

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Бузина Т.С.,
Панкова Д.П.
Москва (Россия) Психологические реакции медицинских
сотрудников, работающих в красной зоне на
начальном этапе пандемии COVID-19 С. 3-10

2. Холмогорова А.Б.,
Рахманина А.А.,
Пуговкина О.Д.,
Авакян Т.А.
Карчевская Н.А.,
Петриков С.С.
Москва (Россия) Посттравматический стресс и
посттравматический рост у пациентов с COVID-
19 после лечения в стационаре:
социодемографические, клинические и
психологические факторы С. 11-33

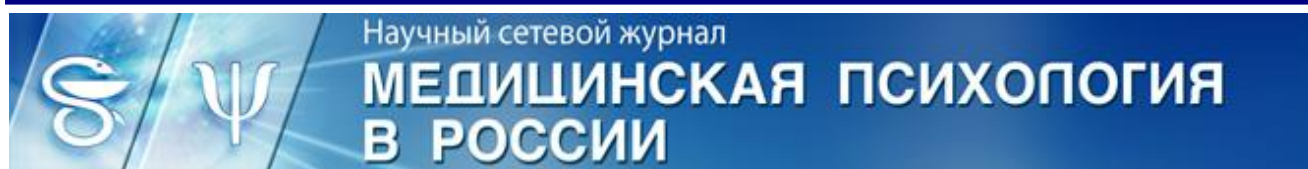
3. О.Е. Хмелевская,
Н.А. Кравцова,
А.А. Сон
(Владивосток,
Россия) Временная перспектива у молодых людей,
перенесших COVID-19, в связи с алекситимией С. 34-44

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

4. Филиппова Г.Г.
(Москва, Россия) Гендерная идентичность и репродуктивные
проблемы в современном обществе С. 45-59

5. Мусханова Е. В.,
Стоянова И. Я.,
Лещинская С. Б.
(Томск, Россия) «Тёмная триада» и проявления алекситимии у
мужчин со склонностью к семейному насилию С.60-68

6. Твилле П.С.,
Мецгер А.В.
(Москва, Россия) Профессиональные особенности и стили
лидерства управленческих кадров системы
здравоохранения С.69-77



УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В КРАСНОЙ ЗОНЕ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Бузина Т.С., Панкова Д.П. Москва (Россия)



Татьяна Сергеевна Бузина

Доктор психологических наук, доцент,
Российский университет медицины Минздрава России,
Москва, Россия; 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4;
tbuzina@gmail.com



Дарья Павловна Панкова

Клинический психолог, Российский университет медицины
Минздрава России, Москва, Россия; 127006, Россия, Москва,
ул. Долгоруковская, д. 4; kldarya13@mail.ru

Аннотация. В данной работе исследуются психологические реакции медицинских сотрудников: врачей и медсестер, работающих в красной зоне, в начальный период пандемии COVID-19.

Представлены материалы эмпирического исследования, полученные на выборке 78 человек, работающих в красной зоне в период пандемии COVID-19, в 2020г. В целом, исследование показало, что сотрудники умеренно переживают дистресс (уровень дистресса соответствует нормативным показателям). Были выявлены различные психопатологические симптомы у медицинских работников в зависимости от пола и занимаемой должности. Мужчины чаще склонны к проявлению враждебности. Медсестры испытывают больше тревоги и чаще предъявляют жалобы на соматическое состояние, чем врачи. По результатам анкетного опроса сотрудников об информировании о заболевании COVID-19 и мерах безопасности можно сделать вывод, что представления медицинских работников носят фрагментарный характер.

Полученные результаты говорят о необходимости проводить диагностику выраженности психопатологических симптомов и общего уровня дистресса, а также уровня тревоги и депрессии у сотрудников для своевременного оказания психологической поддержки. Грамотное информирование о заболевании, мерах безопасности медицинских сотрудников также является фактором снижения уровня дистресса, тревоги.

Ключевые слова: COVID-19, психологические реакции, уровень тревоги, стресс.

Для цитаты Бузина Т.С., Панкова Д.П. Психологические реакции медицинских сотрудников, работающих в красной зоне на начальном этапе пандемии COVID-19 // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2024. – Т. 16, № 1 (82). – С.1. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение.

В период пандемии медицинским работникам пришлось столкнуться с новой инфекцией COVID-19. Они были вынуждены работать в новых условиях, что являлось дополнительным фактором стресса [1,2,5,6,12]. Изучение психологических реакций врачей в процессе оказания медицинской помощи в ситуации эпидемии новой, недостаточно изученной инфекции, может представлять интерес для последующей разработки превентивных мер по снижению стресса у врачей в экстремальных и плохо прогнозируемых условиях.

Цель: изучить психологические реакции медицинских сотрудников, работающих в красной зоне в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы:

1.Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R в адаптации Н.В. Тарабиной

2.Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS

3.Анкета «Отношение к инфекции COVID-19».

Для статистической обработки данных результатов использовалась программа SPSS Statistic. Применялись следующие методы статистической обработки: описательные статистики (анализ средних показателей и частот), t-критерий Стьюдента для независимых выборок при сравнении общегрупповых показателей.

Описание выборки: Выборку составили 78 медицинских работников. Из них 53 женщины, 25 мужчин. По должностям: 44 врача и 26 медсестер. Исследование проводилось в условиях кардиологического стационара, перепрофилированного для оказания помощи пациентам с COVID-19.

Результаты: Исследование выраженности психопатологических симптомов у медицинских работников, оказывающих помощь больным вирусом в целом, не показало отклонений от нормативных показателей.

1. Сравнение результатов теста SCL-90-R по полу.

Анализ данных показал наличие гендерных различий в переживаниях сотрудников стрессового состояния. Сравнение мужчин и женщин показало, что имеются значимые различия в выраженности симптомов по шкале «Враждебность» (Таблица 1)

Таблица 1

Выраженность психопатологических симптомов у сотрудников в зависимости от пола

Шкала	Мужчины N=25	Женщины N=53	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
Враждебность	0,71±0,81	0,39±0,53	0,046

Сотрудники мужского пола чаще испытывают негативные аффективные состояния злости (враждебность), чем сотрудники женского пола. Данные результаты могут быть объяснены тем, что женщины чаще предъявляют жалобы на своё самочувствие, а также чаще проявляют эмоции. Мужчины склонны к накоплению негативных эмоций, что объясняет повышенный уровень враждебности. Данные результаты согласуются с другими исследованиями [4,13].

2.Сравнение результатов теста в зависимости от должности.

Анализ данных показал наличие различий в переживаниях стресса сотрудников в зависимости от занимаемой должности. Общая выраженность симптоматического дистресса (GSI) у врачей ниже, чем у медсестер. По некоторым показателям шкал методики SCL-90, госпитальной шкалы тревоги и депрессии были получены значимые связи с должностью сотрудника.

Таблица 2

Распределение средних показателей шкал методики SCL-90 в зависимости от должности

Шкала	Врачи N=44	Медсестры N=26	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
Соматизация (SCL-90)	0,41±0,46	0,97±0,91	<0,001
Тревожность (SCL-90)	0,33±0,51	0,76±0,95	<0,001
HADS Шкала тревоги	3,45±3,74	6,65±5,97	<0,001

Медсестры больше склонны испытывать тревожность и ее соматизированные эквиваленты, чем врачи. Данные результаты могут быть связаны с тем, что медсестры проводят больше времени с пациентами, вступая с ними в контакт при осуществлении различных манипуляций. Также это может быть связано с недостаточной информированностью медсестер о данном заболевании. При этом общий уровень тревожности у обеих групп соответствуют норме.

3. Данные анкетного опроса по сотрудникам.

Данные анкетного опроса об информированности сотрудников о новой инфекции COVID-19 показали, что 13 % сотрудников не слышали об этой инфекции до начала работы с данным заболеванием, 36% сотрудников считали, что опасность его сильно преувеличена или не верили в нее, 36% были убеждены, что с случая заражения, течение заболевания будет бессимптомным и легким.

В отношении поведения в связи с данной инфекцией были получены следующие данные. Перешли на дистанционную работу или хотели бы перейти 41% сотрудников, 86% считали рекомендации по самоизоляции оправданными и 88 % следовали всем рекомендациям, при этом 27 % отметили, что самоизоляция давалась им тяжело, а для 73% самоизоляция не вызывала трудностей. Считали необходимым делать запасы из-за угрозы гуманитарной катастрофы 12% опрошенных. Следили за информацией об инфекции, несмотря на панические реакции 23%.

Что касается эмоционального состояния сотрудников в отношении пандемии, то были напуганы возможностью заразиться 31% работников, чувствовали безнадежность при мыслях о коронавирусе 17% опрошенных, испытывали недовольство от беспечности населения и недостаточности ограничительных мер со стороны властей 64% респондентов. В качестве мер совладания с негативными переживаниями можно отметить, что 23 % респондентов старались следить за информацией о пандемии, 19 % предпочитали обращаться к высшим силам, в том числе к Богу, а 22% признались, что снимали тревогу с помощью употребления алкоголя.

Полученные данные носят противоречивый характер. Например, свыше 80 процентов сотрудников сообщили, что соблюдали все меры безопасности, но только 36 % были напуганы сложившейся ситуацией, часть сотрудников не верили в существование вируса или считали, что его опасность сильно преувеличена 36%, многие были убеждены, что им не грозит тяжелое течение заболевания (36%). Возможно, при ответе на вопрос о соблюдении всех мер безопасности сотрудники подразумевали именно время, проводимое в больнице.

Наблюдаемые результаты свидетельствуют о фрагментарности картины пандемии у сотрудников, что отмечают и в других исследованиях на начальном этапе эпидемии [7,9,10], также стоит отметить, что 13% сотрудников говорят о недостатке информированности о коронавирусе.

4. Связь ответов на вопросы анкеты с психопатологическими симптомами.

Таблица 3

Вопрос 2. Вы не верили в существование коронавируса или считали, что его опасность сильно преувеличена в угоду чьим-то интересам?

Шкала	Сотрудники, которые	Сотрудники,	Уровень значимости
-------	---------------------	-------------	--------------------

	верили в существование коронавируса N=50	которые не верили в существование коронавируса или считали, что его опасность преувеличена N=28	
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
Соматизация (SCL-90)	0,47±0,61	0,86±0,93	0,013
Фобия (SCL-90)	0,13±0,24	0,35±0,61	<0,001
HADS Шкала тревоги	4,1±4,97	6,2±4,93	0,002

Сотрудники, которые не верили в существование коронавируса больше испытывали страха, тревоги и проявляли жалобы на соматические дисфункции, чем сотрудники, которые верили в существование инфекции.

Таблица 4

Вопрос 3. Вы были убеждены, что Вы не столкнетесь с тяжелым течением коронавирусной инфекции, и в случае это вирус будет протекать у людей бессимптомно, либо в легкой форме как обычная простуда или грипп?

Шкала	Сотрудники, которые не были убеждены, что не столкнуться с тяжелым течением коронавирусной инфекции N=50	Сотрудники, которые были убеждены, что не столкнуться с тяжелым течением коронавирусной инфекции N=28	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
Соматизация (SCL-90)	0,44±0,54	0,98±0,97	0,002
Фобия (SCL-90)	0,12±0,23	0,36±0,61	<0,001

Сотрудники, убежденные, что не столкнуться с тяжелым течением коронавирусной инфекции, чаще испытывали страхи и проявляли жалобы на соматические дисфункции, чем сотрудники, которые не были в этом убеждены. В качестве меры совладания со страхом перед коронавирусной инфекцией сотрудники убеждали себя, что не столкнуться с тяжелым течением заболевания.

Таблица 5

Вопрос 5. Самоизоляция давалась Вам крайне тяжело / мысли о возможной самоизоляции приводили Вас в уныние?

Шкала	Сотрудники, которые легче переносили самоизоляцию N=57	Сотрудники, которым тяжело давалась самоизоляция N=21	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
HADS Шкала тревоги	4,2±4,85	6,7±5,12	0,05

Сотрудники, которым тяжело давалась изоляция испытывали больше тревоги, чем сотрудники, которые легче переносили самоизоляцию. Создание новых и непривычных обстоятельств приводит к повышению тревоги. Также можно отметить и обратную зависимость. Люди с высокой тревогой тяжело переживают новые обстоятельства и неожиданные события.

Таблица 6

Вопрос 6. Вы перешли на дистанционную работу / Вы готовы были перейти, если бы была такая возможность?

Шкала	Сотрудники, которые не перешли на дистанционную работу N=45	Сотрудники, которые перешли на дистанционную работу или готовы были бы перейти N=32	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
GSI (SCL-90) Общий индикатор степени дискомфорта	0,36±0,43	0,7±0,68	<0,001

Сотрудники, которые перешли на дистанционную работу или готовы были бы на неё перейти, испытывали больший дистресс и симптомы, чем сотрудники, которые не перешли на дистанционную работу. Особенно по показателям «соматизация», «навязчивости», «сенситивность», «фобия», «паранойяльность», «психотизм». При дистанционном формате работы сотрудники меньше участвуют в жизни коллектива и меньше получают информации о происходящих процессах в больнице.

Таблица 7

Вопрос 10. Вы были напуганы и опасались возможности заражения коронавирусной инфекцией?

Шкала	Сотрудники, которые не опасались возможности заражения коронавирусной инфекцией N=53	Сотрудники, которые опасались возможности заражения коронавирусной инфекции N=24	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
HADS Шкала тревоги	4,2±4,90	6,4±5,16	0,082

Сотрудники, которые опасались заражения коронавирусной инфекцией испытывали большую тревогу, чем сотрудники, не имеющие таких страхов. Высокие показатели тревоги приводят к появлению страхов нового и неизвестного.

Таблица 8

Вопрос 11. Когда Вы думали о коронавирусе, Вы чувствовали сильнейшую безнадежность?

Шкала	Сотрудники, которые при мыслях о коронавирусе не чувствовали безнадежность N=64	Сотрудники, которые при мыслях о коронавирусе чувствовали безнадежность N=13	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
HADS Шкала тревоги	4±4,60	8,7±5,59	<0,001

Сотрудники, которые при мыслях о коронавирусе чувствовали безнадежность, испытывали большую тревогу, чем сотрудники, которые не чувствовали безнадежность. Показатели тревоги у сотрудников, испытывающих безнадежность при мыслях о коронавирусе, относятся к показателям «субклинической выраженной тревоги». Людям с высокими показателями тревоги свойственно катастрофизировать обстоятельства и ситуации.

Таблица 9

Вопрос 13. Вы постоянно следили за информацией о коронавирусе несмотря на то, что она вызывала у Вас панику?

Шкала	Сотрудники, которые не следили за информацией о коронавирусе N=58	Сотрудники, которые следили за информацией о коронавирусе N=18	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
HADS Шкала тревоги	4±4,80	7,6±5,12	0,002

Сотрудники, которые постоянно следили за информацией о коронавирусе, испытывали большую тревогу, чем сотрудники, которые не следили за этой информацией. При высоких показателях тревоги людям необходимо получать больше информации, при этом они мало оценивают достоверность и правильность получаемой информации.

Таблица 10

Вопрос 15. Вы больше обращались к Богу или уповали на другие высшие силы в связи с мыслями о коронавирусе?

Шкала	Сотрудники, которые обращались к высшим силам в связи с мыслями о коронавирусе N=15	Сотрудники, которые не обращались к высшим силам в связи с мыслями о коронавирусе N=63	Уровень значимости
	среднее±ст.откл.	среднее±ст.откл.	
Соматизация (SCL-90)	0,31±0,40	0,68±0,80	0,013
Навязчивости (SCL-90)	0,32±0,46	0,69±0,75	0,055
Депрессия (SCL-90)	0,26±0,40	0,64±0,75	0,005
Тревожность (SCL-90)	0,15±0,22	0,55±0,77	0,002
GSI (SCL-90)	0,25±0,39	0,56±0,59	0,019

Сотрудники, которые обращались к высшим силам в связи с мыслями о коронавирусе, испытывают меньше тревоги и депрессивных состояний, проявляют меньше жалоб на соматические дисфункции. В целом испытывают меньший дистресс, чем сотрудники, которые не обращались к высшим силам в связи с мыслями о коронавирусе. Данный способ совладания со стрессом помогает некоторым сотрудникам справиться с тревожными мыслями о коронавирусе.

Выводы: Изучение медицинского персонала в начале пандемии COVID-19 показало, что они в целом адекватно реагировали на стресс, а исследование выраженности психопатологических симптомов у медицинских работников, оказывающих помощь больным данной инфекцией, не показало существенных отклонений от нормативных показателей. В то же время были выявлены некоторые факторы, способствующие снижению стрессоустойчивости медиков. Так, сотрудники мужского пола больше склонны к негативным эмоциональным состояниям в виде раздражительности, агрессивности и гнева, по сравнению с медперсоналом женского пола. Это может привести к конфликтным коммуникациям с коллегами и пациентами. Повышенный уровень тревоги отмечался и среднего медицинского персонала. Также оказалось, что у сотрудников, которые перешли на дистанционную работу или готовы были бы на неё перейти, переживание дистресса было выше, чем у тех, кто продолжал работать на рабочем месте. Анкетный опрос показал, что противоречивое понимание ситуации пандемии сотрудниками и недостаток знаний о ней также способствует проявлению тревоги и страхов. Как было отмечено в других исследованиях, развивающиеся

при этом негативные эмоциональные состояния могут снижать эффективность совладания сотрудников со стрессом [3,8,11]. В тоже время духовная ориентированность и тенденция полагаться на высшие духовные инстанции помогала медикам легче переживать стрессовые ситуации. Грамотное информирование сотрудников также оказалось фактором снижения уровня дистресса, тревоги. Полученные в исследовании данные могут представлять интерес для понимания и прогнозирования поведения медицинского персонала на начальных этапах эпидемий инфекционных заболеваний и организации для них психологического сопровождения.

Список литературы

1. Водяха С.А. Психологическое благополучие как предиктор совладания с COVID-19// Проблемы психологического благополучия: материалы международной научно-практической конференции/Уральский государственный педагогический университет. 2021г. с.8
2. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Клименко Т.В. Вич-инфекция, вирусные гепатиты, COVID-19 и проблемы их профилактики в наркологии. Вопросы наркологии. 2020г. №5 (188) с.5-20
3. Корабельникова Е.А., Воробьева О.В., Макаров С.А., Данилов А.Б. Нарушения сна у врачей в условиях пандемии COVID-19. Медицинский алфавит. 2021;(3):48-56. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-3-48-56>
4. Корехова М.В., Киров М.Ю., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Эмоциональное состояние врачей – анестезиологов-реаниматологов в разные периоды пандемии COVID-19. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2021;18(5):21-29. <https://doi.org/10.21292/2078-5658-2021-18-5-21-29>
5. Первичко Е. И., Конюховская Ю. Е. Психологическое благополучие врачей и медицинского персонала в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – Т. 11, No 3. – С. 595–608. <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.3.016>
6. Синбухова Е.В., Проценко Д.Н. Оценка психологического состояния медицинского персонала во время пандемии COVID-19. Анестезиология и реаниматология. 2020;(6 2):54 60. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology202006254>
7. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19//Обозрение психиатрии и медицинской психологии – 2020г. - №2 <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-87-94>
8. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of Anxiety Disorders. 2020. - №71 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020. - №395 с.912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
10. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet. Psychiatry. 2020. - №7 (4) с.300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
11. Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E., Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
12. Zhang W-R., Wang K., Yin L. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers During the COVID-19 Epidemic in China. Psychother Psychosom. 2020;1-9. Published online 2020 Apr 9. <https://doi.org/10.1159/000507639>
13. Zhu J., Sun L., Zhang L., Wang H., Fan A., Yang B., Li W., Xiao S.. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. Front Psychiatry. 2020; 11:386. Published online 2020 Apr 29. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386>

References

1. Vodyacha S.A. Psychological well-being as a predictor of coping with COVID-19: of the international online scientific conference/ Ural State Pedagogical University Institute of Psychology. 2021г. с.8
2. Dolzhanskaya N.A., Buzina T.S., Klimenko T.V. HIV, Viral HEPATITIS, COVID-19 and the issues of their prevention in addiction medicine. Journal of addiction problems. 2020г. №5 (188) с.5-20
3. Korabelnikova E.A., Vorobieva O.V., Makarov S.A., Danilov A.B. Sleep disorders in doctors in the context of the COVID-19 pandemic. Medical alphabet. 2021;(3):48-56. (In Russ.) <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-3-48-56>
4. Korehova M.V., Kirov M.Yu., Novikova I.A., Soloviev A.G. Emotional state of anesthesiologists and intensivists in different periods of the COVID-19 pandemic. Messenger of ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION. 2021;18(5):21-29. (In Russ.) <https://doi.org/10.21292/2078-5658-2021-18-5-21-29>
5. Pervichko E., Koniukhovskaia J. Psychological well-being of doctors and healthcare providers during the COVID-19 pandemic: overview of foreign studies // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. – 2020. – Т. 11, No 3. – С. 595–608. <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.3.016>
6. Sinbukhova EV, Protsenko DN. Psychological state of medical staff throughout the COVID-19 pandemic. Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology. 2020;(6-2):54-60.(In Russ.)<https://doi.org/10.17116/anaesthesiology202006254>
7. Sorokin M.Yu., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., Neznanov N.G., Lutova N.B., Mazo G.E. Psychological reactions of the population as a factor of adaptation to the COVID-19 pandemic. V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY. 2020;(2):87-94. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-87-94>
8. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Journal of Anxiety Disorders. 2020. – №71 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020. – №395 с.912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
10. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet. Psychiatry. 2020. – №7(4) с.300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
11. Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E., Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
12. Zhang W-R., Wang K., Yin L. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers During the COVID-19 Epidemic in China. Psychother Psychosom. 2020;1-9. Published online 2020 Apr 9. <https://doi.org/10.1159/000507639>
13. Zhu J., Sun L., Zhang L., Wang H., Fan A., Yang B., Li W., Xiao S.. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. Front Psychiatry. 2020;11:386. Published online 2020 Apr 29. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00386>

**PSYCHOLOGICAL REACTIONS OF MEDICAL STAFF WORKING IN THE RED ZONE
AT THE EARLY STAGE OF THE COVID-19 PANDEMIC
Russian University of Medicine, Moscow, Russia**

Buzina T.S.

E-mail: tbuzina@gmail.com

Pankova D.P.

E-mail: kldarya13@mail.ru

Abstract. In this article, we examined the psychological reactions of medical staff: doctors and nurses working in the red zone during the COVID-19 pandemic.

The materials of an empirical study obtained from a sample of 78 people working in the red zone during the COVID-19 pandemic in 2020 are presented. Overall, the study found that employees experienced moderate distress (the level of distress corresponded to normative indicators). Various psychopathological symptoms were identified among healthcare workers depending on gender and position.

Men are more prone to hostility, while nurses experience more anxiety and report somatic complaints more frequently than doctors. Based on the survey results regarding information about COVID-19 and safety measures, it can be concluded that the perceptions of healthcare workers are fragmented.

The results obtained indicate the need to diagnose the severity of psychopathological symptoms and the general level of distress, as well as the level of anxiety and depression among employees in order to provide timely psychological support. Proper information about the disease and safety measures for medical staff is also a factor in reducing the level of distress and anxiety

Key words: COVID-19, psychological reactions, anxiety level, stress.

For citation

Buzina T.S., Pankova D.P. Psychological reactions of medical employees working in the red zone at the initial stage of the COVID-19 pandemic // Medical psychology in Russia: network scientific. Magazine – 2024. – T. 16, No. 1 (82). – P.1. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 2024



УДК 159.9.07

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ: СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Пуговкина О.Д.,
Авакян Т.А. Карчевская Н.А., Петриков С.С.
Москва (Россия)



Холмогорова Алла Борисовна

Доктор психологических наук, профессор,
декан факультета «Консультативная и клиническая
психология», заведующая кафедрой клинической психологии
психотерапии МГППУ, ведущий научный сотрудник ГБУЗ
«НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»



Рахманина Анастасия Алексеевна

Старший медицинский психолог, научный сотрудник ГБУЗ «НИИ
скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»



Пуговкина Ольга Дмитриевна

Кандидат психологических наук, профессор кафедры
клинической психологии и психотерапии, заместитель декана
по научной работе факультета консультативной и
клинической психологии МГППУ, научный сотрудник ГБУЗ
«НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»



Авакян Тамара Витальевна

Кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ



Карчевская Наталья Анатольевна

Кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения интенсивной терапии и дыхательной недостаточности ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России (Москва), врач-пульмонолог, научный сотрудник ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»



Петриков Сергей Сергеевич

Доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, директор ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Аннотация. В статье представлено исследование факторов посттравматического стресса (ПТСР) и посттравматического роста (ПТР) у пациентов, проходивших госпитальное лечение коронавирусной инфекции.

Анализ литературы показал, что распространенность симптомов ПТСР у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию варьируется от 3,8% до 34,5%. При этом в качестве факторов риска ПТСР были отмечены женский пол, тяжесть симптомов, травматический опыт, стигматизация пациентов и отсутствие социальной поддержки. При этом посттравматический рост был чаще ассоциирован с наличием поддержки, конструктивными стратегиями совладания и позитивными базовыми убеждениями.

В рамках данной работы было обследовано 67 респондентов, которым предлагалось ответить на вопросы полуструктурированного интервью, а также заполнить ряд опросников для оценки уровня эмоциональной дезадаптации. Согласно полученным результатам 19% респондентов имели симптомы депрессии разной степени, 10% респондентов отметили клинически значимые показатели тревоги, 6 % пациентов сообщили о наличии критических значений ПТСР, при этом четверть пациентов отметили высокие значения ПТР.

Анализ факторов показал, что у женщин чаще встречаются показатели ПТСР и ПТР. Также значимыми факторами посттравматического роста выступили тяжесть поражения легких и субъективная тяжесть переживания болезни, при этом длительность госпитализации, нахождения в реанимации и времени после выписки не была связана ни с одним изучаемым показателем.

Посттравматический стресс был взаимосвязан со всеми показателями стресса: финансовыми и бытовыми трудностями, отсутствием поддержки социума и семьи и страхом осложнений от заболевания. При этом посттравматический рост был в первую очередь ассоциирован с конструктивными стратегиями совладания и наличием финансовой поддержки.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция; COVID-19; посттравматический стресс; ПТСР; посттравматический рост; эмоциональная дезадаптация

Для цитаты Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Пуговкина О.Д., Авакян Т.А. Карчевская Н.А., Петриков С.С. Посттравматический стресс и посттравматический рост у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре: социодемографические, клинические и психологические факторы // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2024. – Т.16, № 1 (82). – С.2. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение.

Пандемия COVID-19 (CoronaVirus disease 2019), начавшаяся в китайской провинции Ухань в конце 2019 года и сопутствующие ей ограничения, охватили все аспекты жизни общества за этот период [1]. Если в начале внимание исследований было закономерно уделено медицинскому аспекту лечения пациентов SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2), то со временем этот фокус сместился на психологические и социальные аспекты. За годы после пандемии появилось немало исследований о ее последствиях для психического здоровья населения в целом и, особенно, для медицинских работников, которые принимают на себя основной удар в период роста заболеваемости [2;3]. Между тем исследований, посвященных психологическому состоянию пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции, остается не много, особенно, если говорить об отечественных исследованиях.

Основной клинической особенностью COVID-19 является диффузное повреждение альвеол, вызывающее острую дыхательную недостаточность [4], что предполагает стационарное лечение в отделениях реанимации для многих пациентов. В среднем, потребность в госпитализации в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) составляет для пациентов с COVID-19 25% от общего числа заболевших [5]. Еще до начала пандемии были изучены последствия для психического здоровья так называемого пост-реанимационного синдрома – Post-Intensive care syndrome (PICS), представляющего собой совокупность возможных осложнений, вызванных пребыванием в ОРИТ. Среди наиболее частых осложнений были выделены: снижение когнитивных функций на фоне гипоксии; нарушение сна ввиду специфики данных отделений; посттравматический стрессовый синдром, симптомы тревоги и депрессии, сохраняющиеся даже после выписки [6;7;8]. Так, отмечалось, что около 32%, 30%, и 20% процентов излечившихся, отмечали симптомы соответственно тревоги, депрессии и посттравматического стресса даже через год после выписки. Общий показатель наличия тех или иных психических проблем обнаруживают до 57% пациентов, особенно уязвимыми являются лица молодого возраста, женщины, пациенты, пребывавшие долго и на лечении, и на медицинской сессии. Когнитивные нарушения отмечаются у 30-80% и включают в себя нарушения концентрации внимания, снижение объема памяти, снижение критичности пациентов, что дополнительно может усложнять их ре-интеграцию в привычный уклад жизни [9].

Отмечается значительная нагрузка на ресурсы пациента, имеющего опыт пребывания в ОРИТ. Так, до 40% пациентов не могут вернуться к прежнему уровню активности [10]. Перераспределение ролей в семье, финансовое бремя, стрессогенность ситуации могут привести к непониманию, отчуждению и ссорам в семье, что также уменьшает количество ресурсов переболевшего и снижает вероятность возвращения к обычному ритму жизни [11]. Согласно наблюдениям, пациенты с COVID-19 проводят в отделениях ОРИТ в среднем на 3-4 дня больше пациентов с другими заболеваниями [12]. Это позволяет предположить высокую степень уязвимости лиц, перенесших COVID-19 для манифестации симптомов тревоги, депрессии, посттравматического синдрома, когнитивных дефицитов. Специфика данной пандемии позволяет также предположить высокий риск безработицы и чувства изоляции, которые дополнительно могут усложнить адаптацию пациентов, переболевших COVID-19, к обычной жизни [13].

Одним из многих необычных симптомов у пациентов с COVID-19 является состояние, которое неформально называют "ковидный мозг" или "туман в голове". Это состояние характеризуется спутанностью, головными болями и потерей краткосрочной памяти. В тяжелых случаях оно может привести к психозу и даже судорогам. Обычно оно возникает через несколько недель после заболевания COVID-19. В журнале Cancer Cell мультидисциплинарная бригада Мемориального онкологического центра Слоун Кеттеринг сообщает о глубинной причине "ковидного мозга": присутствие воспалительных молекул в жидкости, окружающей головной мозг, и в цереброспинальной жидкости. Это говорит о том, что противовоспалительные препараты, например, стероиды, могут оказаться полезны в

лечении этого состояния, но нужны дальнейшие исследования. "Вначале с нами связались наши коллеги из медицины критических состояний, которые наблюдали делирий у многих пациентов, госпитализированных с COVID-19", - рассказывает один из авторов Jessica Wilcox. "Состоявшаяся встреча обернулась отличным сотрудничеством неврологов, реаниматологов, микробиологов и нейрорадиологов с целью узнать, что происходит с нашими пациентами и как лучше им помочь". Когда научная группа приступила к изучению ковидного мозга, ученые еще не знали, что причина - в цитокинах. Материалом для исследования стали 18 пациентов, госпитализированные в Центр с COVID-19 и испытывающие серьезные неврологические проблемы. У онкологических пациентов неврологические симптомы лечат стероидами, а вот для неврологических симптомов COVID-19 роль противовоспалительной терапии врачам пока до конца не понятна [14].

Исследование симптомов ПТСР у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции, проведенное спустя 1,5–6 месяцев после начала заболевания показало, что распространенность клинически выраженных симптомов ПТСР составляла 9,5% среди госпитализированных и 7,0% среди негоспитализированных. Женский пол, рождение за пределами Норвегии и одышка во время COVID-19 были факторами риска стойких симптомов ПТСР [15]. У негоспитализированных предшествующая заболеванию депрессия и общая нагрузка симптомов COVID-19 также были связаны со стойкими симптомами ПТСР. При этом с тяжестью симптомов ПТСР было связано количество симптомов COVID-19, а не госпитализация сама по себе [16].

Перекрестное телефонное исследование выздоровевших пациентов с COVID-19, проводимое в Тегеране [17] продемонстрировало, что из 602 человек, завершивших исследование, выраженная тревожная симптоматика отмечалась у 5,8%, депрессивная – у 5,0%, клинически выраженные симптомы ПТСР - у 3,8%. Возраст моложе 50 лет и женский пол были предикторами более выраженных симптомов тревоги и депрессии. Интересно, что одновременно возраст моложе 50 лет был протектором против возникновения симптомов ПТСР.

Онлайн-исследование, проведенное в Китае, показало, что распространенность клинически значимых симптомов ПТСР, депрессии и тревоги составляла 13,2, 21,0 и 16,4% соответственно. Госпитализированные пациенты, которые получали больше негативных новостных сообщений, больше подвергались травматическому опыту и имели более низкий уровень воспринимаемой социальной поддержки, сообщали о более высоком посттравматическом стрессе, а также большей выраженности симптомов депрессии и тревоги [18].

Результаты турецкого исследования указывают, что в среднем через 50 дней после постановки диагноза 98 пациентов (34,5%) сообщили о клинически значимых симптомах ПТСР, предикторами которого были женский пол, прошлые травматические события, затяжные симптомы, стигматизация и негативное отношение к больным с COVID-19. Тяжесть симптомов ПТСР, в свою очередь, была единственным независимым предиктором затяжных симптомов COVID-19 [19].

Большой разрыв в распространенности симптомов ПТСР в вышеприведенных исследованиях можно объяснить, как различием в использованных методиках, так и психологическими и социальными особенностями респондентов. Вероятно, играет роль и способ получения клинических и социодемографических данных, так как в представленных исследованиях они были получены способом самоотчета респондентов. Помимо этого, пациенты, пережившие особенно острый стресс, могли быть не включены в исследование вследствие активизированных механизмов избегания. Немаловажную роль играет организация здравоохранения и психологической помощи в том или ином регионе.

Известно, что травматический стресс часто приводит к личностному кризису и пересмотру ценностей и убеждений, отношения к жизни и к окружающим людям, мировоззрения в целом. Люди, переносящие инфекцию COVID-19, нередко оказываются под угрозой не только осложнений, но и летального исхода, часто они вынуждены находиться в длительной изоляции от близких людей, выносить высокую неопределенность прогноза, в связи с плохой изученностью механизмов действия этой чумы XXI века, многообразием гипотез и дефицитом данных о методах лечения с доказанной эффективностью. Одним из наиболее обсуждаемых в научном мире, начиная с 1990-х годов, возможных позитивных последствий переносимого тяжелого стресса является так называемый посттравматический рост – ПТР, возникающий в результате борьбы личности с серьезным жизненным кризисом [20]. Американскими учеными Колхауном и Тедешо было показано, что психическая травма и связанный с ней жизненный кризис может способствовать переосмыслению жизненного

опыта и приводить к улучшению отношений с другими, осознанию новых возможностей для развития, укреплению силы личности, духовным изменениям и повышению ценности жизни [20;21]. Предыдущие исследования показали, что ПТР может возникать у различных людей, переживших травму, такую как тяжелая утрата [22], ВИЧ-инфекция [23], землетрясение [24] и другие события, меняющие жизнь.

Метаанализ показал, что ПТСР и ПТР могут сосуществовать у травмированных людей, а связь между симптомами ПТСР и ПТР с большей вероятностью будет нелинейной [25]. Эта нелинейная взаимосвязь может быть объяснена тем, что сообщающие о симптомах ПТСР средней тяжести, часто сообщают также о наиболее высоком уровне ПТР [26]. Основные исследования, посвященные ПТСР и ПТР, были сосредоточены на людях, переживших стихийные бедствия или хронические заболевания. Сравнительно недавно появились первые исследования, посвященные посттравматическому росту у родителей детей с инвалидностью, в том числе ментальной [27]. В то же время ПТР в выборке с COVID-19 практически не изучен, за исключением единственного, насколько нам известно, срезового исследования, в котором приняли участие 140 выписанных пациентов с COVID-19 в провинции Хунань в феврале 2020 года. Результаты показывают, что ПТР выписанных пациентов с COVID-19 положительно коррелировал с их самооценкой, симптомами ПТСР, конструктивными стратегиями совладания со стрессом и уровнем социальной поддержки, но отрицательно коррелировал со временем от начала болезни до постановки диагноза [28].

Исследование когнитивных установок, влияющих на формирование посттравматического стресса и развития посттравматического роста после пережитой коронавирусной инфекции, проведенное специалистами из Испании, Чили и Англии дало следующие результаты. Респонденты, имеющие позитивные убеждения о мире, будущем и других людях чаще отмечали показатели посттравматического роста, в отличие от тех респондентов, которые были более подозрительными, пессимистичными и нетерпимыми к неопределенности и были более склонны к появлению симптомов ПТСР [29]. Это подтверждается и итальянским исследованием, которое показало, что психологическая ригидность и фиксация на проблемах повышает риск развития ПТСР и снижает показатели посттравматического роста [30].

Цель настоящего исследования – оценить выраженность и различные факторы симптомов ПТСР и ПТР у пациентов с осложненным течением инфекции COVID-19 после выписки из стационара.

Процедура исследования

Пациентам, проходившим стационарное лечение в НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, начиная с мая 2020 года, предлагалось не менее чем через месяц после выписки пройти бесплатное стационарное обследование с целью оценки степени восстановления после перенесенного заболевания и принятия возможных медицинских мер, в случае выявления осложнений. Каждому пациенту при выписке для этого давался контактный телефон пульмонолога, с которым он мог связаться и договориться о госпитализации для обследования. Всего за период с сентября 2020 по декабрь 2021 года психологическое обследование прошел 71 пациент.

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Российского психологического общества и гарантией конфиденциальности полученных данных. По желанию пациентов после обследования им давалась обратная связь и, в случае необходимости, проводилась психологическая беседа, направленная на нормализацию психологического состояния.

Обследование начиналось с беседы-интервью, в которой проводился сбор социодемографических данных и выявление жалоб и опыта переживания перенесенного тяжелого заболевания. Затем пациентам предлагалось заполнить блок методик, направленных на оценку выраженности симптомов депрессии, тревоги и ПТСР, а также уровня стресса, связанного с перенесенным заболеванием и вклада различных факторов как в его усиление, так и смягчение. Также испытуемым предлагалось выполнить ряд когнитивных тестов для оценки функций памяти и внимания. Кроме того, испытуемым предлагалось заполнить опросник, направленный на выявление признаков посттравматического роста (ПТР). Чтобы исключить влияния фактора утомляемости на данные когнитивных тестов, исследование начиналось именно с них и шло по единой схеме для всех обследуемых.

Обработка данных производилась с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 27. Для исследования различий в группах были использованы непараметрические критерии Манна-Уитни для двух независимых выборок и Краскелла-Уоллеса для N

независимых выборок. Для исследования взаимосвязей между показателями был использован корреляционный анализ по непараметрическому критерию Спирмена.

Характеристика обследованной выборки

В исследовании принял участие 71 респондент, среди которых 41 мужчина и 30 женщин. Однако, 4 респондента были исключены из дальнейшего исследования ввиду отказа заполнять большую часть методик. Средний возраст респондентов составил 55,6 (откл.10,75) лет. 76% респондентов имели высшее образование, у 21 % было среднее специальное образование и 1 респондент имел среднее образование. 63 % пациентов работали, 18 % были безработными, 10% занимались домашним хозяйством, а 9% были в пенсионном отпуске. 52 % респондентов находились в браке на момент обследования, 22 % были одиноки, 9% респондентов были вдовами, остальные состояли в отношениях.

15 % респондентов ранее обращались к неврологу. Причины обращений были связаны с головными болями, неврологическими проблемами, в двух случаях отмечалась повышенная тревожность и переживание утраты. 9 % отмечали наличие панических атак в прошлом, при этом только один человек обращался по этому поводу к специалисту.

Для статистической обработки были собраны данные о первичной госпитализации: количество дней между госпитализацией и этапом дообследования, количество дней, проведенных в реанимации, а также тяжесть поражения легких, определявшаяся методом компьютерной томографии. Среди включенных в исследование пациентов 48% (32 человека) респондентов проходили дообследование менее чем через 2 месяца после госпитализации, у 28% (19 человек) прошло от 2 до 3 месяцев, а 24% (16 человек) проходили обследование более чем через 3 месяца. Среди обследованных 8% (5 человек) имели легкую степень поражения легких (КТ-1 и КТ-2), 48% (32 человека) среднюю степень поражения (КТ-3) и 44% (30 человек) - тяжелую (КТ-4). Среди опрошенных 28% (19 человек) находились в реанимации от 1 до 8 дней, 39% (26 человек) до 19 дней, а 25% (17 человек) от 20 до 97 дней. Об 7 % (5 человек) выборки данные собрать не удалось.

Схема лечения была следующей

1) в группе с легкой степенью поражения легких (КТ-1 и КТ-2) пациенты получали кортикостероидные препараты (преднизолон и пр.), азитромицин, рекомбинантное моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6 (Илсира или Актемра) и реконвалесцентную плазму;

2) в группе со средней и высокой тяжестью поражения (КТ-3 и КТ-4) пациенты получали кортикостероиды, антибиотики и рекомбинантные моноклональные антитела, а также плазму.

Большинство пациентов получали лечение кортикостероидами. Это позволяет проверить связь такого лечения со степенью сохранности когнитивных функций, что представляется важным в связи с ведущимися дискуссиями о протективном влиянии этих препаратов и снижении рисков развития синдрома «ковидного мозга» при их назначении [6].

Методики исследования

Для оценки выраженности симптомов психического неблагополучия и уровня переживаемого стресса и его факторов использовались следующие методики:

1. Шкалы депрессии (BDI – Beck Depression Inventory) и тревоги (BAI – Beck Anxiety Inventory) А. Бека (Beck, 1996; в адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами, 2001), включающие 21 пункт с описанием симптомов разной степени выраженности [31]
2. Опросник посттравматического стресса (PCL-5 – Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Blevins et al., 2015; Weathers et al., 1993; в адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами (2017). 20 пунктов опросника сгруппированы в 4 подшкалы симптомов посттравматического стресса, соответствующих критериям DSM, а именно: симптомы навязчивого повторения, симптомы избегания, негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере и симптомы возбудимости [32]
3. Для исследования общей выраженности дистресса и его ситуационных и психологических факторов использовалась методика «Дистресс-термометр» — скрининговый инструмент, первоначально разработанный для оценки эмоционального дискомфорта у пациентов с заболеваниями, представляющими угрозу для жизни, и выявления факторов этого дискомфорта. Испытуемым предлагается оценить общий уровень эмоционального дистресса по 10-балльной шкале [33;34].

В целях данного исследования методика была модифицирована: на основе первых интервью с пациентами и данных других исследований были выделены 8 возможных факторов дистресса у пациентов, вклад каждого из них в общий дистресс оценивался по 4-х балльной шкале от 0 до 3 баллов (см. подробнее таблицу 15). В ходе обработки полученных

данных все выделенные факторы дистресса были объединены в три домена: 1). Конфликты с близкими и страх стигматизации; 2). Риски осложнений и вопросы доступности квалифицированной помощи; 3). Финансовые трудности и изменение жизненных перспектив. Также на основе данных интервью и данных других исследований, были выделены различные факторы, отражающие источники поддержки и стратегии совладания с дистрессом (см. подробнее таблицу 16). Все эти факторы были объединены в четыре домена: 1). Финансовая поддержка; 2). Эмоциональная поддержка; 3). Использование доступных ресурсов психологической помощи и успокаивающих средств; 4) Конструктивные стратегии совладания и ресурсы. Важность каждого из них для совладания с общим дистрессом тоже оценивалась по 4-х балльной шкале (от 0 до 3-х баллов).

Для оценки выраженности признаков посттравматического роста (ПТР) после перенесенного заболевания:

«Опросник посттравматического роста» (PGI – Posttraumatic Growth Inventory), (Tedeschi, Calhoun, 1996; адаптация Магомед-Эминова, 2009). Опросник измеряет степень позитивных изменений, произошедших после травматического события (общий показатель ПТР) и состоит из пяти подшкал (сфер, в которых возможен ПТР): 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни [35].

Также для оценки когнитивных функций был включен следующий блок когнитивных тестов:

1. Методика «Запоминание 10 слов» [36].
2. Субтест «Шифровка» из батареи теста интеллекта Д.Векслера (WAIS-R) (Wechsler, 1981; в адаптации Санкт - Петербургского государственного университета, 1991). Тест оценивает зрительно-моторную скорость и характеристики внимания;
3. Тест вербальной беглости (verbal fluency test), [37]. В рамках данного теста респондентам предлагается припомнить все слова на определенную букву, в течение минуты.

Результаты интервью, направленного на выявление жалоб и опыта переживания перенесенного тяжелого заболевания

Характер жалоб пациентов с соматическими и психическими заболеваниями неразрывно связан с понятием внутренней картины болезни (ВКБ), предложенным А.Р. Лурией. ВКБ – это совокупность представлений человека о своем заболевании, результат самонаблюдения с разных точек зрения [38]. Существует значительное количество моделей ВКБ, но все они в той или иной степени опираются на две основные составляющие: объективная и субъективная тяжесть заболевания. Субъективная оценка складывается по законам биопсихосоциальной модели [39]. Жалобы пациентов, перенесших Covid-19, поделены на группы с учетом индивидуальной внутренней картины болезни:

1. Тяжелые полиорганные (полисистемные) нарушения, которые сопровождались тяжелыми эмоциональными переживаниями:

а. Пациентка, 58 лет: «Болела 45 дней, не могла ходить (отказал позвоночник - училась заново ходить), была температура, отеки, аллергия, пропадала память, ощущала после около 10-15 дней перемены настроения». Помогала справляться социальная поддержка (инструментальная и эмоциональная, и финансовая), а также религия и позитивный самонастрой.

б. Пациентка, 69 лет: «С 28.07 по 30.08 госпитализация, заболела 14.07. Находилась в реанимации. Снижение памяти (в частности на имена, лекарства), ухудшение зрения, снижение слуха, гнойный отит, сильное выпадение волос». Ограничения от болезни оценены на 2 балла из 3. Основной вклад в дистресс – страх возможных осложнений и тяжесть течения заболевания («Слава Богу, что жива»). Основной вклад в совладание – социальная поддержка, переключение внимания, религия.

2. Тяжелые полиорганные (полисистемные) нарушения без сообщения о тяжелых эмоциональных переживаниях в этот период:

а. Пациент, 47 лет: «с 24.07 по 29.09 в реанимации в Склифе, сильная утомляемость и слабость». Ограничения от болезни оценены на 0 баллов из 3. Основной вклад в дистресс – финансовые трудности. Основной вклад в совладание: все варианты социальной поддержки, религия и юмор.

б. Пациентка, 55 лет: «Болела с 1.5 по 20.8. После перенесения заболевания выпали волосы и появилось головокружение, отмечалась выраженная астения, снижение концентрации внимания». Ограничения от болезни оценены на 0 баллов из 3. Основной

вклад в дистресс – информационный шум о ковиде. Основной вклад в совладание – отмечены все факторы (см. таблицу 16), кроме обращения за психологической помощью.

3. Тяжелые соматические нарушения, которые сопровождались тяжелыми эмоциональными переживаниями:

а. Пациент, 32 года: «Две недели лежал в реанимации, были галлюцинации, первую неделю чувствовал себя на грани». Основной вклад в дистресс вносило отсутствие достаточной информированности о своем состоянии в острый период болезни, а также необходимость пользоваться СИЗ. Значительный вклад в борьбу со стрессом вносило ожидание рождения ребенка и социальная поддержка.

б. Пациент, 47 лет: «17.08-Больница Новомосковская, сперва было КТ-1, далее ухудшение до КТ-4, 25 перевели в Склиф, вводили плазму с антителами, месяц на КТ-4, были резидуальные изменения». Ограничения оценены на 2 балла из 3. Основной вклад в дистресс – информация о неблагоприятном течении у других и трудности получения мед. консультации.

4. Тяжелые когнитивные и неврологические нарушения, которые сопровождались тяжелыми эмоциональными переживаниями:

а. Пациентка, 65 лет: «Страхи в реанимации (долго болеть), головные боли, сложно припомнить имена актеров, утомляемость». Ограничения оценены на 1 балл из 3. Основной вклад в дистресс – страх возможных осложнений, информационный шум о ковиде и финансовые трудности. Основной вклад в совладание вносят социальная поддержка, религия и юмор.

б. Пациентка, 39 лет: «С 22.04.2020. Нарушения сна, приходит чувство страха "не выйду из этой ситуации", жар в животе, желудке, ногах, тяжесть в теле, снижение настроения, трудности запоминания. Ничего не могу из того, что могла раньше». Ограничения оценены на 3 балла из 3. Основной вклад в дистресс – страх возможных осложнений, трудности планирования будущего. Основной вклад в совладание – эмоциональная поддержка со стороны врачей.

5. Субъективное отсутствие стресса от болезни, дискомфорт от внешних ограничений:

а. Пациент, 51 год: «2 недели болел дома и 2 недели в больнице. Ограничения накладывает необходимость ношения СИЗ и дезинфекции рук». Ограничения от болезни оценены на 0 баллов из 3. Основной вклад в совладание – социальная поддержка, а также позитивный самонастрой.

б. Пациент, 56 лет: «Болел около месяца, жалоб нет». Ограничения оценены на 0 баллов из 3. Основной вклад в дистресс – информация о неблагоприятном течении у других. Основной вклад в совладание – социальная поддержка, позитивный самонастрой и переключение внимания.

Результаты исследования.

Оценка сохранности когнитивных функций в обследованной выборке

В целом можно отметить высокую сохранность когнитивных функций в обследованной выборке несмотря на то, что у многих было достаточно тяжелое течение заболевания. Возможно, это связано с эффективностью лечения кортикостероидами, которые получали большинство пациентов (см. раздел описание выборки). Более подробно полученные результаты будут представлены в других печатных работах (Пуговкина с соавт.).

Выраженность симптомов психического неблагополучия в выборке и роль социодемографических факторов

Полученные результаты показали, что у 12% выборки отмечалась легкая депрессивная симптоматика, а у 7 % респондентов симптомы умеренной и тяжелой степени депрессии. При этом симптомы тревоги легкой степени были у большинства респондентов (90%), а у остальных отмечались симптомы тревоги средней и высокой степени.

Средний показатель в группе по методике PCL-5, направленной на оценку симптомов ПТСР составил 13,2 балла при среднем отклонении 12,20 (Me = 10 [3;22]). Критические клинические показатели (33 балла и выше) отмечались у четырех участников нашего исследования (6% выборки).

Ниже на рисунке 1 представлено распределение пациентов по выраженности у них симптомов посттравматического роста - ПТР. Как видно на рисунке, у четверти из обследованных отмечаются высокие значения ПТР в диапазоне от 64 до 105 баллов. Также около четверти респондентов (26%) отмечают высокие показатели повышения ценности жизни. Пятая часть пациентов существенно пересмотрели отношение к другим и видят

качественные духовные изменения. При этом около 15 % пациентов демонстрируют высокие показатели по шкалам «Новые возможности» и «Сила личности».

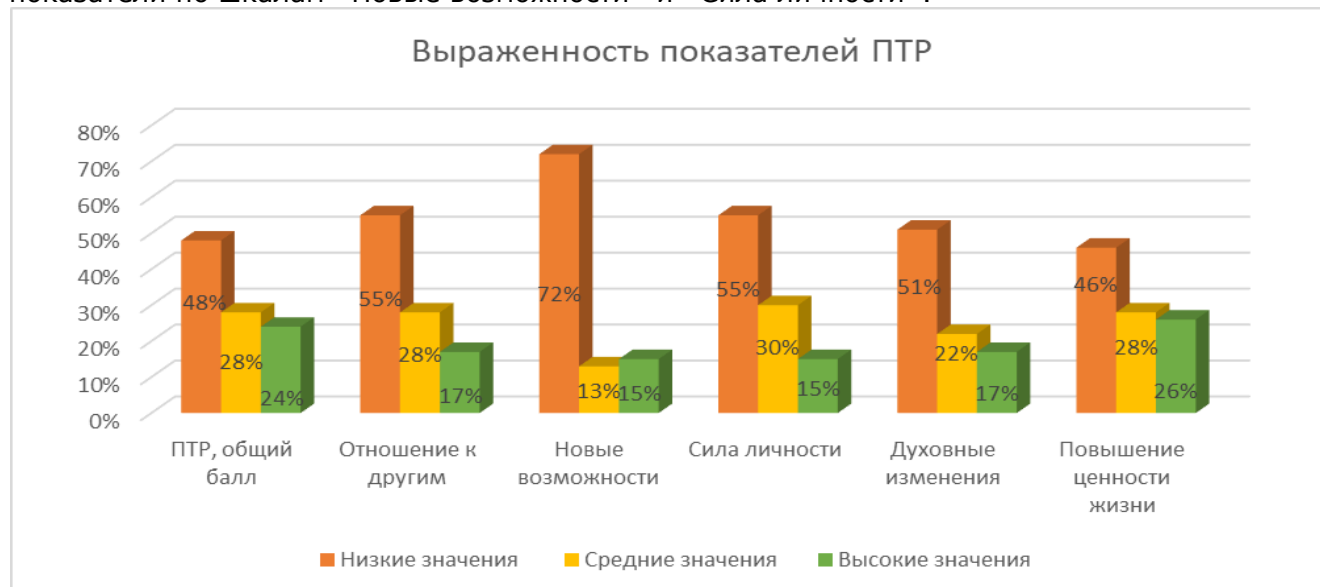


Рисунок 1. Число (%) пациентов с разной степенью выраженности показателей ПТР (N=67)

Статистический анализ показал, что возраст, семейное положение, занятость и образование не влияют на выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации и ПТР. Однако, были получены результаты, указывающие на влияние пола на выраженность исследуемых симптомов.

На рисунке 2 представлены различия по показателям посттравматического стресса, симптомов депрессии и тревоги в группах мужчин и женщин.

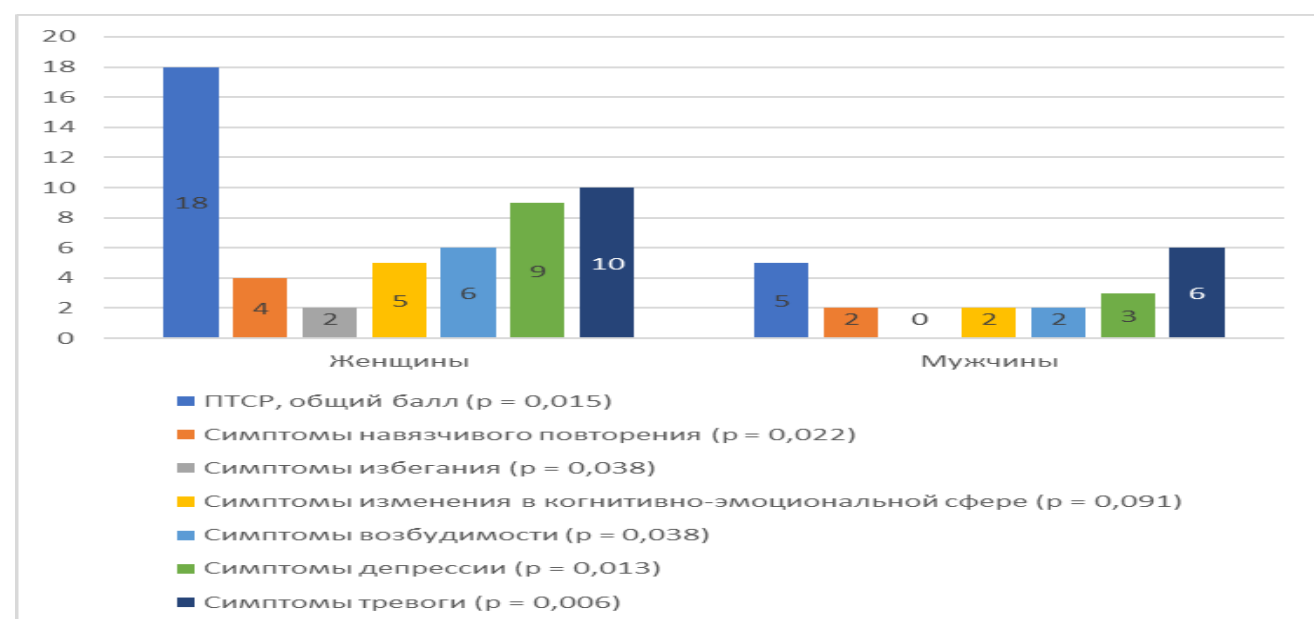


Рисунок 2. Различия показателей посттравматического стресса, депрессии и тревоги в подгруппах мужчин и женщин (N = 67)

Как видно из рисунка 2 у женщин значимо выше все показатели ПТСР кроме изменений в когнитивно-эмоциональной сфере, а также показатели депрессии и тревоги. Следует отметить, что средние показатели депрессии и тревоги у женщин являются невысокими и говорят о наличии у большинства из них лишь легких симптомов на период обследования, однако у четверти респонденток показатели соответствуют клиническим значениям, в отличие от мужчин, у которых показатели относительно равномерны. Тем не менее, общая тенденция к большему психическому неблагополучию у женщин, перенесших инфекцию COVID-19, отмечается и в других исследованиях.

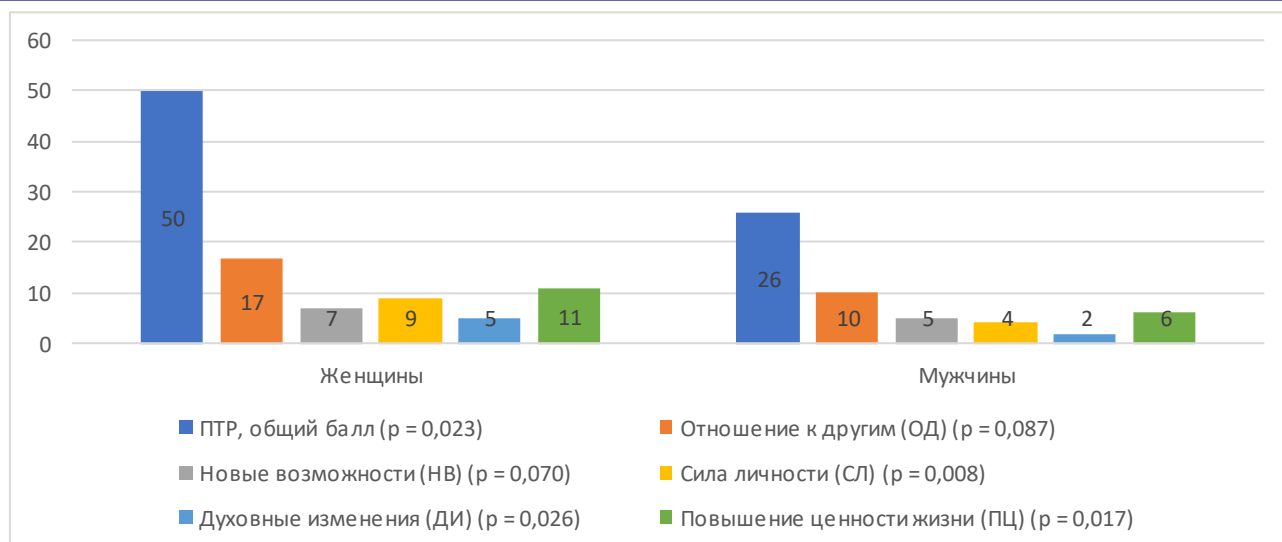


Рисунок 3. Различия показателей посттравматического роста в подгруппах мужчин и женщин (N = 67)

При этом, у женщин значимо выше и показатели по опроснику посттравматического роста. Особенно, это касается шкал, связанных не с межличностными отношениями, а с пересмотром собственных ценностей и силы личности (см. рис. 3).

Роль клинических факторов в выраженности симптомов эмоционального неблагополучия

Результаты статистического анализа также подтвердили, что нет значимых различий по всем показателям психического неблагополучия, включая симптомы ПТСР, депрессии и тревоги в группах с различной степенью поражения легких. Также не было получено данных о влиянии сроков пребывания в реанимации, госпитализации в целом и длительности периода после выписки на эмоциональное благополучие респондентов.

Также не было получено различий между группами пациентов, которые имели жалобы неврологического характера или симптомы повышенной тревожности, включая панические атаки до болезни, и теми, кто не имел таких жалоб до манифестации заболевания. Значимо отличаются только показатели тревоги, они закономерно значимо выше в группе пациентов, имеющих в анамнезе панические атаки (р = 0,035).

Тем не менее были получены значимые различия по степени выраженности симптомов ПТР в зависимости от тяжести поражения легких (рис.4). Стоит отметить, что в нашем исследовании группа с легкими поражениями была немногочисленной, поэтому особое внимание представляет сравнение пациентов с тяжелым и очень тяжелым поражением легких.

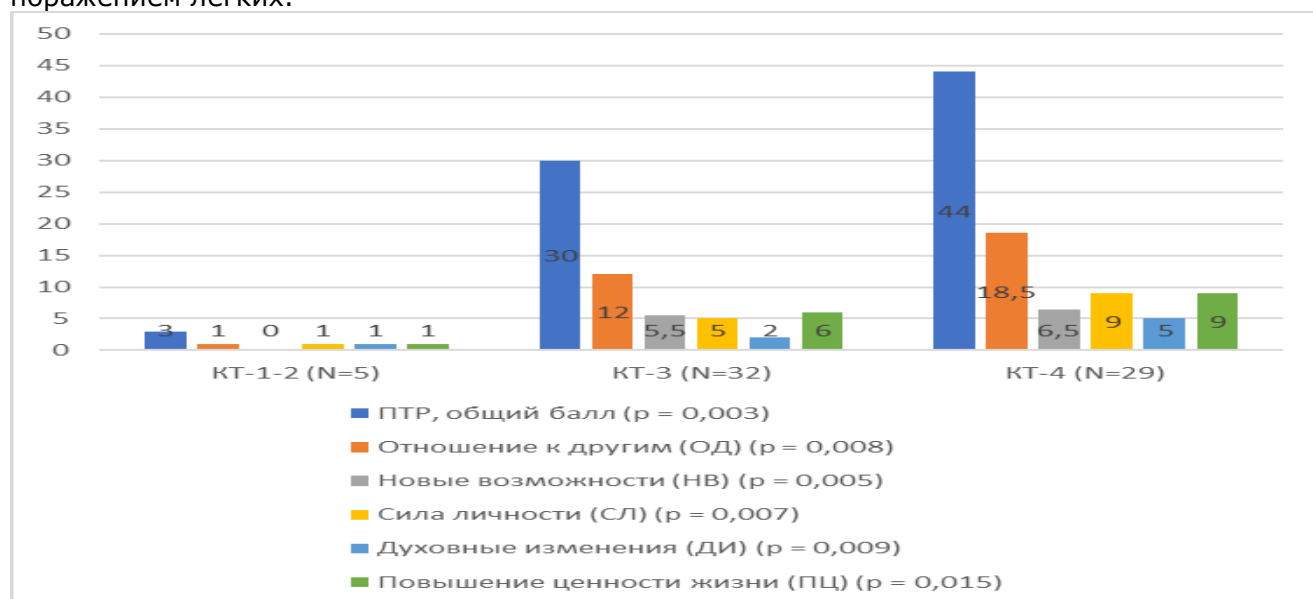


Рисунок 4. Различия показателей посттравматического роста по тяжести заболевания в группе пациентов (N = 67)

Мы видим, что у пациентов с более чем 75%-ным поражением легких (КТ-4) значимо выше общие показатели ПТР и все его частные параметры. Это можно объяснить более трудной и кризисной ситуацией у этих пациентов, которая потребовала мобилизации всех сил на борьбу за выживание и привела к осознанию своей способности справиться с вызовами жизни и переоценке, повышению ее ценности.

Влияние субъективной оценки переживания заболевания на показатели эмоционального неблагополучия

Мы также решили сравнить две группы пациентов в зависимости от наличия или отсутствия выраженных переживаний по поводу болезни на основании их субъективного отчета (см. раздел беседа-интервью с пациентами). Ниже на рисунке 5 приведены полученные данные.

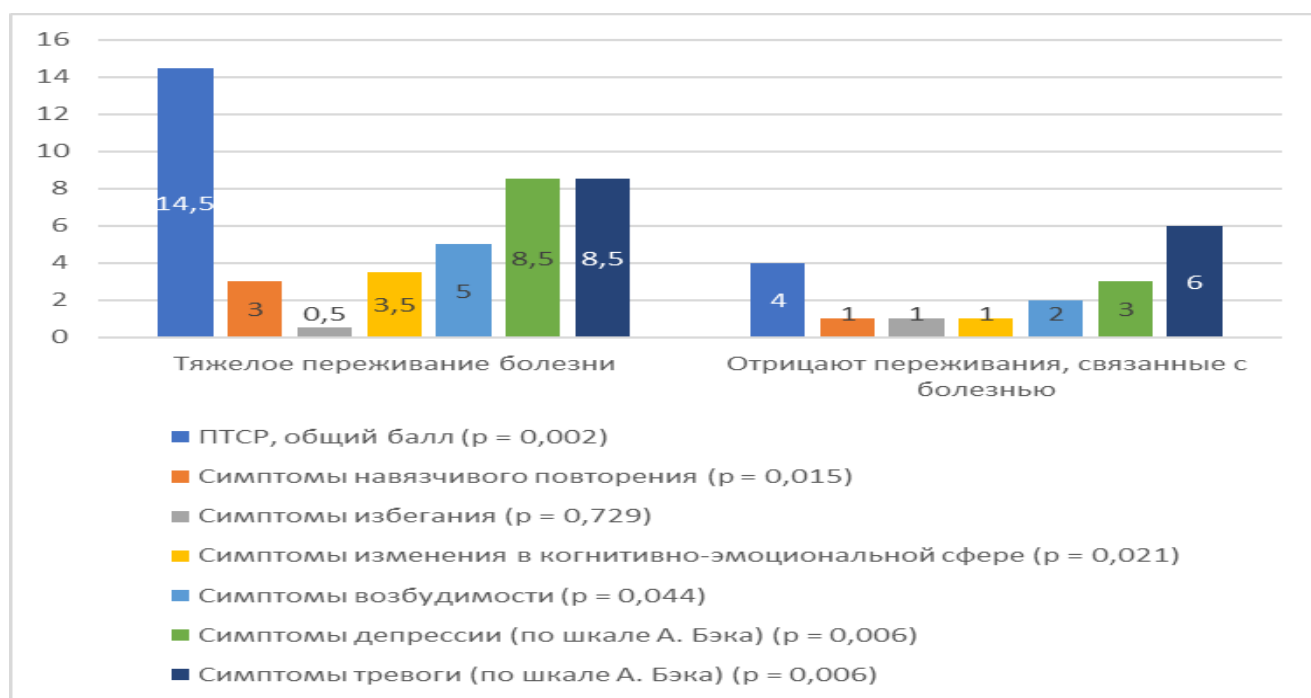


Рисунок 5. Различия показателей посттравматического стресса, симптомов депрессии и тревоги, по субъективной оценке, переживания болезни (N = 67)

Как видно из рисунка 5, пациенты, тяжело переживавшие свою болезнь, отличаются более высокими показателями как общего балла ПТСР, так и его частных показателей кроме шкалы избегания. Эти пациенты также характеризуются более высокими показателями по шкалам тревоги и депрессии.

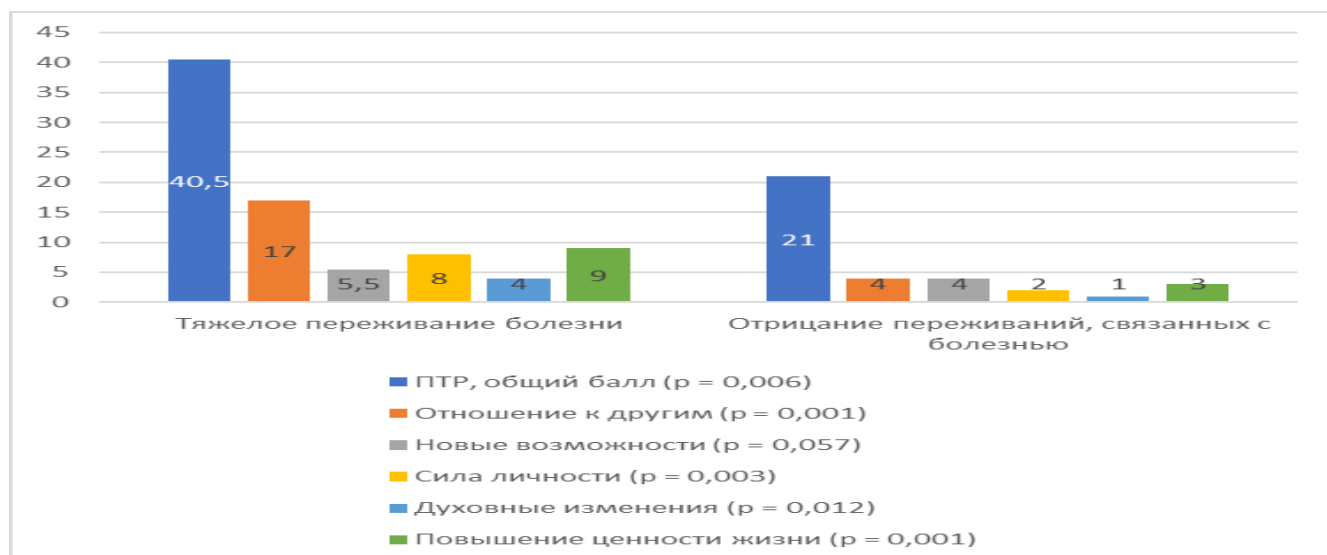


Рисунок 6. Различия показателей посттравматического роста, по субъективной оценке, переживания болезни (N = 67)

Соответственно, у них, отмечаются более высокие показатели общего балла ПТР и остальных его подшкал (рис. 6). Стоит отметить, что часто эти пациенты помимо поражения легких имели опасные для жизни нарушения работы других систем, находились «между жизнью и смертью» и проходили длительную реабилитацию после выписки.

Оценка пациентами общего уровня дистресса и значимости разных факторов дистресса и факторов-протекторов

Также мы изучили общий уровень дистресса, который пациенты субъективно оценивали в процессе госпитализации, и его факторы. 3 % пациентов отметили высокий уровень дистресса (8-10 баллов по шкале дистресса), 24 % расценивали уровень дистресса как средний (4-7 баллов по шкале дистресса), остальные 73 % не отмечали значительного повышения дистресса вовсе (0-3 балла по шкале дистресса). С одной стороны, это расходится с описанием тяжелого переживания болезни, которое отметили 66% респондентов. С другой стороны, мы предполагаем, что пациенты больше ориентировались на актуальное состояние на момент обследования, а не только на переживания на момент госпитализации.



Рисунок 7. Число (%) пациентов, отметивших значимость вклада того или иного фактора дистресса в повышение общего дистресса оценками в 2 и 3 балла (N=67)

Как видно на рисунке 7, наиболее значимыми факторами дистресса выступили страх возможных осложнений, информация о неблагоприятном исходе заболевания у других, трудности планирования будущего и нарушенные жизненные планы.

В качестве дополнительных факторов некоторые из пациентов самостоятельно отметили ограничение передвижения, длительность пандемии, тревогу за здоровье близких, сопутствующие заболевания легких, отсутствие системной информации о заболевании и резкое ухудшение состояния.

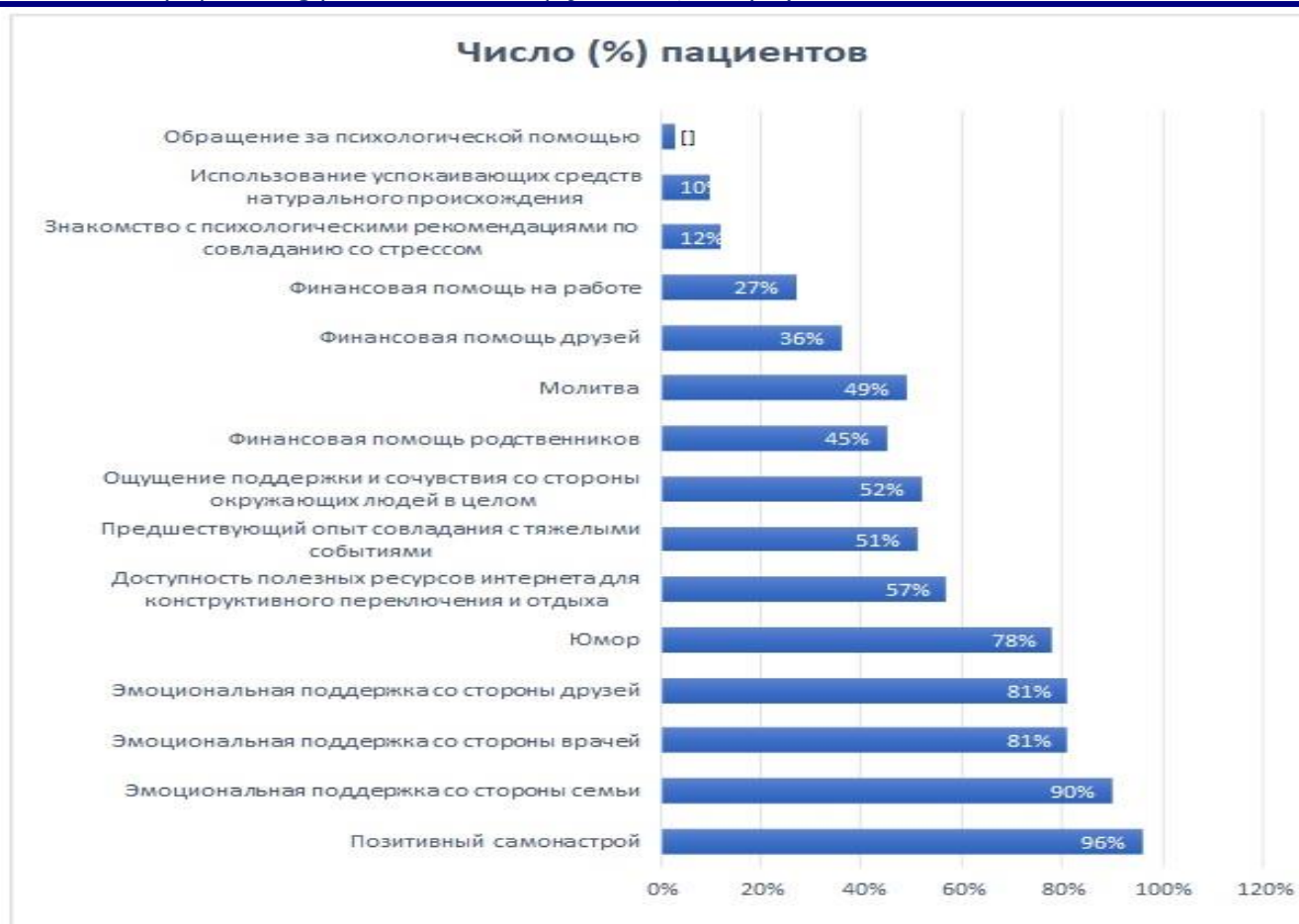


Рисунок 8. Число (%) пациентов, отметивших значимость вклада того или иного фактора-протектора в снижение уровня дистресса оценками в 2 и 3 балла (N=67)

При этом подавляющее большинство пациентов в качестве наиболее значимых факторов совладания со стрессом в момент заболевания отметили позитивный настрой, эмоциональную поддержку со стороны семьи, врачей и друзей, а также чувство юмора (рис. 8).

В качестве дополнительных факторов-протекторов некоторые из пациентов самостоятельно отметили «закалку Советского Союза», успехи близких, соблюдение рекомендаций, высокооплачиваемое хобби и цели на будущее.

Корреляционные связи между показателями ПТР, депрессии, тревоги и ПТР с одной стороны, и факторами дистресса и совладания с ним с другой

Далее приводится корреляционный анализ связей показателей факторов дистресса с показателями ПТСР (табл. 1) и ПТР (табл. 2).

Таблица 1
Взаимосвязь доменов дистресса с показателями посттравматического стресса

Шкалы ПТСР и симптомы эмоциональной дезадаптации	Риски осложнений и доступности квалифицированной помощи	Конфликты с близкими и страх стигматизации	Финансовые трудности и изменение жизненных перспектив
ПТСР, общий балл	0,469**	0,403**	0,568**

Симптомы навязчивого повторения	0,500**	0,394*	0,548**
Симптомы избегания	0,262*	0,084	0,347**
Симптомы изменения в когнитивно-эмоциональной сфере	0,379**	0,425*	0,609**
Симптомы возбудимости	0,461**	0,383*	0,473**
Симптомы тревоги	0,538**	0,185	0,551**
Симптомы депрессии	0,241	0,314*	0,469**

* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$

Как видно из таблицы 1, все факторы дистресса взаимосвязаны с показателями ПТСР. Гораздо меньшее число связей отмечается между симптомами ПТР и факторами дистресса, что в целом является логичным: факторы стресса усиливают эмоциональное неблагополучие и мешают посттравматическому росту (см. табл. 2)

Таблица 2
Взаимосвязь факторов дистресса (доменов) с показателями посттравматического роста

	Риски осложнений и доступности квалифицированной помощи	Конфликты с близкими и страх стигматизации	Финансовые трудности и изменение жизненных перспектив
ПТР, общий балл	0,260*	0,170	0,285*
Отношение к другим	0,281*	0,209	0,294*
Новые возможности	0,214	0,269	0,311*
Сила личности	0,180	0,058	0,196
Духовные изменения	0,386**	0,207	0,257*
Повышение ценности жизни	0,206	0,059	0,275*

* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$

Согласно таблице 2 финансовые трудности и изменение жизненных перспектив связаны слабыми, но значимыми связями со всеми показателями ПТР кроме шкалы «сила личности». При этом риски осложнений и низкой доступности квалифицированной помощи имеют высоко значимую связь средней силы с духовными изменениями после заболевания и слабые связи с изменением отношения к другим и общим баллом посттравматического роста. Это может быть связано с тем, что страх за свое здоровье повышает ценность своей и чужой жизни, а бытовые и финансовые изменения требуют адаптации и перестройки. При этом проблемы в семье и отсутствие социальной поддержки, наоборот, не дают позитивных личностных изменений.

Также мы изучили связь факторов-протекторов с показателями ПТСР и ПТР (см. таблицы 3 и 4)

Таблица 3
Взаимосвязь факторов-протекторов (доменов) с показателями посттравматического стресса

	Эмоциональная поддержка	Финансовая поддержка	Использование ресурсов психологической помощи и успокаивающих средств	Конструктивные стратегии совладания и ресурсы
ПТСР, общий	-0,099	0,190	0,253*	0,028

балл				
Симптомы навязчивого повторения	0,083	0,221	0,318*	0,006
Симптомы избегания	0,230	0,195	0,137	0,212
Симптомы изменения в когнитивно-эмоциональной сфере	-0,126	0,145	0,181	-0,040
Симптомы возбудимости	-0,215	0,153	0,268*	0,000

* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$

Из таблицы 12 мы видим, что некоторые симптомы ПТСР имеют слабые значимые связи с использованием психологических ресурсов и употреблением успокоительных средств. Это, вероятнее, всего объясняется тем, что респонденты, пережившие наибольший стресс были вынуждены обратиться к специалисту по ментальному здоровью.

Таблица 4
Взаимосвязь факторов-протекторов (доменов) с показателями посттравматического роста

	Эмоциональная поддержка	Финансовая поддержка	Использование ресурсов психологической помощи и успокаивающих средств	Конструктивные стратегии совладания и ресурсы
ПТР, общий балл	0,238	0,388**	0,148	0,455**
Отношение к другим	0,291	0,388**	0,143	0,438**
Новые возможности	0,285	0,465**	0,223	0,410**
Сила личности	0,184	0,321**	0,121	0,422**
Духовные изменения	0,268*	0,353**	0,192	0,475**
Повышение ценности жизни	0,052	0,201	0,080	0,267*

* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$

Несколько неожиданно весьма значимой оказалась финансовая, а не эмоциональная поддержка со стороны близких, коллег и друзей. Высказывания некоторых пациентов ходе интервью помогают объяснить эту связь. Многим людям именно в тяжелой ситуации открылась важность не только сочувствия, но и инструментальной поддержки, требующей определенных жертв и усилий от окружающих людей в момент угрозы финансового кризиса, дефицита средств на дополнительное лечение, проблемы выживания в целом. При этом использование собственных ресурсов личности и продуктивных копинг-стратегий также способствовало развитию личности после пережитого стресса, что говорит о том, что сформированные в преморбиде качества оказывают влияние на особенности совладания со стрессом.

Ограничения исследования

Исследование имело целый ряд ограничений, не позволяющих прямо экстраполировать полученные данные на другие группы больных. Во-первых, небольшой размер выборки ограничивает статистическую надежность. Во-вторых, результаты основаны на данных пациентов с COVID-19, проживающих в Москве и, в подавляющем большинстве, пролеченных в одном из ведущих центров оказания помощи этим пациентам – НИИ Скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, что могло существенно снизить уровень стресса, связанный с низкой доступностью помощи и недоверием к лечению. Наконец, исследование было

срезовым, а не лонгитюдным, что ограничивает возможности интерпретации факторов влияния. Обобщение результатов из других исследований и сопоставление с ними также требует осторожности, так как в них все демографические данные и данные основных психологических переменных были предоставлены пациентами самостоятельно, что могло привести к систематической ошибке в отчетности. Преимущество нашего исследования, в отличие от электронной анкеты и опросов по телефону, состояло в том, что все больные были обследованы профессиональными клиническими психологами очно, во время их пребывания в стационаре в целях выявления степени восстановления после болезни.

Обсуждение результатов

Полученные нами показатели распространенности клинически значимых симптомов ПТСР у пациентов с COVID-19 находятся в более низком диапазоне, чем было зарегистрировано в большинстве других когорт пациентов с COVID-19, обследованных после госпитализации. Рассмотренное во введении норвежское и иранское исследования [16;17], а также исследование Horn et al. [40]. с использованием PCL-5, сообщили о сопоставимых с нашими показателями распространенности клинически выраженных симптомов ПТСР у пациентов, перенесших COVID-19 в диапазоне от 3,8% до 9,5%. Исследователи из Турции и Италии сообщили о значительно более высокой распространенности клинически значимых симптомов ПТСР среди больных - 34% и 22% соответственно, но с использованием другой шкалы [19;41]. Одним из возможных объяснений такой разницы в показателях является использование разных критериев оценки тяжести ПТСР и разных диагностических шкал.

Следует также отметить фактическое совпадение наших показателей клинически значимых симптомов ПТСР (4%) у пациентов после COVID-19, с показателями пациентов из Ирана (3,8 %). Мы склонны предполагать, что сохранившаяся в мусульманском мире трехпоколенная семья и тесные связи между родственниками могут обеспечивать более высокий уровень воспринимаемой социальной поддержки, которая, как известно, может значительно снижать уровень переживаемого стресса во время критических жизненных событий.

Полученный нами низкий процент пациентов с критически высокими значениями показателей по шкале PCL-5, сопоставимый с процентами в иранской и норвежской когортах, также можно объяснить достаточно хорошо налаженной системой помощи пациентам с COVID-19 в столице и известностью НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского - учреждения, хорошо оснащенного как современной техникой, так и высококвалифицированными кадрами. Действительно, качество организации психологической и медицинской помощи влияет на эмоциональное состояние пациентов [42]. Наконец, можно предположить, что на повторную госпитализацию в целях обследования согласились пациенты, у которых в наименьшей степени было выражен такой важный симптом ПТСР как избегание, что, в целом подтверждается низкими значениями по этой подшкале опросника PCL-5 в нашей выборке.

Этим же можно объяснить и сравнительно низкие показатели ПТР по сравнению с показателями китайской когорты, где отмечались высокие показатели как ПТСР, так и ПТР, которые, как известно, связаны между собой, хотя их зависимость и не является линейной.

Что касается факторов-предикторов как ПТСР, так и ПТР, то они во многом перекликаются с полученными в других исследованиях. Для социодемографических факторов показано, что пол оказывает влияние на ПТСР (у женщин эти показатели выше), что отмечалось в ряде вышеописанных исследований. Среди клинических факторов для ПТР наиболее важным оказался фактор тяжести поражения легких. Для симптомов ПТСР они не имели заметного значения. Как показатели ПТСР, так и ПТР выше у тех пациентов, которые более остро переживали болезнь.

Любопытно, что в нашем исследовании не было обнаружено связи между эмоциональной поддержкой и показателями посттравматического роста. При этом, американское исследование предикторов развития ПТСР и ПТР указало, что наличие социальной поддержки при сильном стрессе чаще приводит к развитию посттравматического роста [43]. Как мы указывали ранее, для многих респондентов готовность других людей оказывать им инструментальную поддержку стала открытием, при том, что ожидание эмоциональной поддержки было и до заболевания. При этом другие исследования указывают на то, что предиктором развития симптомов ПТСР являются в основном личностные установки и убеждения. В нашем исследовании было показано, что переживания по поводу отношений с близкими, бытовых трудностей и процесса восстановления также связаны с симптомами стресса, а собственные продуктивные копинги способствуют посттравматическому росту [13;29].

Выводы

1. Как показывает анализ исследований, в разных странах ученые пытаются оценить нагрузку на психическое здоровье у пациентов, перенесших COVID-19, в том числе выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Полученные в нашем исследовании данные соотносятся с наиболее низкими в диапазоне значений, выявленных в разных когортах. Большой разброс данных в разных когортах диктует необходимость дальнейших исследований с расширением выборки и с учетом целого ряда факторов влияния: 1) инструменты и формат (очно, онлайн, по телефону) диагностики; 2) социодемографические и клинические характеристики выборок; 3) время проведения обследования; 4) общая ситуация в системе здравоохранения и социального обеспечения в той или иной стране и другие. Преимуществом нашего исследования является очный формат, который позволил изучить сохранность когнитивной сферы и установить доверительный контакт с больными в процессе беседы-интервью перед заполнением опросников.
2. Исследование социодемографических и клинических факторов выраженности симптоматики ПТСР, тревоги и депрессии в обследованной выборке показало, что эти симптомы выше у женщин, чем у мужчин, а также связаны с выраженностью субъективной тяжести переживания болезни. Также обнаружена корреляция тяжести симптомов ПТСР с такими психологическими факторами как конфликты с близкими и страх стигматизации, финансовые трудности и изменение жизненных перспектив, риски осложнений и плохая доступность квалифицированной помощи. Именно эти факторы оказывают наиболее существенное влияние на риск развития ПТСР. Также было обнаружено, что выраженность симптомов ПТСР коррелирует только с одним из факторов-протекторов, а именно использованием психологической помощи и успокоительных препаратов.
3. Среди последствий травматического стресса, резко меняющего жизнь и жизненные перспективы, в качестве возможного положительно исхода исследователями указывается так называемый посттравматический рост (ПТР), который характеризуется повышением значимости и ценности отношений с людьми и ценности жизни в целом, а также духовным ростом и верой в собственные силы справляться с трудностями, открытием новых возможностей для личностного развития в кризисной жизненной ситуации. Нам известно пока единственное исследование ПТР у больных, перенесших COVID-19, в Китае. Наше исследование показало, что примерно четверть обследованной выборки характеризуется выраженными признаками ПТР.
4. Среди демографических факторов ПТР оказался положительно связанным с полом: у женщин показатели посттравматического роста значимо выше, что соотносится и с показателями эмоциональной дезадаптации. Возможно, женщины более внимательны к своему эмоциональному состоянию, тяжелее переживают заболевание, но и чаще используют свои переживания как ресурс для роста. Также пациенты с наибольшей тяжестью поражений легких (КТ-4) отличались наиболее высокими показателями ПТР. Среди психологических факторов значимые корреляции слабой силы были выявлены с конструктивными стратегиями совладания, что коррелируется с данными китайского исследования ПТР у этих пациентов. Наиболее значимым для ПТР оказался фактор финансовой поддержки от родственников, друзей и коллег. Видимо, именно действенное участие в судьбе пациентов, симптомы ПТСР у которых во многом связаны с непониманием со стороны окружающих, а также финансовыми трудностями в результате тяжелого заболевания, является поводом для пересмотра жизненных ценностей и, прежде всего, важности связей с другими людьми.
5. Во всех рассмотренных нами исследованиях делается вывод о важности организации профилактических мер для предупреждения негативных последствий для психического здоровья людей, перенесших COVID-19. При этом исследователи отдельно указывают на важность доступности психологической помощи для этих пациентов.

Список литературы

1. World Health Organization. COVID-19 related reports. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/zh/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

2. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19. Консультативная психология и психотерапия. 2020; 28(2):8–45. doi:10.17759/cpp.2020280202
3. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рахманина А.А., Рой А.П. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2020; 9(3):321–337. doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337
4. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395: 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5
5. Cattelan J., Castellano S., Merdji H., Audusseau J., Claude B., Feuillassier L., Cunat S., Astrié M., Aquin C., Buis G., Gehant E., Granier A., Kercha H., Le Guillou C., Martin G., Roulot K., Meziani F., Putois O., Helms J. Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. Journal of intensive care. 2021;9(1):5 doi: 10.1186/s40560-020-00520-w.
6. Rabiee A., Nikayin S., Hashem M., Huang M. et. al. Depressive symptoms after critical illness: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2016; 44:1744–1753. doi: 10.1097/CCM.0000000000001811
7. Smith E., Lee A., Smith J., Thiele A., Zeleznik H., Ohtake P. COVID-19 and Post-intensive Care Syndrome: Community-Based Care for ICU Survivors. Home Health Care Management & Practice. 2021; 33(2):117–124. Doi: 10.1177/1084822320974956
8. Wiertz C.M.H., Vints W.A.J., Maas G.J.C.M., Rasquin S.M.C., van Horn Y.Y., Dremmen M.P.M., Hemmen B., Verbunt J.A. COVID-19: Patient Characteristics in the First Phase of Postintensive Care Rehabilitation. Arch Rehabil Res Clin Transl. 2021;3(2):100–108. doi: 10.1016/j.arrct.2021.100108.
9. Colbenson G., Johnson A., Wilson M.. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management // Breathe (Sheff). 2019; 15: 98–101. doi: 10.1183/20734735.0013-2019
10. Biehl M., Sese D.. Post-intensive care syndrome and COVID-19 - Implications post pandemic. Cleve Clin J Med. 2020. doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc055.
11. Johnson C., Suchyta M., Darowski E., Collar E. et. al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. Ann Am Thorac Soc. 2019;16:894–909. doi: 10.1513/AnnalsATS.201808-540SR
12. Eddy L. Caring for Patients with COVID-19 and Post-Intensive Care Syndrome. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/caring-for-patients-with-covid-19-and-post-intensive-care-syndrome>
13. Pompeo-Fargnoli A., Fargnoli A.. The Mental Health Impact of the COVID19 Crisis: The Battle Ahead for Inpatient Survivors. Psychosomatics. 2020; 61:567–568. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.001
14. Remsik J., Wilcox J., Babady N., McMillen T., et. al. Inflammatory Leptomeningeal Cytokines Mediate COVID-19 Neurologic Symptoms in Cancer Patients. Cancer Cell. 2021;39:276–283. doi: 10.1016/j.ccell.2021.01.007
15. Bonsaksen T., Heir T., Schou-Bredal I., Ekeberg Ø., Skogstad L., Grimholt T.K. Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors during the Early Stage of the COVID-19 Pandemic in Norway. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):9210. doi: 10.3390/ijerph17249210.
16. Einvik G., Dammen T., Ghanima, W., Heir T., et al. Prevalence and Risk Factors for Post- Traumatic Stress in Hospitalized and Non-Hospitalized COVID-19 Patients. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18:2079. doi: 10.3390/ijerph18042079
17. Khademi M., Vaziri-Harami R., Shams J. Prevalence of Mental Health Problems and Its Associated Factors Among Recovered COVID-19 Patients During the Pandemic: A Single-Center Study. Front Psychiatry. 2021. 12:602244. doi: 10.3389/fpsy.2021.602244. PMID: 33868043; PMCID: PMC8044784.
18. Chen Y., Huang X., Zhang C., An Y., Liang Y., Yang Y., Liu Z. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. BMC Psychiatry. 2021;21(1):80. doi: 10.1186/s12888-021-03076-7.

19. Poyraz BÇ, Poyraz CA, Olgun Y, Gürel Ö, Alkan S, Özdemir YE, Balkan İİ, Karaali R. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psychiatry Res.* 2021;295:113604. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113604.
20. Calhoun L., Cann A., Tedeschi R., McMillan J.. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress.* 2000; 13; 521-527. doi: 10.1023/A:1007745627077.
21. Jin Y., Xu J., Liu D. The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; 49: 1903–1910. doi: 10.1007/s00127-014-0865-5
22. Tan J., Andriessen K. The Experiences of Grief and Personal Growth in University Students: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1899. doi: 10.3390/ijerph18041899.
23. Ye Z., Chen L, Lin D. The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Posttraumatic Growth Among HIV-Infected Men Who Have Sex With Men in Beijing, China: The Mediating Roles of Coping Strategies. *Front Psychol.* 2018;9:1787. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01787.
24. Ma Z., Xia Y., Lin Z. Post-Traumatic Growth Following Exposure to Memorial Reports of the 5.12 Wenchuan Earthquake: The Moderating Roles of Self-Esteem and Long-Term PTSD Symptoms. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(18):3239. doi: 10.3390/ijerph16183239
25. Shakespeare-Finch J., Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *J Anxiety Disord.* 2014; 28: 223-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.10.005
26. Butler L., Blasey C., Garlan W., McCaslin S., et al. Post-traumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology.* 2005;11:247–267. doi: 10.1177/153476560501100405
27. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. *Консультативная психология и психотерапия.* 2019;27(2): 8–26. doi:10.17759/cpp.2019270202
28. Yan S., Yang J., Ye M., Chen S., Xie C., Huang J., Liu H.. Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2021;12:658307. doi: 10.3389/fpsyg.2021.658307.
29. Vazquez, C., Valiente, C., García, F.E. et al. Post-Traumatic Growth and Stress-Related Responses During the COVID-19 Pandemic in a National Representative Sample: The Role of Positive Core Beliefs About the World and Others. *J Happiness Stud.* 2021; 22: 2915–2935. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
30. Bruno, F., Vozzo, F., Arcuri, D. et al. The longitudinal association between Perceived Stress, PTSD Symptoms, and Post-Traumatic Growth during the COVID-19 Pandemic: the role of coping strategies and psychological inflexibility. *Curr Psychol.* 2024; 43: 13871–13886. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03502-3>
31. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
32. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Изд-во Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
33. Holland J., Bultz B. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw.* 2007; 5(1): 3-7. doi: 10.6004/jnccn.2007.0003
34. Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А. Исследование дистресса у женщин, больных злокачественными новообразованиями. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика.* 2014;3(5):4.
35. Магомед-Эминов М.Ш. Деятельностно-смысловой подход к психологической трансформации личности: Автореф. Док. Дисс. Москва, 2009. 679 с.
36. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.:Изд-во «Психотерапия», 2010. 279 с.
37. Алфимова М.В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2010; 20(3): 20-25.

38. Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П., Арина Г.А. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов» // под ред. Николаевой — М.: Академический проект, 2009. 311 с.

39. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2002; 12 (3): 97-104.

40. Horn M., Wathélet M., Fovet T., Amad A., Vuotto F., Faure K., Astier T., Noël H., Duhem S., Vaiva G., D'Hondt F., Henry M. Is COVID-19 Associated With Posttraumatic Stress Disorder? J Clin Psychiatry. 2022;82(1):20m13641. doi: 10.4088/JCP.20m13641.

41. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., Brioni E., Giacalone G., Canti V., Sofia V., D'Amico M., Di Napoli D., Ambrosio A., Scarpellini P., Castagna A., Landoni G., Zangrillo A., Bosi E., Tresoldi M., Ciceri F., Rovere-Querini P. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study. PLoS One. 2020;15(10):e0239570. doi: 10.1371/journal.pone.0239570

42. Mækela, Martin & Reggev, Niv & Dutra, Natalia & Tamayo, Ricardo & Silva-Sobrinho, Reinaldo & Klevjer, Kristoffer & Pfuhl, Gerit. Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on mental health during the early phase of the outbreak in six countries. Royal Society Open Science. 2020;7: 200644. Doi: 10.1098/rsos.200644.

43. Northfield, E.-L., & Johnston, K. L. "I get by with a little help from my friends": Posttraumatic growth in the COVID-19 pandemic. Traumatology. 2022; 28(1): 195–201. <https://doi.org/10.1037/trm0000321>

References

1. World Health Organization. COVID-19 related reports (2020) – Available at: <https://www.who.int/zh/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (assessed 1.06.2021).

2. Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic. Konsul'tativnaya psihologiya i psioterapiya (Counseling Psychology and Psychotherapy). 2020; 28(2): 8–45. (In Russ.)

3. Kholmogorova A.B., Petrikov S.S., Suroegina A.Yu., Mikita O.Yu., Rakhmanina A.A., Roy A.P. Burnout and its Factors in Healthcare Specialists Involved in Providing Care for Patients with Covid-19 at Different Stages of the Pandemic. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya medicinskaya pomoshh`». (Russian Sklifosovsky Journal "Emergency medical care). 2020; 9(3):321-337. doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337

4. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395: 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5

5. Cattelan J., Castellano S., Merdji H., Audusseau J., Claude B., Feuillassier L., Cunat S., Astrié M., Aquin C., Buis G., Gehant E., Granier A., Kercha H., Le Guillou C., Martin G., Roulot K., Meziani F., Putois O., Helms J. Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. Journal of intensive care. 2021;9(1):5 doi: 10.1186/s40560-020-00520-w.

6. Rabiee A., Nikayin S., Hashem M., Huang M. et. al. Depressive symptoms after critical illness: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2016; 44:1744-1753. doi: 10.1097/CCM.0000000000001811

7. Smith E., Lee A., Smith J., Thiele A., Zeleznik H., Ohtake P. COVID-19 and Post-intensive Care Syndrome: Community-Based Care for ICU Survivors. Home Health Care Management & Practice. 2021; 33(2):117-124. Doi: 10.1177/1084822320974956

8. Wiertz C.M.H., Vints W.A.J., Maas G.J.C.M., Rasquin S.M.C., van Horn Y.Y., Dremmen M.P.M., Hemmen B., Verbunt J.A. COVID-19: Patient Characteristics in the First Phase of Postintensive Care Rehabilitation. Arch Rehabil Res Clin Transl. 2021;3(2):100-108. doi: 10.1016/j.arrct.2021.100108.

9. Colbenson G., Johnson A., Wilson M.. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management // Breathe (Sheff). 2019; 15: 98-101. doi: 10.1183/20734735.0013-2019

10. Biehl M., Sese D.. Post-intensive care syndrome and COVID-19 - Implications post pandemic. Cleve Clin J Med. 2020. doi: 10.3949/ccjm. 87a.ccc055.

11. Johnson C., Suchyta M., Darowski E., Collar E. et. al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically III Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. Ann Am Thorac Soc. 2019; 16:894-909. doi: 10.1513/AnnalsATS.201808-540SR

12. Eddy L. Caring for Patients with COVID-19 and Post-Intensive Care Syndrome. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/caring-for-patients-with-covid-19-and-post-intensive-care-syndrome>
13. Pompeo-Fargnoli A., Fargnoli A.. The Mental Health Impact of the COVID19 Crisis: The Battle Ahead for Inpatient Survivors. *Psychosomatics*. 2020; 61:567-568. doi: 10.1016/j.psych.2020.04.001
14. Remsik J., Wilcox J., Babady N., McMillen T., et. al. Inflammatory Leptomeningeal Cytokines Mediate COVID-19 Neurologic Symptoms in Cancer Patients. *Cancer Cell*. 2021; 39:276-283. doi: 10.1016/j.ccell.2021.01.007
15. Bonsaksen T., Heir T., Schou-Bredal I., Ekeberg Ø., Skogstad L., Grimholt T.K. Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors during the Early Stage of the COVID-19 Pandemic in Norway. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9210. doi: 10.3390/ijerph17249210.
16. Einvik G., Dammen T., Ghanima, W., Heir T., et al. Prevalence and Risk Factors for Post- Traumatic Stress in Hospitalized and Non-Hospitalized COVID-19 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18:2079. doi: 10.3390/ijerph18042079
17. Khademi M., Vaziri-Harami R., Shams J. Prevalence of Mental Health Problems and Its Associated Factors Among Recovered COVID-19 Patients During the Pandemic: A Single-Center Study. *Front Psychiatry*. 2021. 12:602244. doi: 10.3389/fpsy.2021.602244. PMID: 33868043; PMCID: PMC8044784.
18. Chen Y., Huang X., Zhang C., An Y., Liang Y., Yang Y., Liu Z. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):80. doi: 10.1186/s12888-021-03076-7.
19. Poyraz BÇ, Poyraz CA, Olgun Y, Gürel Ö, Alkan S, Özdemir YE, Balkan İİ, Karaali R. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psychiatry Res*. 2021;295:113604. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113604.
20. Calhoun L., Cann A., Tedeschi R., McMillan J.. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress*. 2000; 13; 521-527. doi: 10.1023/A:1007745627077.
21. Jin Y., Xu J., Liu D. The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49: 1903–1910. doi: 10.1007/s00127-014-0865-5
22. Tan J., Andriessen K. The Experiences of Grief and Personal Growth in University Students: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1899. doi: 10.3390/ijerph18041899.
23. Ye Z., Chen L, Lin D. The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Posttraumatic Growth Among HIV-Infected Men Who Have Sex With Men in Beijing, China: The Mediating Roles of Coping Strategies. *Front Psychol*. 2018; 9:1787. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01787.
24. Ma Z., Xia Y., Lin Z. Post-Traumatic Growth Following Exposure to Memorial Reports of the 5.12 Wenchuan Earthquake: The Moderating Roles of Self-Esteem and Long-Term PTSD Symptoms. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3239. doi: 10.3390/ijerph16183239
25. Shakespeare-Finch J., Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *J Anxiety Disord*. 2014; 28: 223-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.10.005
26. Butler L., Blasey C., Garlan W., McCaslin S., et al. Post-traumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*. 2005;11:247–267. doi: 10.1177/153476560501100405
27. Sergienko A.I., Kholmogorova A.B. Post-Traumatic Growth and Coping-Strategies of Parents of Children with Disabilities. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya (Counseling Psychology and Psychotherapy)*. 2019; 27(2): 8–26. doi:10.17759/cpp.2019270202. (In Russ.)
28. Yan S., Yang J., Ye M., Chen S., Xie C., Huang J., Liu H. Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021; 12:658307. doi: 10.3389/fpsyg.2021.658307.
29. Vazquez, C., Valiente, C., García, F.E. et al. Post-Traumatic Growth and Stress-Related Responses During the COVID-19 Pandemic in a National Representative Sample: The Role of

Positive Core Beliefs About the World and Others. *J Happiness Stud.* 2021; 22: 2915–2935. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>

30. Bruno, F., Vozzo, F., Arcuri, D. et al. The longitudinal association between Perceived Stress, PTSD Symptoms, and Post-Traumatic Growth during the COVID-19 Pandemic: the role of coping strategies and psychological inflexibility. *Curr Psychol.* 2024; 43: 13871–13886. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03502-3>

31. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. Saint Peterburg: Piter Publ., 2001. (In Russ.)

32. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhnev I.S., Bykhovets Yu.V., Dan M.V. *Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoy bezopasnosti*. Moscow: «Institut psihologii RAN» Publ., 2017. 344 p. (In Russ.)

33. Holland J., Bultz B. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw.* 2007; 5(1): 3-7. doi: 10.6004/jnccn.2007.0003

34. Olejnikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. A study of distress women in cancer. *Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* (Clinical and medical psychology: researches, studies, practice). 2014; 3(5):4. Available at: http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202> (In Russ., abstr. in Engl)

35. Magomed-Eminov M.SH. *Deyatel'nostno-smyslovoj podhod k psihologicheskoy transformacii lichnosti*. 2009. URL: <http://www.psy.msu.ru/science/autoref/doc/magomed-eminov.pdf> (accessed 01.06.2021) (In Russ.)

36. Rubinshtejn S. YA. *Eksperimental'nye metodiki patopsihologii*. Moscow: publ. "Psychotherapy", 2010. (In Russ.)

37. Alfimova M.V. *Semanticheskaya verbal'naya beglost': normativnye dannye i osobennosti vypolneniya zadaniya bol'nymi shizofreniej. Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2010; 20(3): 20-25. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semanticheskaya-verbalnaya-beglost-normativnye-dannye-i-osobennosti-vypolneniya-zadaniya-bolnymi-shizofreniej> (accessed 01.06.2021)

38. Nikolaeva V.V. *Psihosomatika: telesnost' i kul'tura: Uchebnoe posobie dlya vuzov* // pod red. Nikolaevoj — M.: Akademicheskij proekt, 2009. – 311 p. (In Russ.)

39. Kholmogorova A.B. Biopsychosocial model as a methodological basis for the study of mental disorders. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* – 2002;12(3): 97-104

40. Horn M., Wathélet M., Fovet T., Amad A., Vuotto F., Faure K., Astier T., Noël H., Duhem S., Vaiva G., D'Hondt F., Henry M. Is COVID-19 Associated With Posttraumatic Stress Disorder? *J Clin Psychiatry.* 2022;82(1):20m13641. doi: 10.4088/JCP.20m13641.

41. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., Brioni E., Giacalone G., Canti V., Sofia V., D'Amico M., Di Napoli D., Ambrosio A., Scarpellini P., Castagna A., Landoni G., Zangrillo A., Bosi E., Tresoldi M., Ciceri F., Rovere-Querini P. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study. *PLoS One.* 2020;15(10):e0239570. doi: 10.1371/journal.pone.0239570

42. Mækelæ, Martin & Reggev, Niv & Dutra, Natalia & Tamayo, Ricardo & Silva-Sobrinho, Reinaldo & Klevjer, Kristoffer & Pfuhl, Gerit. Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on mental health during the early phase of the outbreak in six countries. *Royal Society Open Science.* 2020;7: 200644. Doi: 10.1098/rsos.200644.

43. Northfield, E.-L., & Johnston, K. L. "I get by with a little help from my friends": Posttraumatic growth in the COVID-19 pandemic. *Traumatology.* 2022; 28(1): 195–201. <https://doi.org/10.1037/trm0000321>

POST-TRAUMATIC STRESS AND POST-TRAUMATIC GROWTH IN PATIENTS WITH COVID-19 AFTER HOSPITAL TREATMENT: SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS

Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Pugovkina O.D.,
Avakyan T.A. Karchevskaya N.A., Petrikov S.S.

Abstract. The article presents a study of the factors of post-traumatic stress (PTSD) and post-traumatic growth (PTG) in patients undergoing hospital treatment for coronavirus infection. An analysis of the literature showed that the prevalence of PTSD symptoms in patients who have suffered coronavirus infection varies from 3.8% to 34.5%. At the same time, female sex, severity of symptoms, traumatic experience, stigmatization of patients and lack of social support were noted as risk factors for the development of PTSD. However, post-traumatic growth was more often associated with the presence of support, constructive coping strategies, and positive core beliefs. As part of this work, 67 respondents were examined, who were asked to answer semi-structured interview questions, as well as fill out a number of questionnaires to assess the level of emotional maladaptation. According to the results obtained, 19% of respondents had symptoms of depression of varying degrees, 10% of respondents noted clinically significant indicators of anxiety, 6% of patients reported the presence of critical values of PTSD, while a quarter of patients noted high values of PTD. Analysis of factors showed that women are more likely to have indicators of PTSD and PTD. Also, significant factors in post-traumatic growth was the severity of lung damage and subjective severity of experience, while the duration of hospitalization, stay in intensive care and time after discharge were not associated with any of the studied indicators. Post-traumatic stress was associated with all indicators of stress: financial and domestic difficulties, lack of social and family support, and fear of complications from the disease. Moreover, post-traumatic growth was primarily associated with constructive coping strategies and the availability of financial support.

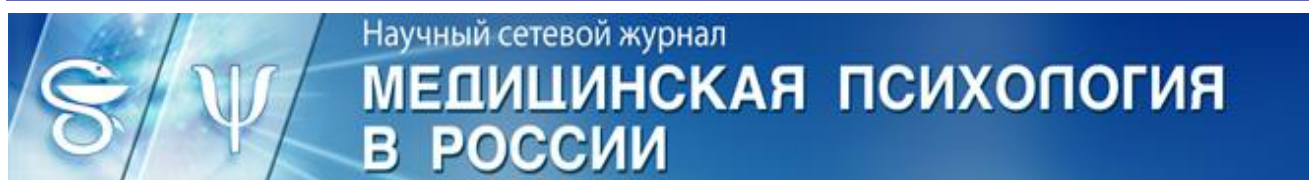
Key words: coronavirus infection; COVID-19; post-traumatic stress; PTSD, post-traumatic growth; emotional maladjustment.

For citation Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A., Pugovkina O.D., Roy A.P.,

Istomin M.A., Avakyan T.A. Karchevskaya N.A., Petrikov S.S. Post-traumatic stress and post-traumatic growth in patients with COVID-19 after hospital treatment: sociodemographic, clinical and psychological factors // Medical psychology in Russia: network scientific. magazine – 2024. – T. 16, No. 1(82). – P.2. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 2024



УДК 159.937.53

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, В СВЯЗИ С АЛЕКСИТИМИЕЙ

О.Е. Хмелевская, Н.А. Кравцова, А.А. Сон
(Владивосток, Россия)



Хмелевская Ольга Евгеньевна

Кандидат психологических наук (19.00.01), доцент кафедры клинической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 690002, Владивосток, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2731-8855>
E-mail: ug223@mail.ru



Кравцова Наталья Александровна

Доктор психологических наук (19.00.04), кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 690002, Владивосток, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>
E-mail: kranatali@yandex.ru



Сон Алина Александровна

Выпускница курса профессиональной переподготовки по клинической психологии кафедры клинической психологии ФГБОУВО ТГМУ Минздрава России

Аннотация.

Цель исследования: определить временную перспективу молодых людей, переболевших и не болевших COVID-19 в связи с алекситимией.

Материалы и методы: совокупная выборка составила 60 человек в возрасте от 18 до 45 лет, из них 30 человек, переболевшие коронавирусом (ЭГ); 30 здоровых, не болевших

COVID-19 (КГ). Методы: «Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо, «Незаконченные предложения» Д. Сакса и С. Леви; Торонтская шкала алекситимии.

Результаты: для молодых людей выборки важна ориентация на будущее, но в группе переболевших в большей мере присутствует фатализм, отрицание собственной ответственности за будущее, в то время как в группе молодых людей, не болевших COVID-19 больше веры в собственные силы, в себя. Молодые люди, перенесшие COVID-19, в большей мере наслаждаются настоящим. К прошлому у всех респондентов преобладает позитивное отношение. Выявлена связь уровня алекситимии с негативным восприятием прошлого и фаталистическим настоящим.

Выводы: У молодых людей, перенесших COVID-19, во временной перспективе преобладает гедонистическое проживание настоящего, позитивное принятие прошлого и отсутствие надежды на собственные силы в целом положительном восприятии будущего. В группе сравнения выявлена двойственность в восприятии прошлого: с одной стороны, это принятие своего прошлого, а с другой - разочарование, негативное отношение к нему. В перспективе будущего преобладает позитивное отношение с верой и надеждой на свои силы при положительной оценке своих нереализованных возможностей. У респондентов обеих групп сравнения выявлены значимые прямые связи между показателями алекситимии и восприятием прошлого и настоящего. Высокий уровень алекситимии связан с негативной коннотацией прошлого и настоящего во временной перспективе.

Ключевые слова: восприятие будущего, отношение к прошлому, настоящее, коронавирус, алекситимия, коронавирус

Для цитаты Хмелевская О.Е., Кравцова Н.А., Сон А.А. Временная перспектива у молодых людей, перенесших COVID-19, в связи с алекситимией // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 1(82). – С. 3. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение.

Актуальность эмпирического изучения восприятия временной перспективы личности обусловлена пандемией COVID-19, изменившей условия жизни и функционирования практически всех людей на «до» и «после». В этих условиях массы людей стали остро осознавать хрупкость жизни, собственную уязвимость, что привело к возрастанию тревоги за будущее на фоне депрессивного настроения, изменению смысло-жизненных ориентаций личности и ее темпоральных (временных) характеристик. К.А. Абульханова-Славская, Т.Н. Березина описывают переживание времени в экстремальных ситуациях как замедленное, неравномерное, скачкообразное, иногда ускоряющееся [1]. По мнению Т.Н. Березиной, темпоральные характеристики экстремальных ситуаций, опасных для жизни, имеют такие параметры, как «ускорение/ замедление», «обратный ход времени» «темпоральные размерности» [2]. О.Г. Квасова отмечает, что субъективное переживание ускоренного течения времени связано, прежде всего, с восприятием позитивного будущего, низкой ориентацией на прошлое и, главным образом, ориентацией на действия по преодолению травматического опыта. Проблема временной перспективы личности особо актуализируется, в кризисных ситуациях, изменяющих темпоральную структуру личности в сторону замедленного течения времени [3]. С другой стороны, М.И. Кошенова, В.И. Волохова считают, что темпоральная некомпетентность может стать препятствием в реализации деятельности и конструктивных темпоральных стратегий [4].

Можно сказать, что временная перспектива детерминирует актуальное поведение человека, ориентирует во времени собственной жизни, ее субъективном восприятии и осознании себя во времени [5].

Ф.Е. Василюк отмечает, что даже по завершении кризисной ситуации, существование ее в психике остается в виде субъективного опыта человека, который оказывает влияние на отношение ко всем промежуткам времени жизни, критическая ситуация присутствует в виде переживания внутри личности [6].

И.М. Ермолова, А.В. Штрахова еще в доковидный период при исследовании временной перспективы у суицидентов отмечали пессимизм будущего, хаос настоящего и прекращение доступа к прошлому [7].

Исследования образа будущего России у студенческой молодежи О.Ю. Горчакова, И.А. Филенко, А.В. Ларионова, проведенные в период 2019-2020 годы, показали у большинства выборки позитивную оценку образа будущего России и два ведущих фактора: саморазвитие и безопасность [8]. Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин выявили снижение оценки качества времени на фоне разворачивающейся пандемии по сравнению с предшествующим годом, а также

значимую связь оценок качества времени и с показателем субъективного благополучия, но при этом отсутствие таковой связи с эмоциями и опасениями в связи с коронавирусом [9].

Понятие «временная перспектива» было определено Л. Франком как базовое качество человеческой жизни, объединяющее у личности ощущение времени: ее прошлого, настоящего и будущего [10]. К. Левин считал, что временная перспектива является самопроекцией личности в будущее, определяющей мотивацию человека [11].

Ф. Зимбардо, И. Бонивелл в своих исследованиях выявили влияние культурных ценностей, ситуации в стране проживания, уровня образования, наличие или отсутствие травматических событий, а также наличие успехов в прошлом на развитие временной перспективы [12]. Ф. Зимбардо выявил у многих людей ориентацию на одну из временных перспектив - прошлого, настоящего или будущего. Совместно с А. Гонзалесом создал опросник временной перспективы, где выделили следующие градации: негативное прошлое, гедонистическое настоящее, будущее, позитивное прошлое и фаталистическое настоящее [13].

З.В. Луковцева отмечает патогенное влияние пандемии на психосоматическую сферу практически каждого человека, что определяет сложность изучения проблемы COVID-19 в психосоматическом ключе и задает перспективные направления дальнейшей разработки этой проблемы [14]. Учитывая отмечаемое многими авторами повышение уровня тревожности, мы предположили, что неспособность идентифицировать и вербализовать свои эмоции, связанная с хронической тревожностью и эмоциональным напряжением [15], делает людей с алекситимическим радикалом более уязвимыми в ситуации пандемии. В то же время отмечается увеличение частоты встречаемости алекситимии среди современных молодых людей [16]. В условиях стремительного распространения вируса и увеличением тревожности населения, важной проблемой становится исследование временной перспективы, а именно ее искажение в субъективном восприятии человека, сопряженное с тревогой и запретом на собственные чувства.

Исследование В.В. Гриценко, А.Д. Резник, В.В. Константинова подтвердило значимость базисных убеждений как ресурса совладания с переживанием страха перед коронавирусным заболеванием [17]. Важным в преодолении кризисного периода становится межличностная коммуникация. Больной человек регрессирует в переживании своей беспомощности, что делает важным в сопровождении больных разговор о чувствах и переживаниях. Заболевание COVID-19 сопряжено с тревогой и это особая болезнь, которой не все болеют, но все ее оценивают и готовятся к ней. Исследование Е.И. Первичко, О.В. Митиной, О.Б. Степановой и соавт., проведенное непосредственно в период пандемии выявило снижение уровня негативных эмоций и уменьшением контроля в связи с эффектом «понятности» COVID-19 и пандемии COVID-19, что авторы рассматривают в качестве культуральной особенности российской выборки подверженной влиянию информационного фона и социокультурными условиям. Последствия пандемии, по всей видимости, будут долговременными - у многих людей развилось тревожное расстройство. Наличие опыта заражения среди близких респондентов, по мнению авторов, мотивирует к переосмыслению восприятия пандемии COVID-19 [18].

По результатам исследования стратегий совладающего поведения и психофизиологических показателей у молодых людей, переболевших COVID19 А.В. Солодухин, А.В. Серый, Л.А. Варич и соавт. Зафиксировали взаимосвязи между избегающими формами копинг-поведения и показателями памяти, внимания, подвижности нервных процессов, количеством неточных реакций на движущийся объект и работоспособностью головного мозга, что указывает на связь между нарастанием психофизиологических и когнитивных нарушений и предпочтением ухода от стрессовых ситуаций после перенесенного заболевания. Авторы считают, что именно когнитивное снижение приводит к более частому обращению за социальной поддержкой. В группе сравнения, без симптоматики COVID-19, значимых корреляционных связей между избегающими копинг-стратегиями и психофизиологическими или когнитивными нарушениями обнаружено не было [19].

Необходимо отметить, что по прошествии пика пандемии появились работы, описывающие влияние коронавирусной инфекции на многие психологические феномены. Так, проведенный метаанализ одиннадцати мета-аналитических исследований COVID-19, опубликованных в период с 2019 по 2022 год с общим размером выборки 3 502 427 пациентов, показал, что психологическими последствиями COVID-19 является появление таких симптомов, как бессонница, депрессия, тревога, дистресс, а также психических

расстройств (обсессивно-компульсивных, ПТСР, симптомов страха и фобий, нарушений сна и дистрессом) [20].

Необходимость всестороннего изучения различных психологических факторов повышает осведомленность специалистов и эффективность психологической работы с людьми, инфицированными COVID-19 и переживающими неизвестную тяжелую болезнь близких. Поддерживая предыдущих исследователей временной перспективы [3], мы также считаем, что COVID-19 создал всеобъемлющую кризисную ситуацию (риск заражения, смерть близких людей, изоляция, страх и тревога) и актуализировал изучение темпоральной структуры личности, ее ощущение времени. Однако исследований временной перспективы, отражающей объективную реальность людей, перенесших коронавирусную инфекцию, мы не нашли. Кроме этого, на наш взгляд, остался за пределом научного внимания и вопрос о связи временной перспективы личности и выраженностью алекситимии, частота встречаемости которой у молодых людей достаточно высока.

В представленной работе сделана попытка рассмотреть взаимосвязь временной перспективы молодых людей с алекситимией. Поставленная проблема основана на пробелах в клинических последствиях пандемии COVID-19 и нуждается в изучении.

Цель: определить временную перспективу у молодых людей, переболевших и не болевших COVID-19 в связи с алекситимией.

Гипотеза: Существует связь между восприятием времени и уровнем алекситимии у молодых людей, болеющих коронавирусной инфекцией.

Материал и методы Совокупная выборка составила 60 человек в возрасте от 18 до 45 лет ($M = 27,6$; $SD = 4,9$.) из них 28 мужчин и 32 женщины. 30 человек, переболевшие коронавирусом составили эмпирическую группу (ЭГ); 30 здоровых, не болевших COVID-19 составили контрольную группу (КГ). Исследование проводилось с июня 2020 года по март 2021 года.

Методы исследования: структурированное интервью; «Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо [21]; методика «Незаконченные предложения» Д. Сакса и С. Леви; 20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии (Toronto Alexithymia Scale) [22].

Методы математической обработки: критерий Колмогорова-Смирнова для определения нормальности распределения, описательная статистика, частотный анализ, Т-критерий для определения достоверности различий показателей в группах сравнения, корреляционный анализ с вычислением критерия Пирсона.

Результаты исследования

Частотный анализ структурированного интервью

В ЭГ 17 человек имеют близких, с кем можно «говорить по душам», 11 человек не имеют близких людей, и 2 человека предпочли воздержаться от ответа. В КГ 24 человека молодых людей имеют близких людей, с кем можно поделиться сокровенным, 2 человека не имеют доверенных людей, 4 человека предпочли не отвечать на вопрос.

На утверждение «Я очень беспокоюсь о своем здоровье» положительно ответили 14 человек, как в ЭГ, так и в КГ. Наличие тяжелых травм в анамнезе подтвердили в ЭГ 6 человек (сотрясение мозга, переломы верхних или нижних конечностей); в КГ 2 человека имели травмы конечностей. Легко утомляются в ЭГ 13 человек, в КГ - 16 человек. Трудности с засыпанием, а также ночные пробуждения отметили у себя в ЭГ 14 человек, в КГ 15 человек. При этом, испытывают вялость с утра в ЭГ 13 человек, в КГ 16 человек; в ЭГ 6 человек жаловались на головную боль и головокружения, в то время как в КГ головокружение отметили 6 человек. На утверждение «Я стараюсь избегать стрессовых ситуаций, избыточной нагрузки» положительно ответили 10 человек ЭГ и 15 человек КГ. 7 человек ЭГ отметили трудности в сосредоточении внимания, в КГ - 10 человек. Преобладающее плохое настроение отметили в ЭГ 5 человек и 2 человека в КГ. Приподнятое настроение отметили 13 человек ЭГ и 17 человек в КГ. При этом частые перепады настроения замечают у себя 13 человек ЭГ и 10 человек в КГ. Отметили у себя наличие беспричинных страхов 7 человек ЭГ и 10 человек в КГ. Подтвердила наличие у себя различных навязчивых действий (проверка выключенного света или утюга, правильная расстановка предметов, а также, соблюдение ритуалов, вера в суеверия) 9 человек ЭГ, и 7 человек в КГ.

Анализ результатов методики «Опросник временной перспективы»

Определение критерия Колмогорова-Смирнова по всем шкалам методики показало нормальное распределение: шкала «Негативное прошлое» $P = 0,059$; шкала «Гедонистическое настоящее» $P = 0,088$; шкала «Будущее» $P = 0,093$; шкала «Позитивное

прошлое» $P=0,076$; шкала «Фаталистическое настоящее» $P=0,115$. Описательная статистика результатов исследования временной перспективы Ф. Зимбардо представлена в таблице 1.

Таблица 1

Описательная статистика результатов методики изучения временной перспективы личности Ф. Зимбардо

Фактор	ЭГ M±SD	КГ M±SD	T-критерий	P
Негативное прошлое	2,7±0,77	3,1±0,8	1,941	0,525
Гедонистическое настоящее	3,16±0,5	3,08±0,4	0,681	0,021*
Будущее	3,56±0,5	3,46±0,5	0,756	0,874
Позитивное прошлое	3,4±0,5	3,17±0,78	1,515	0,210
Фаталистическое настоящее	2,56±0,69	2,8±0,7	1,463	0,365

Как видно из представленных данных, у респондентов обеих групп на первом месте стоит ориентация на будущее, что говорит о склонности к достижению будущих целей и стремлений. На втором месте – шкала «позитивное прошлое», то есть принятие собственного прошлого, своего опыта. Шкала «гедонистическое настоящее» отражает жизнь «здесь и сейчас». Молодые люди, не сталкивающиеся с болезнью, также отметили негативное прошлое, предполагающее некие неприятные события в жизни. У молодых людей, обеих групп получены низкие показатели по шкалам: негативное прошлое и фаталистическое настоящее. Значимое различие получено по шкале «Гедонистическое настоящее» на уровне $P=0,021$.

Анализ и интерпретация данных по методике «Незаконченные предложения»

В классической методике «Незаконченные предложения» использовались группы следующих предложений: отношение к себе, нереализованные возможности, отношение к будущему, страхи и опасения, отношение к своему прошлому, чувство вины. Для изучения временной перспективы личности из классической методики М. Сакса и С. Леви использованы группы предложений, относящихся к отношению к прошлому, отношению к будущему нереализованные возможности.

1. Отношение к своему прошлому.

На предложение «Когда я был (а) ребенком...» 25 респондентов ЭГ ответил: «я любила мечтать», «я был счастлив», «было весело»; 27 респондентов КГ: «я была счастлива», «много мечтала», «часто играла». В ЭГ 18 респондентов закончили предложение «Когда-то я...» заканчивали словами: «был (а) ребенком», «больше мечтала», «была счастлива», 12 человек дали отрицательные ответы: «разочаровывалась», «врала»; в КГ 17 описывали отрицательно, например, «ошиблась», «был глуп», «оттолкнула всех и осталась одна», были зафиксированы и положительные ответы у 13 человек: «умела петь», «мечтала стать взрослой», «стану богатой». На вопрос «Если бы снова стать ребенком» 23 респондента ЭГ отмечали чувство беззаботности, например, «можно ни о чем не беспокоиться», «можно навечно стать счастливым», «можно не работать и играть»; в КГ 28 отреагировали положительно – «круто», «все было бы хорошо», «можно спать днем», «можно исправить прошлое». Предложение «Моим самым живым воспоминанием детства...» 26 респондентов ЭГ заканчивали как «время, проведенное с семьей», сюда входят и семейные праздники, и пикники с родителями, а также, лето в деревне с бабушками; в КГ 29 также заканчивали словами о семье или друзьях в положительном ключе, например, «поездка на море с родителями», «жизнь в деревне», «шалаша во дворе».

2. Отношение к будущему.

На предложение «Будущее кажется мне...» респонденты ЭГ ответили неоднозначно, т.е. было зафиксировано 17 ответов: «счастливым», «ярким», «светлым», 13: «неопределенным», «пугающим». В КГ 25 человек отвечали: «неопределенным», «размытым», «туманным», «загадочным», лишь 5 респондентов дали положительные ответы – «интересным», «лучше прошлого», «светлым». В окончании предложения «Надеюсь на...» у 26 респондентов ЭГ прослеживается фатализм, отрицание ответственности – большинство ответили, как «лучшее»; в КГ было зафиксировано 28 ответов «лучшее», при этом, на втором месте по встречаемости был ответ «себя». На вопрос «Наступит день, когда...» 9 респондентов ЭГ отмечали несчастливый конец, например, «я умру», «мы все умрем», но у 21 были и положительные ответы: «я буду здоровой», «стану финансово независимой»; в КГ

29 респондентов положительно заканчивали: «все будут счастливы», «я буду счастлива», «все будет хорошо». Предложение «Когда я буду старым (ой)...» в ЭГ 26 ответов имело позитивную окраску: «буду красивой», «то там тоже будет классно», «буду окружена близкими», «буду с внуками»; все респонденты КГ отвечали «поеду путешествовать», «буду окружена внуками», «у меня будет большая семья».

3. *Нереализованные возможности.* У молодых людей ЭГ в предложении «Я всегда хотел (а)...» ответы можно разделить на группы, связанные с семьей («хорошую семью», «заботиться о семье», «быть мамой»), с финансовым положением («денег»), с профессиональным будущим («медсестрой», «ветеринаром», «заниматься фигурным катанием»). Большинство ответов на данное предложение в КГ были связаны с путешествиями: «путешествовать», «поесть заграничной еды», «на море». На предложение «Я мог (ла) бы стать счастливым (ой), если бы...» многие отвечали про уже имеющееся у них счастье - «итак счастлив». В КГ на это предложение отвечали «не имела проблем», «приложила к этому усилия», «близкие были рядом». В предложении «Моим скрытым желанием в жизни...» респонденты ЭГ выражали желание к признанию - «является слава», «популярность», «стать лучше», в КГ - «власти», «найти призвание», «успех в личной жизни». Предложение «Больше всего в жизни я бы хотел (а)...» в ЭГ заканчивали словами «крепкую семью», «здоровья родителям», «сохранить любовь в семье», так же были ответы, связанные с мечтами и личностным ростом: «путешествовать», «выучить иностранный язык», «найти свое место». В КГ большинство ответов было связано с личностным ростом - «найти свое призвание», «ни от кого не зависеть», «найти себя», «стать успешным».

Анализ данных «Торонтской шкалы алекситимии»

Определение критерия Колмогорова-Смирнова показало нормальное распределение величин: асимптотическая двусторонняя значимость составила 0,057. Показатели средних величин общего показателя алекситимии составили в ЭГ: $M \pm m = 49, 33 \pm 3, 00$; в КГ: $M \pm m = 50, 20 \pm 2, 70$, различия средних показателей в зоне незначимости ($P = 0,523$).

Частотный анализ результатов методики «Торонтской шкалы алекситимии» показал различия частоты встречаемости изучаемых показателей высокого уровня в группах сравнения. В ЭГ выявлено значимое преобладание трудности идентификации чувств высокого уровня (8 человек против 3 в КГ), в то же время по шкале трудности описания чувств высокого уровня преобладали в КГ (11 человек против 7 в ЭГ). По шкале внешне-ориентированное мышление значимых различий не выявлено. По общему показателю алекситимии получено различие по высокому уровню (5 человек в ЭГ против 0 человек в КГ)

Таблица 1

Частотный анализ результатов Торонтской шкалы алекситимии

Показатели Уровень алекситимии		ЭГ %	КГ %
ТИЧ	Низкий	20	23
	Средний	53	67
	выше среднего	27	10
ТОЧ	Низкий уровень	30	20
	Средний уровень	47	43
	Уровень выше среднего	23	37
ВОМ	Низкий уровень	47	30
	Средний уровень	40	60
	Уровень выше среднего	13	10
Общее показа	Низкий уровень	73	77
	Средний уровень	10	23
	Уровень выше среднего	17	0

Примечание: ТИЧ - трудности идентификации чувств; ТОЧ - трудности описания чувств, ВОМ Внешне – ориентированное мышление;

Таким образом, 5 человек ЭГ имеют алекситимический тип личности, 3-человека находятся в группе риска. Респонденты КГ находятся в группе риска по всем трем шкалам:

20 человек имеют трудности идентификации чувств; 18 – трудности описания чувств; 7 человек имеют внешне ориентированное мышление.

Обсуждение результатов и выводы

Анализ структурированного интервью показал, что респонденты обеих групп в равной мере беспокоятся о своем здоровье. Повышенное утомление в большей мере было зафиксировано у людей, не сталкивающихся с болезнью, при этом, половина опрошенных имеет трудности с засыпанием, отмечают у себя приподнятое настроение. Молодые люди, переболевшие коронавирусом, отмечают у себя утомляемость, вялость с утра, частые перепады настроения, а также, его частое ухудшение.

Анализ результатов исследования временной перспективы показал, что у молодых людей выборки важна ориентация на будущее. При этом, у молодых людей, не сталкивающихся с коронавирусом, выявлена двойственность в результатах: с одной стороны, это принятие своего прошлого, а с другой – разочарование, негативное отношение к нему. Молодые люди, перенесшие COVID-19, в большей мере наслаждаются настоящим, чем молодые люди группы сравнения.

Анализ методики «Незаконченные предложения» показал, что в обеих группах преобладает позитивное отношение к прошлому, что свидетельствует о его принятии, теплом отношении. Более чем у половины испытуемых отслеживается позитивное отношение к будущему, что говорит о построении будущих планов, мечтательности. При этом в группе переболевших в большей мере присутствует фатализм, отрицание собственной ответственности за будущее, в то время как в группе молодых людей, не болевших COVID-19 больше веры в собственные силы, в себя. Положительная оценка своих нереализованных возможностей показывает незаикленность на действиях или событиях, на которые респонденты не смогли повлиять.

Исходя из данных частотного анализа результатов исследования алекситимии, можно сделать вывод о том, что молодые люди, переболевшие COVID-19, в большей мере испытывают трудности в распознавании собственных чувств, а также, им труднее идентифицировать чувства других людей. С другой стороны, респонденты КГ находятся в группе риска по алекситимии, что говорит нам о необходимости психологической поддержки молодого населения.

Анализ взаимосвязи между показателями временной перспективы и уровнями алекситимии проводился путем вычисления параметрического коэффициента Пирсона. В обеих группах выявлено наличие значимой прямой связи между алекситимией и шкалой «Негативное прошлое»: $r=0,468$; $P=0,000$; а также значимой прямой связи между алекситимией и шкалой «Фаталистическое настоящее»: $r=0,410$; $P=0,001$. Шкала «Фаталистическое настоящее» прямо связана со шкалами: «Негативное прошлое» $r=0,339$; $P=0,008$; «Гедонистическое настоящее» $r=0,317$; $P=0,014$. Шкалы «Негативное прошлое» и «Позитивное прошлое» обратно взаимосвязаны $r=-0,329$; $P=0,010$. Шкалы «Негативное прошлое» и «Гедонистическое настоящее» прямо взаимосвязаны $r=0,289$; $P=0,025$.

Заключение

Таким образом, исследование временной перспективы у молодых людей, переболевших COVID-19 в связи с уровнем алекситимии показало, что респонденты обеих групп сравнения ориентированы на будущее, принимают позитивно прошлое, но в отличие от не болевших коронавирусом, переболевшие молодые люди в большей мере чувственно включены в переживание настоящего, а в перспективе будущего настроены фаталистически, не рассчитывают на себя. Можно говорить о том, что опыт заболевания коронавирусом, который поражал людей разного возраста, пола, независимо от физической подготовки и уровня исходного здоровья, обусловил такое восприятие будущего с акцентом на его зависимость от внешних сил. В совокупной выборке преобладает пограничный уровень алекситимии, но при этом в группе перенёсших COVID-19 выявлены алекситимические респонденты. Выявленные у всех респондентов выборки значимые прямые связи уровня алекситимии с негативной оценкой прошлого и фаталистическим восприятием настоящего указывают на роль алекситимии в восприятии времени.

Выводы:

- 1) У молодых людей, перенесших COVID-19, во временной перспективе преобладает гедонистическое проживание настоящего, позитивное принятие прошлого и отсутствие надежды на собственные силы в целом положительном восприятии будущего.
- 2) В группе сравнения выявлена двойственность в восприятии прошлого: с одной стороны, это принятие своего прошлого, а с другой – разочарование, негативное

отношение к нему. В перспективе будущего преобладает позитивное отношение с верой и надеждой на свои силы при положительной оценке своих нереализованных возможностей.

- 3) У респондентов обеих групп сравнения выявлены значимые прямые связи между показателями алекситимии и восприятием прошлого и настоящего. Высокий уровень алекситимии связан с негативной коннотацией прошлого и настоящего во временной перспективе.

Перспективы исследования: выявленные особенности временной перспективы у молодых людей в связи с алекситимией независимо от перенесенного заболевания COVID-19 обуславливают необходимость расширения исследования временной перспективы в контексте личности современных людей. Своевременная психокоррекция алекситимии, как высокого, так и пограничного уровня, а также психотерапевтическая работа над повышением уровня осознанности и преодолением противоречий в восприятии чувств, как собственных и других людей позволит повысить эффективность функционирования личности.

Выявленные связи между показателями временной перспективы и уровнем алекситимии могут быть продолжены на нормативной выборке в разновозрастных группах для получения новых данных о факторах и механизмах формирования восприятия и отношения ко времени в современных социальных условиях.

Ограничения исследования связаны с методическими затруднениями в исследовании такого сложного феномена как временная перспектива, сложностью и правомочностью соотнесения временной перспективы с нормой и патологией, а также со сложностью формирования выборки и процедуры исследования в условиях клиники, что обусловило:

- Отсутствие измерения временной перспективы в моменте заболевания, а наличие лишь анализа переболевших;
- Мало репрезентативный размер выборки;
- Поперечный, а не лонгитюдный дизайн исследования, который мог бы объяснить, что именно происходит с восприятием времени в течение заболевания и после выздоровления.

Список литературы

1. Альбуханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001. 304 с.
2. Березина Т. Н. Пространственно - временные особенности внутреннего мира личности. М.: Когито - центр, 2017. 510 с.
3. Квасова О. Г. Временная перспектива личности в экстремальной ситуации // Вестник РУДН. 2010. № 2. с. 66 - 71.
4. Квасова О. Г. Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации. М. 2013. 215 с.
5. Кошенова М.И., Волохова В.И. К вопросу о взаимосвязи темпоральной компетентности и психологических границ личности. // Сибирский педагогический журнал. 2016. №6. С.96-100
6. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Московский университет, 1984. 200 с.
7. Ермолова И. М., Штрахова А. В. Временная перспектива и переживание безнадежности в структуре внутренних форм суицидального поведения // Вестник ЮУрГУ. 2015. № 4. с. 39 - 51.
8. Горчакова О.Ю., Филенко И.А., Ларионова А.В. Образ будущего студенческой молодежи в условиях новых вызовов: реализация базисных ценностей, оптимизм и удовлетворенность жизнью. // Сибирский психологический журнал. 2024. №91. С.156-173. doi: 10.17223/17267080/91/9
9. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Субъективное качество времени как объект психологической диагностики. // Сибирский психологический журнал. 2022. №83. С.223-229. doi: 10.17223/17267080/83/12
10. Frank L. K. Time perspectives // J. of Social Philosophy. 1939. №.4. p. 293 - 312.
11. Левин К. Динамическая психология: Избр. Тр. М.: Смысл. 2019. 572 с.
12. Zimbardo P. G., Boniwell I. Balancing One's Time Perspective in Pursuit of Optimal Function In P. A. Linley & S. Joseph. Positive psychology in practice. N. J.: Wiley. 2004. p. 165 - 180.
13. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь. 2012. 352 с.

14. Луковцева З.В. «Внутренняя картина COVID-19»: соматоперцепция в период пандемии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 3. С. 49–63. DOI: 10.17759/cpse.2021100304
15. Северьянова Л. А., Плотников В. В., Плотников Д. В. Интегративные основы алекситимии // Учебные записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. 2013. №3 (20). с. 65 - 67.
16. Кравцова Н.А. Некоторые показатели психического здоровья у студентов с разным уровнем алекситимии // Общение в эпоху конвергенции технологий. Москва: Психологический институт Российской академии образования, 2022. С. 320-323. DOI 10.24412/cl-36917-2022-320-323. EDN DHEBKO.
17. Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В. и др. Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 99–118. DOI: 10.17759/cpse.2020090205
18. Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б. и др. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 119–146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206
19. Солодухин А.В., Серый А.В., Варич Л.А., Брюханов Я.И., Жихарев А.Ю. Психофизиологические корреляты копинг-поведения у лиц юношеского возраста, перенесших COVID-19 // Сибирский психологический журнал. 2022. №86. С.157-166. doi:10.17223/17267080/86/9
20. Сокути М., Шафии-Канджани А.Р., Сокути М. и др. Метаанализ систематических обзоров и мета-анализов для оценки психологических последствий COVID-19. BMC Psychol 11, 279 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01313-0>
21. Сырцова А., Соколова Е. Т., Митина О. В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо // Психологический журнал. 2008. №3. с. 101 - 109.
22. Старостина Н. Г., Тэйлор Г. Д. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010 №4 (20). с. 14.

References

1. Albukhanova K.A., Berezina T.N. The time of personality and the time of life. St. Petersburg: Aleteya, 2001. 304 p
2. Berezina T. N. Spatial and temporal features of the inner world of personality. M.: Kogito - center, 2017. 510 p.
3. Kvasova O. G. The temporary perspective of a personality in an extreme situation // Bulletin of the RUDN. 2010. No. 2. pp. 66-71.
4. Kvasova O. G. Transformation of the time perspective of a personality in an extreme situation. M. 2013. 215 p.
5. Koshenova M.I., Volokhova V.I. On the issue of the relationship between temporal competence and psychological boundaries of personality. // Siberian Pedagogical Journal. 2016. No.6. pp.96-100
6. Vasilyuk F. E. Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations). Moscow: Moscow University, 1984. 200 p.
7. Ermolova I. M., Strakhova A.V. The time perspective and the experience of hopelessness in the structure of internal forms of suicidal behavior // Bulletin of SUSU. 2015. No. 4. pp. 39-51.
8. Gorchakova O.Yu., Filenko I.A., Larionova A.V. The image of the future of student youth in the face of new challenges: the realization of basic values, optimism and life satisfaction. // Siberian Psychological Journal. 2024. No.91. pp.156-173. doi: 10.17223/17267080/91/9
9. Leontiev D.A., Osin E.N. The subjective quality of time as an object of psychological diagnosis. // Siberian Psychological Journal. 2022. No.83. pp.223-229. doi: 10.17223/17267080/83/12
10. Frank L. K. Time perspectives // J. of Social Philosophy. 1939. No.4. p. 293 - 312.
11. Levin K. Dynamic psychology: Selected Tr. M.: Sense. 2019. 572 p.
12. Zimbardo P. G., Boniwell I. Balancing One's Time Perspective in Pursuit of Optimal Function In P. A. Linley & S. Joseph. Positive psychology in practice. N. J.: Wiley. 2004. p. 165 - 180.
13. Zimbardo F., Boyd J. The paradox of time. A new psychology of time that will improve your life. St. Petersburg : Speech. 2012. 352 p.

14. Lukovtseva Z.V. "The inner picture of COVID-19": somatoperception during a pandemic [Electronic resource] // Clinical and special psychology. 2021. Volume 10. No. 3. С. 49-63. DOI: 10.17759/cpse.2021100304
15. Severyanova L. A., Plotnikov V. V., Plotnikov D. V. Integrative foundations of alexithymia // Educational notes of St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov. 2013. No.3 (20). pp. 65-67.
16. Kravtsova N.A. Some indicators of mental health in students with different levels of alexithymia // Communication in the era of convergence of technologies. Moscow : Psychological Institute of the Russian Academy of Education, 2022. pp. 320-323. DOI 10.24412/cl-36917-2022-320-323 . EDN DHEBKO.Recommendations
17. Gritsenko V.V., Reznik A.D., Konstantinov V.V. and others. Fear of coronavirus disease (COVID-19) and basic personality beliefs [Electronic resource] // Clinical and special psychology. 2020. Volume 9. No. 2. С. 99-118. DOI: 10.17759/cpse.2020090205
18. Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B. and others. Perception of COVID-19 by the Russian population in the context of the 2020 pandemic [Electronic resource] // Clinical and special Psychology. 2020. Volume 9. No. 2. С. 119-146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206
19. Solodukhin A.V., Seriy A.V., Varich L.A., Bryukhanov Ya.I., Zhikharev A.Yu. Psychophysiological correlates of coping behavior in adolescents who have undergone COVID-19 // Siberian Psychological Journal. 2022. No.86. pp.157-166. doi:10.17223/17267080/86/9
20. Sokuti M., Shafii-Kanjani A.R., Sokuti M. et al. A meta-analysis of systematic reviews and meta-analyses to assess the psychological effects of COVID-19. BMC Psychol 11, 279 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01313-0>
21. Syrtsova A., Sokolova E. T., Mitina O. V. Adaptation of the questionnaire of the time perspective of personality F. Zimbardo // Psychological Journal. 2008. No.3. pp. 101-109.
22. Starostina N. G., Taylor G. D. The Toronto scale of alexithymia (20 points): validation of the Russian-language version in a sample of therapeutic patients // Social and clinical psychiatry. 2010 No.4 (20). p. 14.

TIME PERSPECTIVE IN YOUNG PEOPLE SURVIVORS OF COVID-19 IN CONNECTION WITH ALEXITHYMIA

O.E. Khmelevskaya, N.A. Kravtsova, A.A. Son

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Pacific State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract. Purpose of the study: to determine the time perspective of young people who have and have not had COVID-19 due to alexithymia. Materials and methods: the total sample consisted of 60 people aged 18 to 45 years, of which 30 people had recovered from coronavirus (EC); 30 healthy people who didn't have COVID-19 (CG). Methods: "Time Perspective Questionnaire" by F. Zimbardo, "Incomplete Sentences" by D. Sachs and S. Levy; Toronto Alexithymia Scale. Results: For the young people in the sample, orientation to the future is important, but in the group of those who have recovered, there is more fatalism and denial of their own responsibility for the future, while in the group of young people who haven't had COVID-19 there is more faith in their own strengths and in themselves. Young people who have experienced COVID-19 enjoy the present more. All respondents have a predominantly positive attitude towards the past. A connection between the level of alexithymia and a negative perception of the past and a fatalistic present was revealed. Conclusions: In a time perspective, young people who have suffered from COVID-19 are dominated by hedonistic living of the present, positive acceptance of the past and lack of hope in their own strengths in an overall positive perception of the future. In the comparison group, duality in the perception of the past was revealed: on the one hand, there is acceptance of one's past, and on the other, disappointment and a negative attitude towards it. In the future, a positive attitude prevails with faith and hope in one's own strengths with a positive assessment of one's unrealized capabilities. Respondents from both comparison groups revealed significant direct connections between indicators of alexithymia and perception of the past and present. High levels of alexithymia are associated with negative connotations of the past and present in a time perspective.

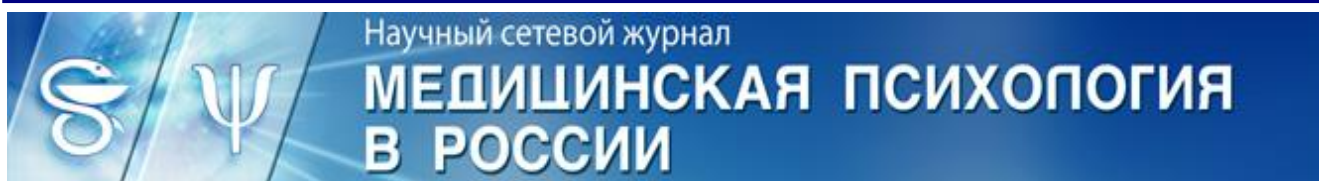
Key words: perception of the future, attitude towards the past, present, coronavirus, alexithymia, coronavirus

For citation

Khmelevskaya O.E., Kravtsova N.A., Son A.A. Temporal perspective in young people who have had COVID-19 in connection with alexithymia // Medical psychology in Russia: network scientific. Journal – 2024. – Т. 16, No. 1(82). – P.3. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 2024



УДК 159.9

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Филиппова Г.Г. (Москва, Россия)



Филиппова Галина Григорьевна

Доктор психологических наук, профессор

Г. Москва, Ректор ЧУ ДПО «Институт перинатальной и
репродуктивной психологии»

Аннотация. В статье обсуждаются тенденции изменения гендерной идентичности в современном обществе и связь этих изменений с репродуктивным здоровьем женщин и мужчин. Предлагается понятие «культурная модель гендерной идентичности», в рамках которой приписываемые женщинам и мужчинам качества и нормы поведения обеспечивают успешность репродукции в условиях данного конкретного общества. На основе анализа мужских и женских ролей в разных культурно-исторических условиях делается предположение о том, что в истории общества культурные гендерные модели соответствовали психофизиологическим особенностям женщин и мужчин, которые биологически определяются половой дифференциацией мозга. Описывается наличие противоречий между половой дифференциацией мозга и требованиями к женщинам и мужчинам в современном обществе. Это противоречие состоит в общей маскулинизации системы образования и профессиональных требований, которые не соответствуют цикличности женской репродуктивной системы с одной стороны, а с другой стороны в требованиях к проявлению фемининных качеств от мужчины в социальной сфере и в заботе о детях. Обсуждается влияние этих противоречий на репродуктивное здоровье женщин и мужчин и возможные пути изменений в обществе в целях создания условий для полноценной реализации всех сфер жизнедеятельности и сохранения репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, гендерная идентичность, культурные модели идентичности, половая дифференциация мозга

Для цитаты Филиппова Г.Г. Гендерная идентичность и репродуктивные проблемы в современном обществе // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2024. – Т. 16, № 1(82). – С.4. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение.

Идентичность в современном обществе

В настоящее время происходит глобальная трансформация общества практически по всем направлениям: мультикультурность, свобода вероисповедания, трансформация семейных отношений, изменения возрастных особенностей, изменение репродуктивных стратегий, трансформация и разнообразие гендерных моделей. Соответственно, меняется и личность человека, появляется широкая возможность самоопределения практически во всех

видах идентичности: свободное «перемещение» по социальным слоям; свободный выбор профессии, не ограниченный полом, физическими возможностями и возрастом; свобода вероисповедания; относительная свобода этнической идентичности (в плане расовой и национальной идентичности); свобода выбора семейных и в целом партнерских отношений; свобода выбора гендерной и даже половой идентичности.

Особенностью современного общества является толерантность, лояльность и даже пропаганда обществом свободы такого выбора, причем периодически в довольно экстремистской форме, граничащей с анархией и прямым вредом для индивида и общества, например, когда предоставляется свободный выбор во вред здоровью своему и окружающих, при отсутствии возрастной и когнитивной компетентности (в частности в отношении половой идентичности до достижения личностной и половой зрелости). В этих условиях возрастает востребованность психологической помощи человеку в отношении его поисков идентичности и переживании кризисов в этом плане.

В большинстве случаев, когда речь идет об идентичности и ее изменениях в истории человечества, в первую очередь рассматривается связь содержания разных видов идентичности с социальными факторами [4, 9, 15, 17, 18, 21]. Это понятно, поскольку идентичность имеет социальную и культурно-историческую обусловленность, структура и содержание идентичности постоянно изменяется в соответствии с изменениями самого общества: происходит изменение видов идентичности, компонентов идентичности и их содержания в истории общества. В этом аспекте можно говорить о наличии «Культурной модели» идентичности. Культурная модель идентичности состоит из набора видов идентичности, компонентов каждого вида идентичности, их связи с общими особенностями человека и конкретными культурно-историческими особенностями общества. Логично, что культурная модель идентичности различается в разных обществах и меняется в соответствии с изменениями общества [4, 14, 15, 18].

Идентичность, как часть самосознания, формируется в онтогенезе. И хотя законы ее формирования остаются неизменными, но меняется содержание средств ее формирования в онтогенезе. Соответственно, в каждой культуре и в каждом историческом периоде средства формирования идентичности должны меняться. Таким образом существует два процесса: изменение содержания самой идентичности и изменение содержания онтогенеза идентичности. Формирование идентичности в онтогенезе происходит как усвоение установок, норм, правил и отношений, которые регулируют жизнь человека в обществе тогда, когда эта идентичность уже сформирована. Получается, что при изменениях в обществе сначала изменяются требования к человеку и появляется новая культурная модель его самосознания. И только в ответ на это появляется необходимость изменения средств формирования этой идентичности в онтогенезе. При этом пока эти изменения происходят, каждый конкретный человек в той или иной мере сталкивается с несоответствием его представлений о себе и своих ролях и позициях, возникших на основе прежних средств формирования идентичности в онтогенезе, с новыми требованиями общества. Скорость изменений в современном обществе уже не только значительно превышает скорость эволюционных процессов, но не укладывается даже в рамки жизни одного поколения. Ярким примером является развитие цифровых технологий и искусственного интеллекта. Даже способы семейного воспитания в условиях использования этих новых средств современным родителям приходится изобретать «на ходу». В результате постоянно идет некий стихийный процесс трансформаций (причем не всегда эффективных) самого формирования идентичности в онтогенезе. Можно сказать, что также, как в изменениях общества, в изменениях содержания идентичности можно выделить стабильные и «революционные» периоды. В стабильные периоды культурная модель идентичности устойчивая и способы ее формирования в онтогенезе стабильные. В переходные периоды с изменением общества меняется культурная модель идентичности и распадаются способы ее формирования в онтогенезе. Далее стабилизируется культурная модель идентичности, и как следствие возникают и постепенно стабилизируются новые способы ее формирования в онтогенезе, но этот уже процесс смены поколений.

Наиболее выраженные процессы изменения идентичности в современном мире происходят в отношении возрастной идентичности, репродуктивного компонента возрастной идентичности, половой и гендерной идентичностей, которые в свою очередь связаны не только с социальными факторами, но и с биологическими. Этот комплекс имеет прямое отношение к базовым задачам существования и развития общества – к воспроизведению и сохранению человеческого рода: современные трансформации гендерной и половой идентичности ведут к нарушениям репродуктивной функции; трансформации мотивации

деторождения и репродуктивных стратегий ведут к нарушениям демографии и даже к нарушениям репродуктивного здоровья (пример – «отложенное материнство» [11, 20, 27]).

В предыдущих публикациях автора был рассмотрен феномен трансформации возрастной идентичности у современных женщин и связанное с этой трансформацией искажение репродуктивного компонента возрастной идентичности [27]. В данной статье будут рассмотрены трансформации полоролевых и гендерных моделей у женщин и мужчин в современном обществе и показаны связи полоролевой идентичности с репродуктивными стратегиями и репродуктивным здоровьем.

Идентичность определяется в психологии и социологии как представление человека о себе и о своей принадлежности к различным социальным, экономическим, национальным, профессиональным, языковым, политическим, религиозным, культурным, гендерным, расовым и другим группам или иным общностям.

Идентичность как составляющая часть самосознания и социализации выполняет функцию самоопределения человека в данном конкретном обществе в данный конкретный период его жизни. Такое понимание идентичности предполагает, что при изменении общества и положения человека в обществе будет меняться и его идентичность. Особенно ярко это проявляется в таких видах идентичности, как возрастная идентичность и гендерная идентичность, поскольку они предполагают, в отличие от других видов идентичности (например, национальной и религиозной) изменения, которые происходят в процессе жизни самого человека с изменением его возраста и семейного положения. Меняется возраст и меняется половая роль в семье и социуме, соответственно изменяется и содержание этих видов идентичности. При этом переход на следующий уровень и в другую позицию подразумевает изменение всех отношений с миром (и предметным, и социальным) и обретение нового самосознания. Такой переход в возрастную и полоролевую идентичности связан в первую очередь с биологическими факторами: возрастом и реализацией репродуктивной функции.

Проблема

В современном мире наблюдается высокий уровень женского и мужского бесплодия: в среднем 15-20% пар имеют диагноз «бесплодие». Такое положение связано с целым рядом экологических и социально-психологических факторов. Одним из таких факторов является увеличение возраста вступления в родительство, который у женщин приближается к началу завершения репродуктивной функции (35-38-40+ лет). В Западной Европе средний возраст рождения первого ребенка у женщин 30-35 лет, в России – 27-32 года [11, 27]. Однако, увеличивается и расширяется также спектр диагнозов бесплодия у женщин и мужчин активного фертильного возраста. Мужской фактор в бесплодных парах уже оценивается на уровне 50%, большое внимание в репродуктивной медицине уделяется феномену снижения фертильности мужской спермы [11, 29, 30]. Различные нарушения репродуктивного здоровья женщин в фертильном возрасте также увеличиваются [11, 20]. Одновременно наблюдаются противоположные явления в отношении репродуктивных стратегий и репродуктивного выбора: высоким остается число абортов, появляются группы населения, осознанно отказывающиеся от деторождения или откладывающие родительство на поздний репродуктивный возраст. Все это говорит о том, что в современном обществе происходят процессы, создающие противоречия между необходимостью продолжения рода с одной стороны, и реализацией этой необходимости в репродуктивных стратегиях общества и в репродуктивном поведении исполнителей этой задачи – женщин и мужчин фертильного возраста – с другой стороны.

Не претендуя на анализ всех возможных причин этих явлений, в данной статье остановимся на обсуждении противоречий, связанных с изменением в современном обществе гендерных моделей и влиянием этих изменений на репродуктивное здоровье женщин и мужчин. Для ясности дальнейшего изложения полезно обозначить основные понятия, используемые в современных представлениях о половой и гендерной идентичности и связь половых различий с размножением.

Пол, гендер и идентичность

Для объяснения представлений человека о своей половой отнесенности в науке существуют разные определения: пол, гендер, идентичность (половая, полоролевая и гендерная), гендерные модели. В литературе нет однозначного определения каждого из этих понятий, тем не менее можно выделить в них два основных аспекта: биологический и социальный. Кроме того, можно разделить обозначаемые этими понятиями феномены на две группы: отнесенные к индивиду и к общественному сознанию. Таким образом получается два критерия разделения, которые частично пересекаются между собой.

Пол: системная совокупность анатомо-физиологических особенностей, по которым различаются мужчина и женщина.

Половая идентичность: сознательное или бессознательное принятие человеком своей биологической принадлежности к определенному полу.

Гендер: социальный пол, социально детерминированные роли, идентичности и сферы деятельности мужчин и женщин, зависящие не от биологических особенностей, а от социальной организации общества.

Гендерная идентичность: осознание себя как представителя какого-либо пола в соответствии с принятыми в обществе представлениями о качествах и поведении мужчин и женщин, самоощущение индивида и принятие своей принадлежности к конкретной гендерной группе.

Полоролевая идентичность: совокупность осознания и принятия биологической и социальной принадлежности к определенному полу.

Гендерная роль: совокупность прав, обязанностей и норм поведения мужчины и женщины, которые характерны для определенного общества и определенного исторического периода.

Гендерные модели: типичные представления о мужчинах и женщинах, их месте в разных сферах жизни, образе жизни и поведении, которые меняются в соответствии с изменениями в социальном укладе и функциях женщин и мужчин в жизни общества.

В этом ряду пол и половая идентичность обозначают биологический аспект различий; гендер, гендерные роли и гендерные модели относятся к общественным конструктам; а все виды идентичности к личностным образованиям и являются частью Я-концепции человека. На данном этапе разработанности категориального аппарата этого междисциплинарного направления в науке мне представляется логичным объединение половой и гендерной идентичности человека – как биологического и социального аспектов пола – в понятии «полоролевая идентичность». Основанием такой точки зрения служит сочетание в этом понятии отнесенности человеком себя как к биологическому, так и к социальному полу. В литературе есть и другие мнения на этот счет, и это конечно связано с междисциплинарным характером и с большой дискуссионностью всех аспектов данного направления [21]. Но в любом случае, можно выделить три взаимосвязанных уровня существования рассматриваемого явления: биологический, социальный и индивидуальный. Логично, что с позиции успешности реализации репродуктивной функции все эти уровни представляют собой иерархически построенную систему, в которой высшим уровнем является биологический. Социальный уровень в плане размножения реализует биологические задачи продолжения рода новыми средствами, а индивид является исполнителем, осуществляя репродуктивное поведение. Сам индивид может это делать, имея биологические особенности и сформированные в онтогенезе способы поведения. Поведение конкретного человека в свою очередь регулируется мотивацией и установками, которые усваиваются через механизмы интроекции, интериоризации, идентификации и инициации тех норм, правил и ролей, которые представлены в гендерных моделях.

На основании вышеизложенного можно обозначить выделенные три уровня условно как «субъектов разного порядка»: эволюция, общество и личность. Гарантия успешности репродукции заключается в их слаженном взаимодействии. Собственно, это и содержится в описании автором структуры репродуктивной сферы человека [24]. А сейчас эта слаженная в прошлом система претерпевает кризис: в «субъекте второго порядка» (в обществе) происходят изменения, за которыми не успевает «субъект первого порядка» (эволюция), и с которыми вынужден справляться «субъект третьего порядка» (индивид), меняя «на ходу» свою идентичность и поведение. В результате «слабым звеном» оказываются биологические механизмы репродуктивной сферы, что в свою очередь приводит к демографическим проблемам в обществе и к психологическим проблемам на индивидуальном уровне. Своеобразная история про «лебедя, рака и щуку», которых пока не понятно, как правильно объединить.

Размножение и половые различия в эволюции и в обществе

Размножение является главной задачей эволюции, общество дополняет это задачей продолжения человеческого рода. Цивилизация меняет способы взаимодействия человека с миром, но не меняет эту главную задачу – воспроизводство, реализация которой основана на биологических механизмах.

Для размножения в природе существуют два пола: мужской и женский, функции которых в размножении различаются. В природе живые существа (и человек в том числе) достигают взрослого состояния (adult), когда они способны к размножению (достигают

половой зрелости). У животных (и соответственно у человека) размножение осуществляется в поведении, которое разделяется на половое поведение, направленное на оплодотворение, и родительское поведение, направленное на заботу о потомстве. Существование половых различий имеет отношение только к реализации этой репродуктивной функции: участие в оплодотворении и в заботе о потомстве [7]. Все остальные функции могут выполняться представителями разного пола в зависимости от особенностей данного биологического вида у животных, а у человека в дополнение к этому еще и от особенностей культурно-исторической модели, характерной для конкретного человеческого общества.

У животных, ведущих групповой образ жизни, разные функции по заботе о детенышах, а также разные групповые роли могут выполняться представителями разного пола. Все эти функции можно разделить на три группы: регуляция группового поведения, создание и поддержание физических условий жизни, забота о детенышах.

Регуляция группового поведения (социальные роли) включает две функции: лидерство («следуйте за мной») и доминирование в группе («подчиняйтесь мне»).

Поддержание физических условий жизни группы включает объединение и организацию особей для охоты, постройки жилищ и убежищ, для взаимодействия с конкурирующими группами.

Забота о детенышах предполагает распределение между особями группы действий по выкармливанию, транспортировке, уходу за телом, удовлетворению физиологических потребностей, защите детенышей.

В оплодотворении участвуют особи как женского, так и мужского пола. У млекопитающих за женскими особями закреплены определенные физиологические функции в размножении: вынашивание беременности, роды и грудное вскармливание. В «целях экономии» и общей целесообразности у большинства видов млекопитающих эволюционно за самками закреплены и определенные функции ухода, защиты и воспитания потомства (хотя есть и исключения, например, у игрунковых обезьян, у которых самка только кормит детенышей, все остальное, включая их переноску, осуществляет самец). При этом у многих млекопитающих есть разные формы распределения заботы о потомстве: участие самца при моногамии, участие родственных особей при групповой и семейной форме жизни. У приматов в группах обычно присутствует включение в заботу о маленьких детенышах родственных самок, а в социализации подростков участвуют и самцы [25]. Наряду с этим у разных видов животных функции лидеров и вожаков могут выполнять как мужские, так и женские особи. Если основным доминантом является самка, то ей подчиняются не только женские особи в группе, но и мужские. Примеров таких видов у млекопитающих не мало, а уж наличие доминантной особи в группе самок вообще обычное явление. При этом размножаются наиболее успешно именно доминантные самки. Если рассматривать их психические особенности с позиции широко принятых в современном обществе обозначения «фемининных» и «маскулинных» качеств, то логики никакой не обнаруживается. Как раз наиболее «маскулинные» самки в таких сообществах и являются наиболее репродуктивно успешными. Это говорит о том, что такие качества сами по себе не связаны с успешностью размножения, а их приписывание женщинам и мужчинам как «биологически обусловленных» является исключительно историческим феноменом. Это положение подтверждается многими современными исследованиями гендерных различий в психологии и социологии [4, 9, 14, 18]. И тем не менее в современном обществе проблема изменения гендерной идентичности становится чрезвычайно острой и включает не только социально-психологический, но и физиологический аспект. Для понимания этих процессов коротко остановимся на особенностях репродуктивной сферы и идентичности у человека.

У животных репродуктивное поведение (половое и родительское), групповое и поведение жизнеобеспечения регулируются врожденными механизмами, а на высших уровнях филогенеза механизмами прижизненно формируемого поведения (запечатление, облигатное научение, подражание и т.п.). Распределение социальных и хозяйственных функций между представителями разных полов у человека связано с типом ведения хозяйства и репродуктивными стратегиями. С расширением хозяйственных функций и интенсивной динамикой их преобразования в истории развития цивилизации появлялись и сменяли друг друга разные общественные уклады, включающие разное участие женских и мужских особей в социальных и хозяйственных функциях и в заботе о детях. При этом неизменными остаются определенные функции представителей мужского и женского пола в реализации репродуктивной функции: наличие сперматозоидов и яйцеклеток для оплодотворения, вынашивание беременности, роды и грудное вскармливание. Поскольку у женщин и мужчин существуют разные функции в репродукции, то соответственно у них есть

и разные психофизиологические механизмы обеспечения репродуктивного поведения. Именно эти разные функции и обеспечены психофизиологическими различиями у женщин и мужчин, которые проявляются в особенностях строения некоторых зон мозга, в различиях нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы и сопряженных систем у женщин и мужчин. Эти различия обеспечиваются половой дифференциацией мозга, которая формируется в пренатальном периоде [6, 16, 19]. Половая дифференциация мозга регулирует пропорции и динамику выработки мужских и женских половых гормонов, что в свою очередь определяет различия в эмоциональной сфере, способах реагирования на стресс, саморегуляции, характере мышечной активности и строении тела у женщин и мужчин, но не влияет на когнитивные функции [10, 16, 19].

Множественные исследования когнитивных и эмоциональных особенностей женщин и мужчин показали, что хотя некоторые различия и есть, но они совершенно не определяют такие свойства, как успешность в науках и разных видах социальной практики. А многие приписываемые мужчинам и женщинами гендерные качества связаны не с половой дифференциацией мозга, а с типом хозяйствования и укладом семьи. Классическими исследованиями в этом плане являются работы М. Мид и предложенная ей классификация типов темперамента женщин и мужчин в разных культурах, основанная на идеях Рут Бенедикт [14]. Разделение фемининных и маскулинных качеств, до сих пор упорно используемых в современных диагностических методиках, не только не являются универсальными, но даже не могут быть отнесены ко всем современным культурам [4, 14, 30]. Они имеют отношение к узкому «коридору», в который помещаются патриархальные семьи определенного слоя общества определенных периодов истории. Часть из этих качеств, приписываемых женскому гендеру, оказываются инфантильными (например, зависимость и др.) и соответствовали гендерной модели зависимой от мужчины женщины в Европейской культуре до периода эмансипации. И тем более они уже не соответствуют требованиям к женщинам в современном обществе.

Обозначенные в литературе сочетания маскулинных и фемининных качеств разделяются на четыре личностных типа: маскулинный, феминный, недифференцированный и андрогинный, последний из которых считается наиболее адаптивным в современном обществе [4, 9, 17]. Если посмотреть на эти качества с позиции современных представлений о профессиональной успешной личности, то в основном это окажется набор из маскулинных характеристик: вера в себя, склонность защищать свои взгляды, независимость, напористость, сильная личность, аналитичность, способность к лидерству, склонность к риску, быстрота в принятии решений, самодостаточность (полагание только на себя), властность, собственная позиция, склонность вести за собой, дух соревнования, амбициозность, честолюбие [17]. Среди фемининных качеств большая часть относится скорее к инфантильным и явно не подходит для достижения престижных позиций в профессиональной сфере: умение уступать, застенчивость, нежность, падкость на лесть, женственность, умение сочувствовать, понимание других, сострадание, тихий голос, теплота, сердечность, мягкость, доверчивость, инфантильность [17]. С такими качествами на руководящей должности успехов не добьешься, даже если все хорошо с аналитическим умом и творчески потенциалом. При этом именно в семье и в социальной сфере предпочитают такие качества от женщин – и главное от мужчин тоже, которые относятся к фемининным: жизнерадостность, преданность, умение сочувствовать, сострадание, нелюбовь ругательств, любовь к детям, спокойствие. Сложнее всего с определением андрогинного типа: получается, что сочетание именно этих качеств с типично маскулинными и гибкое их проявление в разных ситуациях расценивается в современном мире как тип зрелой, наиболее соответствующей требованиям общества, личности. Непонятно только, как это может уживаться в одном человеке без насилия над его индивидуально-типологическими свойствами и особенностями половой дифференциации мозга. Сандра Бем в результате и пришла к заключению, что такая модель видимо близка к утопии, что в целом и подтверждено многочисленными исследованиями [4, 9]. М. Мид также указывала на то, что несоответствие врожденных темпераментальных особенностей и требований общества к поведению женщин и мужчин приводит к проблемам их социальной адаптации [14].

Как показывают кросскультурные и культурно-исторические исследования, каждая культура вырабатывает свой вариант сочетания всех этих качеств, но они сбалансированы, во-первых, с физиологическими особенностями женщин и мужчин, во-вторых, с соотношением их вклада в репродукцию и в экономику общества [4, 14, 18, 28]. Различия гендерных моделей (а значит, и приписываемых женщинам и мужчинам качеств) в разных культурах и в разные исторические времена не мешали, а именно способствовали

успешности продолжения рода. Именно потому, что репродукция является главной задачей общества, вокруг нее и строились все общественные нормы и правила – разумеется, в соответствии с экономическими возможностями обеспечения жизни в целом. В большинстве случаев закрепление за женщиной домашних обязанностей и ограничение ее социальных и профессиональных функций было связано с двумя обстоятельствами: 1) домашние дела и дети располагались в жилом пространстве, а социальные и профессиональные функции локализовались в отдалении от жилья; 2) наличие видов труда, которые физически и во времени их выполнения не подходили для возможностей женщины и для ее репродуктивной функции. Именно эти параметры активно менялись с развитием средств производства, транспорта и социальной инфраструктуры, а в современном обществе создались условия для практически полного уравнивания женщин и мужчин в профессиях, социальных ролях, в быту и воспитании детей.

По имеющимся исследованиям гендерных моделей в разных культурах обнаруживаются такие варианты, при которых условно маскулинные и фемининные качества распределяются между мужчинами и женщинами по-разному [4, 14]. И это опять же не мешает, а наоборот способствует деторождению в этих сообществах.

Что же происходит в современном мире, и можно ли увидеть в появляющихся изменениях гендерной идентичности негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин и мужчин? Для понимания этих влияний требуется разобраться в том, с чем связаны различия, которые определяются половой дифференциацией мозга.

Как уже отмечалось выше, половая дифференциация мозга определяет некоторые различия в строении определенных зон мозга (в основном в гипоталамусе и немного в межполушарной асимметрии [16, 19]). Часть этих различий можно связать с задачами заботы о маленьком ребенке: большая эмоциональная гибкость и склонность к общению у женщин, в целом большая зрелость эмоциональной саморегуляции (необходимая для регуляции эмоциональной сферы ребенка), большая способность к эмоциональной и поведенческой подстройке [9, 25]. В детском возрасте отмечается большая склонность девочек к играм с обустройством и заботой, у мальчиков к конкуренции и физической активности. Но в целом эти различия никак не влияют на успешность в обучении, в социальной и профессиональной деятельности [4, 9, 10, 16]. Однако, есть и такие отличия, связанные с регуляцией репродуктивной функции у женщин и мужчин, которые являются радикальными. Это наличие у женщин и отсутствие у мужчин цикличности, которая связана с работой их репродуктивной системы.

Мужская репродуктивная система имеет линейную регуляцию и восходяще-нисходящую динамику в течение всего репродуктивного возраста: выработка мужских половых гормонов начинается еще с пренатального периода, потом возрастает в период полового созревания и держится на относительном плато до окончания репродуктивного возраста. Снижение этих гормонов непосредственно влияет на сперматогенез и половую активность мужчины. Кроме сперматогенеза уровень мужских гормонов влияет на общую физическую и психическую активность, в определенной мере определяет большую эмоциональную импульсивность и склонность к активным действиям. Это вполне укладывается в характер полового поведения у приматов и нашего вида в частности (готовность ответить на стимуляцию от женской особи постоянно, а не в ограниченный период размножения).

Женская репродуктивная система имеет циклическую регуляцию в течение репродуктивного возраста, причем эта цикличность имеет три формы: возрастная цикличность, включающая дорепродуктивный, репродуктивный и пострепродуктивный возраста; наличие репродуктивных циклов в фертильном возрасте (цикл, обеспечивающий воспроизводство одного потомка: зачатие, вынашивание, роды, лактацию и заботу о ребенке до сепарации с ним); менструальный цикл (созревание яйцеклетки, овуляция, подготовка к беременности, менструация при отсутствии беременности). Менструальные и репродуктивные циклы сменяют друг друга в течение всего репродуктивного возраста женщины. Обеспечивается эта цикличность наличием функциональных систем, которые регулируются соответствующими доминантами: фолликулярной, овуляторной, гестационной, родовой, лактационной и до сих пор плохо изученной доминантой, обеспечивающей привязанность матери к ребенку в диаде [2, 3, 6, 16, 24].

Цикличность женской репродуктивной системы основана на парности яичников и очередности их овуляторной активности. Цикличность репродуктивной системы женщины закладывается в пренатальном периоде в процессе эпигенетического взаимодействия генетической программы и условий материнской гормональной среды [6, 16, 19], а полное

становление всех циклических процессов в женском организме формируется к концу полового созревания. А вот у мужчины нет ни таких циклов, ни таких функциональных систем, ни доминант для их регуляции. Тут уместно вспомнить определение функциональной системы и доминанты в целом, и репродуктивных доминант в частности, разработанных в исследованиях П.К. Анохина, А.А. Ухтомского и И.А. Аршавского [2, 3, 23], на которых строится современная перинатальная и репродуктивная психология [24]. Функциональная система является временным образованием, организующим всю жизнедеятельность субъекта (его физиологию, психику и поведение) для удовлетворения ведущей потребности [2, 23]. Репродуктивная сфера является крупной функциональной системой, решающей задачу воспроизводства. Она включает половую и родительскую части и обеспечивает слаженную работу всех подсистем для реализации репродуктивной функции. И.А. Аршавский писал о том, что состояние женского организма в беременности подходит под определение доминанты и организовано в целостную систему для вынашивания беременности. В книге Ф. Александера в главе о нарушениях женской репродуктивной функции описаны особенности психофизиологических изменений у женщин в менструальном цикле [1]. В современных исследованиях изучена психофизиология репродуктивной доминанты (в основном на примере гестационной доминанты), определена топография и электрическая активность входящих в нее центров мозга [6]. Уже достаточно понятны механизмы фолликулярной, овуляторной и родовой доминант и их последовательного переключения в процессе репродуктивного цикла [3, 16]. В этих исследованиях показаны особенности репродуктивной доминанты при нарушениях зачатия, течения беременности, при бесплодии и применении ЭКО, а также проявление этих нарушений в активности мозга, в физиологических особенностях менструального цикла и беременности и в психике женщины [6, 16]. На данном этапе можно считать достоверно доказанной связь физиологической, психической и поведенческой составляющих в репродуктивной сфере женщины и функцию доминант в организации этой связи.

Начиная с работ И.А. Аршавского указывается, что в нарушении работы репродуктивной доминанты ведущую роль играет возникновение альтернативной ей стрессовой доминанты, которая возникает и подавляет репродуктивную доминанту при появлении условий, не соответствующих сохранению адаптивных возможностей особи при реализации репродуктивной функции. Этот механизм обеспечивается связью систем самосохранения и репродукции через их общую часть – гипоталамо-гипофизарную систему. Формируется этот эволюционный механизм в первые месяцы пренатального развития и обеспечивает самосохранение женской особи в неблагоприятных условиях. Описывая данную конструкцию, И.А. Аршавский указывал на то, что такими условиями может быть физиологический или психический стресс, превышающий ресурсы организма, или его **адаптационные возможности** [3]. Вот это похоже и происходит с женской репродуктивной сферой в данных условиях, которые заставляют женщину адаптироваться к такой гендерной модели, которая не соответствует ее физиологическим возможностям. И здесь особенно важно подчеркнуть, что репродуктивная сфера обязательно включает синхронизацию физиологии, психики и поведения. Невозможно реализовать размножение без выбора объекта, влечения к нему и соответствующего полового и родительского поведения. Именно эта связь и закономерности общего изменения всех этих составляющих послужили основанием для описания И.А. Аршавским репродуктивной доминанты в целом и гестационной доминанты в частности, как регулирующего механизма репродуктивной функциональной системы. И именно внешние факторы создают неблагоприятные условия для репродукции и провоцируют нарушения сначала на уровне доминанты, а затем и физиологии [6, 24]. Получается классическая психосоматическая взаимосвязь, которая и описана на примере нарушений половой сферы в книге Ф. Александера [1].

Теперь обратимся к самим этим внешним – в нашем случае социальным – условиям. Циклические особенности женского организма и психики всегда учитывались в обществе при организации жизнедеятельности женщины не только в период беременности, родов и кормления ребенка, но и в динамике ее менструального цикла: множество ограничений в период месячных и беременности существовали во всех традиционных культурах. И также, как беременность и послеродовой период, менструальный цикл был включен в ритмы жизни женщины и семьи, а часто и всего общества [8]. А вот в современном мире получается, что чисто женские половые особенности, связанные с характером их репродуктивной функции, нивелируются и искажаются вовсе не в угоду объективным возможностям производства, быта и деторождения, а в результате инерции преодоления прежних гендерных ограничений и нескритичности современных тенденций, которые являются продолжением борьбы за

гендерное равенство. Происходит обесценивание и отвержение специфических особенностей женской физиологии просто потому, что раньше эти особенности ограничивали возможности женщины по сравнению с мужчинами [12, 15, 18]. И равенство прав оборачивается уравниловкой возможностей.

Дело не ограничивается оценкой проявлений женской физиологии, одним из примеров которой является отношение к менструации [5, 8, 13]. Все устройство общества организовано по мужскому типу и совершенно не соответствует цикличности женского организма, что заставляет женщин делать выбор в пользу мужской организации своей жизни. Это проявляется не только в организации производственной деятельности, но и в формировании жизненных ценностей и установок, начиная с системы образования. Лидерство, конкуренция, принятие решений и т.п. в женской среде – это все мы наблюдаем и в животном мире, и в разных человеческих культурах. Но вот непрерывное образование, ориентация на непрерывное восхождение по карьерной лестнице, оценка «паузы» в этих сферах как крах, потеря возможностей развития и даже как полный отказ от этой сферы своей жизни, абсолютно не соответствуют присущей женской натуре цикличности, когда такая пауза на самом деле – начало возрождения. С этой точки зрения совсем иначе можно интерпретировать известный миф о Деметре и Персефоне как историю цикличности женской жизни. Но, к сожалению, современный мир не готов пока подстроиться под эти закономерности женской сущности. И расплачивается за это нарушениями женского репродуктивного здоровья: нарушения цикличности функции яичников в психологической практике ассоциируется с нарушениями женской идентичности по инфантильному или мужскому типу, в исследованиях гендерной идентичности женщин с бесплодием выявлены черты инфантильности и внутренней конфликтности [20].

Не лучше обстоит дело и в отношении современных психологических представлений о развитии личности. Прекрасные идеи гуманистической психологии о высших ценностях саморазвития и самоактуализации обернулись обесцениванием остановки в своей самореализации в пользу реализации деторождения и создания условий для самореализации ребенка. Устойчивое мнение о том, что рождение и воспитание ребенка проигрывает в конкуренции с успехами в профессии и социальной сфере тоже является наследием борьбы за равенство полов. А желание остановиться и заняться «обихаживанием» того, что «здесь и теперь» для ребенка, расценивается как остановка в личностном развитии. А именно эта тенденция и возникает у женщины в той самой рецептивно удерживающей фазе менструального цикла, которая соответствует фазе имплантации и уже регулируется активной гестационной доминантой [1, 6]. Здесь мне вспоминается случай интерпретации образа реки в символдраме у женщины на 21 день менструального цикла: она остановилась у заводи и решила остаться там и заботиться о кувшинках и лягушках. И никуда уже ей не надо было идти...а ведущий сессию психолог это интерпретировал как тенденцию остановки в личностном развитии. Таким образом даже психология у нас сейчас построена по мужской модели развития. Вот тут очень хочется вернуться к идеям о создании Мира Демиургом (неважно, в какой религиозной ипостаси): когда он создавал Мир и человека в нем – он тоже был про этот Мир и про этого человека, и это было венцом его творения. Однако больше он не создавал людей, он им поручил эту великую миссию в завете «Плодитесь и размножайтесь». А мы теперь материальные ценности и личные достижения ставим выше этой великой задачи. И начинаем понимать, что задача создания человека значительно грандиознее всех остальных только тогда, когда с этим возникают осложнения.

С мужским гендером в нашем обществе происходят сходные процессы, и резкое ухудшение мужского репродуктивного здоровья в первую очередь наблюдается в тех регионах, где от мужчин требуются такие качества, как участие в заботе о маленьких детях, эмоциональная сдержанность, низкая агрессивность и даже снижение сексуальных проявлений к женщинам. Метаанализ 185 работ в 2017 году показал, что за последние 40 лет показатели сперматогенеза у мужчин в целом в Европейских странах, в США, в Австралии и в Китае снизились на 60-52% (количество и концентрация сперматозоидов соответственно). А в странах Южной Америки, Азии и Африки снижение этих показателей оказалось в три раза ниже (средние данные [29]). Сравнение показателей отдельно в группах фертильных мужчин выявило их снижение в развитых странах, и напротив увеличение количества и концентрации сперматозоидов в сперме мужчин второй группы регионов.

Влияние изменения семейных ролей и родительских функций на уровень тестостерона у мужчин было обнаружено в лонгитюдном исследовании, которое показало в два раза большее снижение уровня тестостерона у отцов, включенных в заботу о маленьких детях по

сравнению с отцами, не участвующими в такой заботе [30]. Наиболее резкое снижение обнаружено у отцов детей первого месяца жизни. Авторы отмечают значимость полученных результатов в плане эволюционной важности отцовства, однако на данный момент нет данных о корреляциях этих показателей с фертильностью. Эти факты демонстрируют связь гормонального уровня с поведением. В цитируемом исследовании приведены данные о высоком уровне тестостерона у этих мужчин до включения их в заботу о маленьких детях, но нет данных о динамике тестостерона у них после взросления детей и влияния на эти показатели возрастного фактора. Но в свете приведенных выше данных о снижении фертильности у мужчин из развитых стран, а также общей картины повышения «мужского фактора» в структуре бесплодия и в ВРТ, связь этих изменений с трансформацией мужской гендерной модели по крайней мере может обсуждаться.

Описанные феномены позволяют выделить основные особенности гендерных моделей в современном обществе, которые провоцируют противоречия между биологическими механизмами размножения у человека и современными социальными условиями.

Противоречия половой дифференциации мозга и гендерных моделей:

Внешний облик:

«Унисекс»: нивелирование различий во внешнем облике, поведении, социальных стереотипах представителей разных полов, на деле сдвинутых в сторону мужских проявлений: мужской, а не женский тип одежды и обуви, прическа, манера движений, речь.

Профессиональная сфера:

В профессиональной деятельности приоритетным является маскулинная модель: лидерство, конкурентность, поступательное стремление к профессиональному успеху, ориентация не результат, а не на процесс деятельности.

Социальные отношения:

В социальной сфере приоритетными, напротив, являются фемининные качества: толерантность, терпимость, отсутствие агрессивности, лояльность, сдерживание агрессии.

Быт:

Механизация быта практически устранила разделение на женские и мужские функции, а клининг услуги и заказ готовой еды активно довершают эту тенденцию.

Забота о детях:

В этом плане происходят двусторонние сдвиги. В заботе о детях для женщин все более востребованными становятся функции социализации ребенка, воспитания лидерских качеств и инициативности у детей обоего пола, а у мужчин безусловное принятие, гибкость поведения, эмоциональность и участие в диадических отношениях с младенцем с выполнением материнских функций.

Сексуальность:

В сексуальной сфере также присутствует унисекс: резкое снижение различий в половом поведении и внешнем виде мужчин и женщин, тогда как в природе и в традиционных культурах напротив сексуальная привлекательность строилась на подчеркивании и усилении половых различий. При этом в обществе проявление сексуального внимания к женщине со стороны мужчины осуждается и расценивается как домогательство. Одновременно усиливается сексуализация внешнего вида и поведения женщины в социуме и пропагандируется ценность и необходимость сексуальных отношений, а сексуальная несостоятельность трактуется как неполноценность.

Мотивация и ценностные ориентации:

В противоположность биологическим механизмам, обеспечивающим приоритет половой и родительской доминант в активном репродуктивном возрасте, в ценностно-смысловой сфере современных женщин и мужчин мотивация деторождения сдвигается на последние места по сравнению с индивидуальными потребностями личного комфорта, достижения профессиональной, социальной и личностной самореализации. В результате увеличивается возраст достижения личностной зрелости, профессиональной реализации и создания желаемых условий для рождения и воспитания детей до 30-35 лет, и созревание мотивации и психологической готовности к родительству практически сдвигается к началу возрастного снижения женской репродуктивной функции.

Таким образом можно заключить, что в современном обществе присутствует внутреннее противоречие в самих гендерных моделях – как в женской, так и в мужской. Получается двойное несоответствие: между биологическими и социальными аспектами с одной стороны, и внутри самих гендерных моделей с другой стороны:

- Противоречие цикличности женского типа половой дифференциации мозга и цикличности женской жизнедеятельности – и маскулинных ациклических моделей

социального, профессионального, семейного и личностного компонентов гендера, требующих поддержания активности на одном уровне и обеспечения поступательного движения «вперед и вверх», и восприятия снижения этих форм активности как деградации.

- Противоречие мужского типа половой дифференциации мозга, осуществляющего тонический контроль половых гормонов для постоянной готовности к проявлению половой активности, социальной конкуренции и агрессии при внешней угрозе – и необходимости проявления фемининных качеств в социальных и семейных отношениях.

Для иллюстрации этих положений приведем один из вариантов характеристики половой дифференциации мозга (А.Г. Резников и др., 2004, с.17 [30]):

Таблица 1

Половая дифференциация мозга

Показатель	Самцы	Самки
Половое поведение	Мужское	Женское
Агрессивное поведение	Выражено	Не выражено
Родительское поведение	Не выражено	Выражено
Секреция гонадотропинов	Ациклическая	Циклическая
Продолжительность жизни	Меньше	Больше
Масса тела	Больше	Меньше
Стресс-реактивность	Слабее	Сильнее

Заключение

Полоролевая идентичность может рассматриваться в двух основных аспектах: в эволюционном аспекте – как готовность к реализации репродуктивной функции, и в социальном аспекте – как соответствие гендерной модели, существующей в данном конкретном обществе. В историческом плане гендерные модели можно рассматривать как социальный институт, назначением которого является обеспечение наиболее успешного осуществления функции продолжения рода в данных конкретных культурно-исторических и экономических условиях общества. С одной стороны, индивидуально-типологические и личностные особенности женщин и мужчин различаются в соответствии с биологическими задачами деторождения и заботы о детях. С другой стороны, участие представителей разного пола в экономической и социальной сфере, их внешний вид, манера поведения и самоощущение всегда были ориентированы на наиболее эффективное осуществление задачи продолжения рода в условиях данного общественного строя и имели определенные отличия в разные исторические периоды и в разных типах общественного уклада. В соответствии с этим разными были и гендерные модели, то есть по-разному обозначались и характерные для данного общества мужские (маскулинные) и женские (феминные) качества. Однако всегда соблюдалось определенное соответствие этих моделей задаче реализации репродуктивной функции. Можно сделать вывод, что в предыдущих гендерных моделях половые различия и их связь с репродуктивной функцией были относительно комплементарными. Это и определяло положение женщин и мужчин в обществе и соответственно в семье. В современном обществе содержание женской и мужской гендерных моделей входит в противоречие с эволюционно обусловленными психофизиологическими особенностями репродуктивной сферы женщин и мужчин, что ведет не только к изменениям самоощущения представителей разного пола, но также оказывает влияние на физиологическую составляющую репродуктивной сферы. Стремление к унисексу, нивелированию различий между женщинами и мужчинами не соответствует тем их функциям в репродукции, для которых в эволюции и создавалась половая дифференциация мозга.

Главные различия половой дифференциации мозга женщин и мужчин состоят не в приписываемым им когнитивным и даже эмоциональным особенностям, а в разной организации жизнедеятельности по циклическому типу у женщин и «прямолинейно-восходящему» типу у мужчин. Жизнь в современном обществе организована по мужскому типу, и исторически сложившееся стремление женщин к полноценному участию в этой жизни заставляет их насильственно изменять свою жизнедеятельность, что ведет по закону психосоматических связей к деформации физиологических механизмов. С другой стороны, требования общества и семейных отношений к сдерживанию сексуальных проявлений и социальной агрессивности мужчин, а также к разделению в родительстве типичных «женских» функций заставляет их изменять свою жизнедеятельность, что также сказывается на гормональной регуляции их репродуктивной функции.

Возвращаясь к задачам данной статьи, еще раз подчеркну, что целью было рассмотреть только один аспект проблемы: связь противоречивости модели гендерной идентичности с реализацией репродуктивной функции у женщин и мужчин в современном обществе. Развитие общества повернуть вспять не получится, хотя в целом ряде вариантов такое стремление присутствует: от сохранения различных патриархатных вариантов с ограничением социальной и профессиональной реализации женщин – до попыток вернуть матриархатную женскую модель в крайних вариантах феминизма. Опираясь на сравнительные исследования в животном мире и в разных человеческих культурах, а также на разнообразие возможностей в современном обществе, можно заключить, что должна быть свобода выбора, и главное – реализации этого выбора – относительно сочетания профессиональных, семейных, родительских и личностных моделей. И это не утопия, это реальность современной жизни: именно это стихийно происходит в нашем обществе. Люди активно стремятся изобрести подходящую для себя модель жизни, не отказываясь ни от своих индивидуальных особенностей, ни от рождения детей, ни от своей личности, ни от своих профессиональных устремлений. Но пока мир не дает им готовых рецептов, как это было прежде, когда существовали «культурные модели идентичности». Но эти модели учитывали половую дифференциацию мозга и способствовали сохранению репродуктивной функции. А современная ситуация провоцирует противоречие именно в этих связях: не удастся соединить динамику женских репродуктивных циклов с противоположной динамикой остальных сфер жизни с одной стороны, и ациклический тип жизнедеятельности мужчины с включением в циклы деторождения с полноценным разделением заботы о младенце, с другой стороны. Это ведет к напряжению, тревожности, невротизации, связанными именно с переходом в деторождение, что по эволюционному механизму сопряженности доминант самосохранения и репродукции ведет к подавлению репродуктивной функциональной системы [22, 26]. Выводы ряда авторов о том, что меняться должен в первую очередь сам человек, справедливы – он и меняется, это очевидно. Но социальные условия для реализации его измененных личностных качеств и устремлений пока не созданы. Такая вот революционная ситуация: низы уже не хотят жить по-старому, и верхи тоже уже не могут. И тогда революция должна перестроить «верхи» – то есть всю социальную инфраструктуру, что, собственно, и происходит. А в результате, видимо, будут выстраиваться и общие варианты таких моделей, которых теперь уже будет не одна, а множество. Видимо, эпоха монокультурных моделей заканчивается, и мультикультурное общество требует мультикультурных моделей не только личности, но и всех видов идентичности, и главное – их сочетаний. В этих условиях пока требуется каждому конкретному «революционеру» индивидуально-ориентированная профессиональная психологическая помощь по выстраиванию его личной модели жизни и оптимизации его репродуктивных стратегий.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 336с.
2. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. – М.: Наука, 1980. – 197с.
3. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М.: Наука, 1957. – С. 320-333
4. Берн Ш. Гендерная психология. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 320с.
5. Бурчакова М.Н., Бурчаков Д.И. "Мурсики" и другие "гости": как женщины называют менструации; журнал: Женское здоровье и репродукция. №1(32), 2019. [Электронный

- ресурс] //URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/mursiki-i-drugie-gosti-kak-zhenshhiny-nazyvajut-menstruacii/> (дата обращения: 20.01.2024).
6. Васильева В. В. Психофизиология женской репродукции. – Батайск: Батайское книжное изд-во, 2005. – 208 с.
 7. Гормональная регуляция размножения у млекопитающих / К. Остин, Р. Шорт. Пер. с англ. – М.: Мир, 1987. – 305с.
 8. Дали К. Психология менструации. Пер. с англ: и нем. – М.: Русское психоаналитическое общество; Ижевск: ИД «ERGO», 2006. – 194с.
 9. Довженко А., Дудина В., Карпова Н., Колбасюк У., Яценко А. Анализ теоретических и методологических аспектов исследования гендерной идентичности. // Norwegian Journal of development of the International Science, 2020. – No 51. – С. 64-69
 10. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2002 – 544с.
 11. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. ВРТ в России. Отчет за 2021 год. // Регистр ВРТ. Отчет за 2021 год. – Российская Ассоциация Репродукции Человека. – Спб., 2023. – с.29-32
 12. Кочepasова А.Ю. Репродуктивные стратегии и формы семьи: к вопросу методологии социологических исследований. // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования, 2020. – №4. – с. 104-107
 13. Кузнецова И. В., Филиппова Г. Г., Бурчакова М. Н., Бурчаков Д. И., Хаджиева Н. Х. Психогенные стресс-зависимые нарушения менструального цикла: роль негормональной коррекции / Современная гинекология. – Т. 2. – Медицинский алфавит, 2017. – №10 (307). – С. 54-61
 14. Мид М. Культура и мир детства. Избранные произведения. – М.: Наука, 1988. – 425с.
 15. Мишукова А.С. Репродуктивное поведение как культурологический термин // Дискуссия, 2012. – № 8(26). – С. 26–29
 16. Орлов В.И., А.В. Черноситов, К.Ю. Сагамонова, Т.Л. Боташева. Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. / Под ред. Н.Н. Боголепова, В.Ф. Фокина. – М.: Научный мир, 2004. – 787с.
 17. Психодиагностические методики изучения гендерных особенностей личности: метод. рекомендации для студентов, обуч. по специальностям 1-86 01 01 «Социальная работа (по направлениям)» и 1-23 01 04 «Психология» / сост. Е. Д. Беспанская-Павленко. – Минск: БГУ, 2013. – 87с.
 18. Пустарнакова А.А. Социокультурные детерминанты репродуктивного поведения этнических групп // Аспирантский вестник Поволжья, 2021. – No 3–4. – С. 78–82.
 19. Резников А.Г., Пищак В.П., Носенко Н.Д., Ткачук С.С., Мыслицкий В.Ф. Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. – Черновцы: Медакадемія, 2004. – 351с.
 20. Себелева Ю.Г. Гендерная идентичность у женщин, страдающих бесплодием (в программе экстракорпорального оплодотворения). Автор. Дисс. Канд. Психол. наук. – М., 2014. – 27с.
 21. Степанова Л. Г. Введение в гендерную психологию // Семейная психология и семейная терапия, 2010. – № 3. – С. 3–128
 22. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины. //Международный эндокринологический журнал, 2006. – №3 (5.) [Электронный ресурс] // URL: <http://endocrinology.mif-ua.com/archive/article/2107>. (дата обращения: 22.08.2020).
 23. Ухтомский А. А. Доминанта. – М.; Л.: Наука, 1966. – 273 с.
 24. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6. URL: <http://medpsy.ru>. (дата обращения: 18.05.2022).
 25. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 212с.
 26. Филиппова Г.Г. Стресс и нарушение репродуктивной функции // Антология Российской психотерапии и психологии. Материалы итогового международного конгресса «Психология и психотерапия каждого дня и всей жизни». Москва, 15-18 ноября 2018 г. – 225 с. – С. 69-72
 27. Филиппова Г.Г. Особенности возрастной идентичности у пациенток позднего репродуктивного возраста. // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Материалы

XXXIII ежегодной Международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека (6—9 сентября 2023 г., Нижний Новгород) — 157 с. – с.128-130

28. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Ленато АСТ, 1996. – 592с.

29. Levine H. et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. Human Reproduction Update, Volume 23, Issue 6, November-December 2017, Pages 646–659. Available at: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022>. (Accessed: January 31, 2024).

30. Norton E. Low testosterone levels may make men better fathers. Available at: <https://www.science.org/content/article/fatherhood-decreases-testosterone>. (accessed: January 20, 2024).

References

1. Aleksander F. Psihosomaticheskaya medicina. Principy i primeneniye. – M.: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 2004. – 336s.
2. Anohin P. K. Uzlovye voprosy teorii funktsional'nykh sistem. – M.: Nauka, 1980. – 197s.
3. Arshavskiy I.A. Rol' gestacionnoy dominanty v kachestve faktora, opredelyayushchego normal'noe ili uklonyayushcheesya ot normy razvitiye zarodysha // Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii. – M.: Nauka, 1957. – S. 320-333
4. Bern SH. Gendernaya psihologiya. – SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2007. – 320s.
5. Burchakova M.N., Burchakov D.I. "Mursiki" i drugie "gosti": kak zhenshchiny nazyvayut menstruacii.; zhurnal: ZHenskoe zdorov'e i reprodukcija. №1(32), 2019. [Elektronnyj resurs] // URL:<https://journalgynecology.ru/statyi/mursiki-i-drugie-gosti-kak-zhenshhiny-nazyvajut-menstruacii/> (data obrashcheniya: 20.01.2024).
6. Vasil'eva V. V. Psihofiziologiya zhenskoy reprodukcii. – Batajsk: Batajskoe knizhnoe izd-vo, 2005. – 208 s.
7. Gormonal'naya reguljaciya razmnozheniya u mlekopitayushchih / K. Ostin, R. Short. Per. s angl. – M.: Mir, 1987. – 305s.
8. Dali K. Psihologiya menstruacii. Per. s angl: i nem. – M.: Russkoe psihoanaliticheskoe obshchestvo; Izhevsk: ID «ERGO», 2006. – 194s.
9. Dovzhenko A., Dudina V., Karpova N., Kolbasyuk U., YAcenko A. Analiz teoreticheskikh i metodologicheskikh aspektov issledovaniya gendernoj identichnosti. // Norwegian Journal of development of the International Science, 2020. – No 51. – S. 64-69
10. Il'in E.P. Differencial'naya psihofiziologiya muzhchiny i zhenshchiny. – SPb.: Piter, 2002 – 544s.
11. Korsak V.S., Smirnova A.A., SHurygina O.V. VRT v Rossii. Otchet za 2021 god. // Registr VRT. Otchet za 2021 god. – Rossijskaya Associaciya Reprodukcii CHeloveka. – Spb., 2023. – s.29-32
12. Kochepasova A.YU. Reproduktivnye strategii i formy sem'i: k voprosu metodologii sociologicheskikh issledovaniy. // Medicina. Sociologiya. Filosofiya. Prikladnye issledovaniya, 2020. – №4. – s. 104-107
13. Kuznecova I. V., Filippova G. G., Burchakova M. N., Burchakov D. I., Hadzhieva N. H. Psihogennye stress-zavisimye narusheniya menstrual'nogo cikla: rol' negormonal'noj korrekcii / Sovremennaya ginekologiya. – T. 2. – Medicinskiy alfavit, 2017. – №10 (307). -- S. 54-61
14. Mid M. Kul'tura i mir detstva. Izbrannye proizvedeniya. – M.: Nauka, 1988. – 425s.
15. Mishukova A.S. Reproduktivnoe povedenie kak kul'turologicheskij termin // Diskussiya, 2012. – № 8(26). – S. 26–29
16. Orlov V.I., A.V. CHernositov, K.YU. Sagamonova, T.L. Botasheva. Funktsional'naya mezhpolusharnaya asimetriya. Hrestomatiya. / Pod red. N.N. Bogolepova, V.F. Fokina. – M.: Nauchnyj mir, 2004. – 787s.
17. Psihodiagnosticheskie metodiki izucheniya gendernykh osobennostej lichnosti: metod. rekomendacii dlya studentov, obuch. po special'nostyam 1-86 01 01 «Social'naya rabota (po napravleniyam)» i 1-23 01 04 «Psihologiya» / sost. E. D. Bepanskaya-Pavlenko. – Minsk: BGU, 2013. – 87s.
18. Pustarnakova A.A. Sociokul'turnye determinanty reproduktivnogo povedeniya etnicheskikh grupp // Aspirantskiy vestnik Povolzh'ya, 2021. – No 3–4. – S. 78–82.
19. Reznikov A.G., Pishchak V.P., Nosenko N.D., Tkachuk S.S., Myslickij V.F. Prenatal'nyj stress i nejroendokrinnaya patologiya. – CHernovcy: Medakademiya, 2004. – 351s.

20. Sebeleva YU.G. Gendernaya identichnost' u zhenshchin, stradayushchih besplodiem (v programme ekstrakorporal'nogo oplodotvoreniya). Avtor. Diss. Kand. Psihol. nauk. – M., 2014. – 27s.
21. Stepanova L. G. Vvedenie v gendernuyu psikhologiyu // Semejnaya psikhologiya i semejnaya terapiya, 2010. – № 3. – S. 3–128
22. Tatarchuk T.F. Stress i reproduktivnaya funkciya zhenshchiny. //Mezhdunarodnyj endokrinologicheskij zhurnal, 2006. – №3 (5.) [Elektronnyj resurs] // URL: <http://endocrinology.mif-ua.com/archive/article/2107>. (data obrashcheniya: 22.08.2020).
23. Uhtomskij A. A. Dominanta. – M.; L.: Nauka, 1966. – 273 s.
24. Filippova G.G. Psikhologiya reproduktivnoj sfery cheloveka: metodologiya, teoriya, praktika. [Elektronnyj resurs] // Medicinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. 2011. N 6. URL: <http://medpsy.ru>. (data obrashcheniya: 18.05.2022).
25. Filippova G.G. Psikhologiya materinstva: ucheb. posobie dlya akademicheskogo bakalavriata. – 2-e izd., ispr. i dop. – M.: Izdatel'stvo YUrajt, 2018. – 212s.
26. Filippova G.G. Stress i narushenie reproduktivnoj funkcii // Antologiya Rossijskoj psihoterapii i psikhologii. Materialy itogovogo mezhdunarodnogo kongressa «Psikhologiya i psihoterapiya kazhdogo dnya i vsej zhizni». Moskva, 15-18 noyabrya 2018 g. – 225 s. – S. 69-72
27. Filippova G.G. Osobennosti vozrastnoj identichnosti u pacientok pozdnego reproduktivnogo vozrasta. // Reproductivnye tekhnologii segodnya i zavtra. Materialy XXXIII ezhegodnoy Mezhdunarodnoy konferencii Rossijskoj Associacii Reprodukcii Cheloveka (6—9 sentyabrya 2023 g., Nizhniy Novgorod) — 157 s. – s.128-130
28. Erikson E. Detstvo i obshchestvo. Spb.: Lenato AST, 1996. – 592s.
29. Levine H. et al. Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, Volume 23, Issue 6, November-December 2017, Pages 646–659. Available at: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022>. (accessed: January 31, 2024).
30. Norton E. Low testosterone levels may make men better fathers. Available at: <https://www.science.org/content/article/fatherhood-decreases-testosterone>. (accessed: January 20, 2024).

GENDER IDENTITY AND REPRODUCTIVE PROBLEMS IN MODERN SOCIETY

Filippova G.G. (Moscow, Russia)
Russia, Moscow

Abstract. The article discusses trends in changes in gender identity in modern society and the connection of these changes with the reproductive health of women and men. The concept of a “cultural model of gender identity” is proposed, within the framework of which the qualities and norms of behavior attributed to women and men ensure the success of reproduction in the conditions of a given specific society. Based on the analysis of male and female roles in different cultural and historical conditions, it is assumed that in the history of society, cultural gender models corresponded to the psychophysiological characteristics of women and men, which are biologically determined by the sexual differentiation of the brain. The existence of contradictions between the sexual differentiation of the brain and the requirements for women and men in modern society is described. This contradiction consists in the general masculinization of the education system and professional requirements, which do not correspond to the cyclical nature of the female reproductive system, on the one hand, and on the other hand, in the requirements for the manifestation of feminine qualities from men in the social sphere and in caring for children. The impact of these contradictions on the reproductive health of women and men and possible ways of change in society are discussed in order to create conditions for the full implementation of all spheres of life and preservation of the reproductive health of women and men.

Key words: reproductive health, gender identity, cultural models of identity, sexual differentiation of the brain

For citation

Filippova G.G. Gender identity and reproductive problems in modern society // Medical psychology in Russia: network scientific. Magazine – 2024. – T. 16, No. 1(82). – P.4. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (date of access: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 2



УДК 159.9

«ТЕМНАЯ ТРИАДА» И ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ У МУЖЧИН СО СКЛОННОСТЬЮ К СЕМЕЙНОМУ НАСИЛИЮ

Мусханова Е. В., Стоянова И. Я., Лещинская С. Б. (Томск, Россия)



Мусханова Евгения Вячеславовна

Выпускница факультета психологии (2023 г.) ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»; 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36; e-mail: k_evgeniyaa@mail.ru



Стоянова Ирина Яковлевна

Доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (634014, Томск, ул. Алеутская, 4), профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»; 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36; e-mail: Ithka1948@mail.ru.



Лещинская Светлана Борисовна

Доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»; 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36; e-mail: s_leschins94@mail.ru.

Аннотация. В настоящее время отмечается рост распространенности семейного насилия в отношении женщин. Большинство исследований посвящены жертвам насилия, тогда как негативные особенности личности человека, проявляющего насилие (нарциссизм, макиавеллизм, психопатия), а также алекситимия, остаются недостаточно изученными. Целью настоящего исследования является выявление специфики проявлений макиавеллизма, нарциссизма, психопатии, алекситимии у мужчин, склонных к семейному (психологическому, физическому, экономическому, социальному) насилию, в сравнении с людьми, не проявляющими насилие. Выборку составили 70 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, работающих вахтовым методом. Большинство респондентов на момент исследования находились в официальном (37,5%), либо в гражданском браке (38,9%). Сравнивались психологические характеристики мужчин, проявляющих насильственные действия в семье в

отношении женщин (основная группа), и мужчин без признаков насильственных действий и убеждений о необходимости применения насилия (контрольная группа). Применялись следующие психодиагностические методики: авторская анкета выявления склонности и проявления семейного насилия в отношении женщин; краткая форма опросника «Темная триада» (М. С. Егорова, О. В. Паршикова, М. А. Ситникова); Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (в адаптации института им. В. М. Бехтерева). Результаты. У мужчин, проявлявших семейное насилие, выявлена значимо более высокая выраженность черт темной триады и алекситимии, по сравнению с мужчинами, не имеющими склонность к насилию. Установлены значимые различия в выраженности черт темной триады и алекситимии, в зависимости от определенных видов семейного насилия: психологическое насилие – алекситимия, макиавеллизм, психопатия, физическое насилие – алекситимия, психопатия, экономическое – алекситимия и макиавеллизм. Значимые различия, связанные с проявлением сексуального насилия, не выявлены.

Ключевые слова: семейное насилие, агрессор, темная триада, макиавеллизм, психопатия, нарциссизм, алекситимия.

Для цитаты Мусханова Е. В., Стоянова И. Я., Лещинская С.Б. «Тёмная триада» и проявления Алекситимии у мужчин со склонностью к семейному насилию // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2024. – Т. 16, № 1(82). – С. 5. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Исследователи семейного насилия в отношении женщин отмечают его распространенность в современном обществе, что является одной из самых значимых проблем, оказывающих негативное воздействие на личность и здоровье его жертв. Выявляется увеличение числа случаев семейного насилия в ситуации вынужденной изоляции, связанной с COVID-19, усилению отклонения в поведении у лиц, проявляющих насилие [1, 2, 3].

Основная часть исследований в области психического здоровья посвящена расстройствам личности у людей, совершавших насилие. Установлено, что высокий риск насильственных действий присущ лицам с диссоциальным расстройством личности. При этом отмечается склонность ко лжи, нарушению социальных норм, игнорированию потребности в собственной безопасности и безопасности окружающих. В случае семейного насилия агрессорам свойственно использование партнёра для достижения собственной выгоды путём манипулирования, подавления, ограничения в доступе к информации. Поскольку такая категория людей не боится закона, на неё сложно влиять, взывая к возможности обращения в правоохранительные органы. Часто в случае такого обращения за помощью насильники становятся более агрессивными: унижают, оскорбляют, шантажируют и угрожают физической расправой. Они не испытывают чувство вины, а также им не характерно извлечение пользы из жизненного опыта [4].

Среди лиц, склонных к семейному насилию, широко распространён также параноидальный тип личности. У агрессоров проявляются такие характерологические проявления, как недоверчивость, злобность; склонность к реакциям необоснованной ревности, гнева; блокирование общения жертв насилия с дружеским окружением; использование психологического насилия [5].

В качестве предиктора насилия рассматривается также пограничное расстройство личности, характеризующееся завышенными представлениями о себе, неустойчивостью в межличностных отношениях, высоким уровнем аффективности и импульсивности, что часто способствует проявлениям сексуального насилия [6].

В литературе отмечено, что у лиц со склонностью к насилию психические расстройства проявляются существенно чаще, чем в популяции в целом. Среди таких отмечаются депрессивные нарушения в сочетании с пограничным типом личностного расстройства.

Так, в исследовании Е.В. Гондольфа у 20% мужчин, проявляющих физическое насилие, обнаружены тяжёлые психические расстройства. При этом не учитывались проявления алкогольной наркотической и алкогольной зависимости. Наиболее характерно для агрессоров проявление «большой» депрессии (11% от общей выборки). По мнению исследователя, депрессия не является следствием инцидентов, т.е., нападения на жертву, либо же ареста в связи со сложившейся ситуацией [7].

В других исследованиях среди насильников, кроме депрессии, обнаружены высокие показатели тревожности, а также выявлена взаимосвязь стрессов и посттравматических стрессовых расстройств с совершением актов насилия [8].

Анализируя взаимосвязи типов привязанности с чертами «темной триады» у пациентов с диагнозом депрессивного расстройства, Куфтык с соавт. (2022) доказала, что индивидам с тревожным типом привязанности присущи интенсивное чувство тревоги, ревности и неуверенности в себе, большая эмоциональная экспрессивность. Они часто разрабатывают неадекватные (психопатические) способы эмоциональной саморегуляции и межличностной коммуникации. Авторы считают, что тревожная привязанность (беспокойство, ревность) может приводить к проблемному поведению (импульсивному, манипулятивному), и, в конечном счёте, вызывать хроническую фрустрацию и развитие депрессивного синдрома. В этом исследовании подтвердилась гипотеза о взаимосвязи тревожного типа привязанности (потребность в высокой степени эмоциональной близости с партнёром, ревность, неуверенность в себе, эмоциональная экспрессивность) и черт психопатии (эгоцентризм, отсутствие раскаяния, импульсивность, склонность к диссоциальным поступкам, тревожность), что характеризует и людей со склонностью к насилию [9].

В рамках этой публикации дадим определение понятия «жестокости», рассмотренное Бороховым Б. и Бороховым А. (2017), которое тесно сопряжено с понятием «насилия». Анализируя жестокость как мета-когнитивный механизм саморегуляции, авторы определяют это понятие как умышленное, целенаправленное деструктивное поведение человека, направленное на причинение физических, психических, моральных, сексуальных страданий иному живому существу (человеку или животному), а также намеренное продление этих страданий или препятствие прекращению их. Такое поведение не конструктивно и нацелено на получение удовлетворения от самого процесса. Авторы акцентируются на том, что ужесточение общественно-правовых норм не позволяет немедленно гасить агрессивные импульсы, возникшие на «раздражитель» и, тем самым способствует их накоплению. По достижению «критической массы» наступает агрессивная разрядка, с разрушительными последствиями как для жертвы, так и для агрессора. Жертвой, как правило, становится человек, который явно проявляет собственное страдание или неблагополучие. Поэтому поведение жестокого человека направлено на максимальное обострение этого неблагополучия, путем акцентирования внимания окружающих и жертвы на ее недостатках [10].

Ключевым аспектом публикации является обозначенная авторами проблема, согласно которой до сих пор нет чётких психологических критериев, выявляющих конкретный тип личности или «группу риска», чтобы спрогнозировать вероятность агрессивного поведения, а также выявить провоцирующие ее конкретные факторы.

Продолжая рассматривать насилие как личностно-психологический феномен, остановимся на проявлениях алекситимии. Рядом исследований показано, что некоторые психологические уязвимости, такие как сниженные возможности определения и выражения эмоций, могут склонить человека к более агрессивному поведению и совершению актов семейного насилия, вплоть до убийства [11, 12]. Данное исследование доказывает факт взаимосвязи алекситимии и жестокого обращения.

При алекситимии обнаруживается дефицит эмоционального интеллекта и эмпатии, что, в свою очередь, может привести к насилию и дегуманизации. Слабая способность ощущать боль окружающих способствует переходу личностных границ и причинению телесных повреждений. При слабой способности распознавания эмоций человек не может усвоить противоположную точку зрения, прочувствовать беспокойство окружающих, обнаружить различные варианты интерпретации поведения другого человека и, соответственно, уменьшить уровень собственной агрессии.

Кроме алекситимии, исследователи выделяют в качестве значимого предиктора насилия психопатию из-за межличностных, поведенческих и аффективных характеристик [13]. Психопатия даже в ее неклинических проявлениях тесно связана с проявлением агрессивного поведения. В исследованиях, посвящённых изучению агрессивного поведения и психологических черт, выявленных «Темной триад», обнаружены тесные взаимосвязи. Отмечается, что психопатия является самым социально-нежелательным проявлением в структуре личности, она теснее всех связана с реактивной и проактивной агрессией [14].

Помимо психопатии в исследованиях рассматривается другой значимый предиктор насильственных действий – макиавеллизм [15]. Макиавеллизм определяется как склонность к манипулированию окружающими, чаще всего не физически агрессивными способами,

такими как обман, подкуп, лесть, запугивание [16]. Как правило, в ситуации семейного насилия, а именно при психологическом виде насилия, агрессором чаще всего используются подобные тактики поведения.

И.А. Фурманов рассматривает в качестве фактора насилия нарциссизм. Нарциссическая агрессия и насилие в супружеских отношениях может быть связана с недооценкой личностных качеств партнера [17]. Кроме того, нарциссизм характеризуется реактивной агрессией в ситуациях провокаций, оскорблений и при угрозе я [18].

Как отмечают исследователи, негативные черты личности, выявленные методикой «Темная триада», способствуют проявлениям отклоняющегося поведения человека. Их носители прибегают к манипуляциям и обману в межличностных отношениях, в том числе, при общении с партнерами противоположного пола [19]. Существует достаточное число эмпирического материала, доказывающего положение о том, что люди с высоким уровнем выраженности черт, выявленных этой методикой, испытывают затруднения в межличностных отношениях. Исходя из этого, можно предположить, что в силу наличия таких черт, насилие может проявляться в отношениях с партнерами.

Анализ литературных источников, посвященных клико-психологическим особенностям людей, проявляющим насилие, свидетельствует об отсутствии исследований, в которых рассматривается взаимосвязь между личностными проявлениями агрессора и видом насилия (физического, психологического, сексуального, экономического). Ограничены данные о наличии негативных черт личности (темная триада: нарциссизма, макиавеллизма, психопатии) и алекситимии в аспекте проявлений различных видов семейного насилия. Представляется, что исследование отмеченных выше психологических особенностей агрессора в связи с реализуемым видом насилия, будет способствовать совершенствованию психологической помощи, направленной на снижение этих проявлений.

Целью исследования является рассмотрение выраженности личностных проявлений макиавеллизма, нарциссизма, неклинической психопатии и алекситимии у людей, склонных к семейному насилию (психологическому, физическому, сексуальному, экономическому).

Мы предположили, что:

1. Психологические черты, выявляемые методикой «Темная триада», и выраженность алекситимии у людей, проявляющих насилие, имеют более высокие значения показателей по сравнению с аналогичными у тех, кто не склонен к насилию.

2. Существует специфика проявления черт из «Темной триады» и алекситимии в зависимости от доминирующего вида насилия (психологического, физического, экономического, сексуального).

Эмпирическая база исследования

В окончательном варианте выборка включала 70 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, работающих вахтовым методом. Из них 45,8 % в возрасте 18-24 лет (N=33); от общей выборки 38,9 % - 25-34 года (N=28); 6,9% - 35-44 года (N=5); 8,3% - 45-54 года (N=6). Большинство респондентов на момент исследования находились в официальном (37,5%), либо гражданском браке (38,9%).

С учетом данных анкеты выделены 3 группы участников исследования. Первую группу составили мужчины, проявлявшие активные насильственные действия в отношении женщин (основная группа). Вторую группу - не проявлявшие насильственных действий и убеждений о необходимости насилия (контрольная группа). В третьей группе - имевшие убеждения о необходимости проявлять насилие в семье, но не проявлявшие насильственных действий по отношению к партнеру (группа «субъективной склонности к насилию»). Респонденты этой группы были исключены из дальнейшего анализа.

Материалы и методы

В рамках исследования выявлялись склонность и проявление насилия в отношении женщин, а также выраженность проявлений «Темной триады» (макиавеллизма, нарциссизма, психопатии) и алекситимии. Применялись следующие психодиагностические методики:

1) Авторская анкета выявления склонности и проявления семейного насилия в отношении женщин. Анкета была статистически проверена на надежность по параметру внутренней согласованности с помощью критерия Альфа-Кронбаха ($\alpha=0,86$). В настоящей публикации анализировались утверждения о случаях насилия, а также касающиеся случаев наблюдения насилия в родительской семье и свидетельствующие об употреблении алкоголя.

2) Краткая форма опросника «Темная триада» (М. С. Егорова, О. В. Паршикова, М. А. Ситникова), которая включает психологические характеристики нарциссизма, макиавеллизма и психопатии в их неклинических проявлениях [20]. Понятие «неклинический нарциссизм» включает высокий уровень самооценки, повышенную

самовлюбленность, доминантность, высокомерие, ощущение собственной уникальности. Макиавеллизм отражает склонность к манипулированию другими, циничное отношение к окружающим, а также пренебрежительное отношение к существующим моральным устоям. «Неклиническая психопатия» отражает такие особенности личности как эгоизм, импульсивное поведение, агрессивность и беспощадность.

3) Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26), адаптированная в институте имени В. М. Бехтерева [21].

Статистическая обработка данных осуществлялась в пакетах STATISTICA 23 и MS Excel 2017. С целью первичной оценки полученной информации была использована описательная статистика. Для выявления статистически значимых отличий показателей исследуемых выборок использовались непараметрические критерии различий–Уоллеса и Манна–Уитни.

Анализ и обсуждение результатов

На первом этапе было проверено наличие различий в выраженности психологических характеристик, в связи с возрастом и семейным положением респондентов, для исключения искажения дальнейшего анализа ввиду возрастной неоднородности выборки. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии значимых различий в выраженности макиавеллизма ($H=1,84$; $p=0,40$), нарциссизма ($H=2,72$; $p=0,26$), психопатии ($H=2,59$; $p=0,27$) и алекситимии ($H=0,76$; $p=0,68$) в зависимости от возраста и семейного положения респондентов. Также отсутствовали значимые различия в личностных проявлениях у респондентов, употребляющих и не употребляющих алкоголь.

При изучении психологических особенностей мужчин, наблюдавших случаи семейного насилия в детстве, выявлено, что у респондентов отсутствовали статистически значимые различия в макиавеллизме ($U=398,50$; $p=0,19$), нарциссизме ($U=482,00$; $p=0,82$) и психопатии ($U=440,50$; $p=0,44$). При этом различия в проявлениях алекситимии были значимыми ($U=347,50$; $p=0,048$; $r=0,24$) и более выраженными у тех, кто сталкивался с проявлениями насилия в родительской семье.

В дальнейшем проведён сравнительный анализ психологических особенностей респондентов, применяющих и не применяющих семейное насилие.

Мужчины, проявляющие психологический вид насилия, демонстрировали значимо более выраженные показатели макиавеллизма ($U=279,50$; $p=0,00$; $r=0,37$), психопатии ($U=304,50$; $p=0,01$; $r=0,33$) и алекситимии ($U=295,50$; $p=0,01$; $r=0,35$). Согласно частотному анализу, среди этих респондентов, подвергаящих женщин психологическому виду насилия, высоким уровнем макиавеллизма обладали 18% мужчин основной и 0% контрольной группы, низким – 9% основной и 23% контрольной группы, средний уровень продемонстрировали 73% основной и 77% контрольной группы.

Высокий уровень психопатии в ее неклинических проявлениях отмечался у 21% мужчин в основной группе и 3% – в контрольной, низкий – 3% в основной и 30% – в контрольной, средний – 76% в основной и 67% – в контрольной группе. Различия в уровне нарциссизма были не значимы. При этом высокий уровень нарциссизма проявляли 56% респондентов основной и 17% контрольной группы, низкий – 0% в основной и 3% в контрольной группе, средний – 42% в основной и 80% в контрольной группе.

В отношении алекситимии установлено, что 45% мужчин демонстрировали высокий уровень алекситимии (в контрольной группе – 3%). У 33% человек зафиксирован низкий уровень алекситимии (в контрольной группе – 63%), 21% обладали средним уровнем алекситимии, (33% – в контрольной группе). Таким образом, можно констатировать, что психологические проявления макиавеллизма, психопатии (по данным опросника «Темной триады»), а также алекситимии преобладали у мужчин, применяющих семейное насилие, по сравнению с контрольной группой.

Респонденты, склонные к физическому насилию, обладали значимо более выраженным уровнем психопатии ($U=195,50$; $p=0,01$; $r=0,33$) и алекситимии ($U=148,00$; $p=0,00$; $r=0,43$). Высокий уровень психопатии проявляли 33 % (в контрольной – 4 %), низкий – 7% (в контрольной – 17 %), средний – 60% (в контрольной – 79 %). При этом высокий уровень алекситимии отмечался у 73% респондентов основной группы (в контрольной – 10 %), низкий – 13% (в контрольной – 54 %), средний – 13% (в контрольной – 35 %).

Различия в макиавеллизме и нарциссизме были не значимы. Высокий уровень макиавеллизма наблюдался у 33% респондентов (контрольная группа – 2 %), низкий – 13% (контрольная группа – 19%), средний – 53% (контрольная группа – 79%). Высокие показатели нарциссизма отмечались у 60% респондентов основной группы (контрольная

группа - 27%), низкий – 0% (контрольная группа – 2%), средний – 40 % (контрольная группа – 71%).

Таким образом, установлено, что мужчины основной группы, применявшие физическое насилие, отличались от контрольной группы повышенным уровнем неклинической психопатии и алекситимии при незначительных различиях в макиавеллизме и нарциссизме.

При рассмотрении склонных к экономическому насилию выявлено, что у них отмечались более выраженные показатели макиавеллизма ($U=94,00$; $p=0,048$; $r=0,24$) алекситимии ($U=94,00$; $p=0,047$; $r=0,24$), при отсутствии значимых различий в нарциссизме и психопатии.

У мужчин, склонных к этому виду насилия, значительную выраженность макиавеллизма проявляли 33% основной группы (контрольная группа – 6%), низкий уровень 0% (контрольная группа – 19%), средний – 67% (контрольная группа – 73%). Высокий уровень алекситимии отмечался у 66% в основной группе (контрольная группа – 17%), 17% низкий уровень % (контрольная группа – 49%), средний – 17% (контрольная группа – 30%). В отношении нарциссизма выявлено, что высокий уровень демонстрировали 50% респондентов основной группы (контрольная группа – 32%), низкий уровень 0% (контрольная группа – 2%), средний – 50% (контрольная группа – 65%). Высокий уровень психопатии был характерен для 67% респондентов основной группы (контрольная группа – 6%), низкий уровень 17% (контрольная группа – 13%), средний – 17% (контрольная группа – 78%).

При сравнении показателей у мужчин, проявлявших сексуальное насилие, и показателей контрольной группы отмечается, что шкалы «Темной триады» и алекситимии значимо не различались между лицами, проявлявшими и не проявлявшими сексуальное насилие. Отмечаются следующие частотные показатели. Макиавеллизм: 14% высокий уровень (контрольная группа – 4%), 7% низкий уровень (контрольная группа – 22%), 79% средний уровень (контрольная группа – 73%). Нарциссизм: 79% высокий уровень (контрольная группа – 18%), 0% низкий уровень (контрольная группа – 2%), 21% средний уровень (контрольная группа – 80%). Психопатия: 14% высокий уровень (контрольная группа – 10%), 14% низкий уровень (контрольная группа – 16%), 71% средний уровень (контрольная группа – 73%). Алекситимия: 50% высокий уровень (контрольная группа – 18%), 21% низкий уровень (контрольная группа – 49%), 29% средний уровень (контрольная группа – 33%).

Таким образом, результаты исследования свидетельствует о различиях определенных личностных особенностей мужчин при склонности к разным видам семейного насилия. Кроме того, впервые установлена взаимосвязь между личностными особенностями агрессоров и вариантами семейного насилия.

Так, для мужчин, проявляющих насилие (кроме сексуального), по сравнению с мужчинами, не склонных к насилию, характерны значимо более выраженные черты «Темной триады» (за исключением нарциссизма) – макиавеллизм, психопатические реакции, а также выраженность алекситимии. Они наблюдаются в импульсивности, неустойчивости настроения, отсутствии эмпатии, беспощадности, эгоизме, склонности к манипуляциям и агрессивному поведению.

Мужчины, склонные к проявлению психологического насилия, в большей степени характеризуются наличием черт макиавеллизма, психопатии, алекситимии, по сравнению с контрольной группой (средний размер эффекта). Для респондентов, проявляющих физическое насилие, характерными чертами являются неклиническая психопатия и алекситимия (средний размер эффекта). При склонности к экономическому насилию проявляются макиавеллизм и алекситимия (эффект низкой выраженности).

Перспективы исследования

Следует отметить, что в научной литературе отсутствует информация о взаимосвязи между психологическими особенностями мужчин, склонных к насилию, и видами семейного насилия. Поэтому представляется перспективным дальнейшее продолжение исследования, направленное на создание условий психологической безопасности для членов семьи, в которых проживают мужчины, склонные к насилию. На основе приведённых выше результатов возможен поиск новых технологий преодоления семейного насилия, включая рассмотрение психологических характеристик и психологическую работу с агрессором. При учете полученных данных и расширении рассмотрения личностных особенностей насильника и его жертвы становится возможным профилактики повторных актов насилия [22]. Расширение знаний в этой области позволяет специалистам создавать программы системной

психологической работы, планировать психологические стратегии при оказании психологической помощи семьям, где осуществляется насилие.

Ограничения исследования

Необходимо отметить ряд ограничений проведенного исследования. Так, в выборку вошли только мужчины, работающие вахтовым методом, что ограничивает возможности экстраполяции полученных данных. Для диагностики склонности к насилию была использована авторская анкета, валидность которой должна быть проверена на расширенной выборке. Использование опросника для диагностики склонности к насилию у лиц, проявляющих насилие, может ограничивать достоверность выводов в связи с феноменом социальной желательности ответов.

Выводы

В рамках выборки исследования установлены различия психологических проявлений у мужчин, склонных к различным видам семейного насилия:

1. при проявлениях психологического насилия выражены черты макиавеллизма, психопатии (в неклинических формах) и алекситимии;
2. при физическом насилии преобладают неклиническая психопатия и алекситимия;
3. при экономическом насилии выражены макиавеллизм и алекситимия;
4. при сексуальном насилии отсутствуют значимые различия психологических проявлений между мужчинами, совершавшими и не совершавшими насилие;
5. мужчины, наблюдавшие случаи семейного насилия в детстве, в большей степени предрасположены к проявлениям алекситимии.

Список литературы

1. Герасимова А.А. Анализ обращаемости на телефон неотложной психологической помощи в период пандемии и до нее // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 109-119.
2. Психологические факторы, наносящие транснациональный урон общественному психическому здоровью населения в период пандемии / Стоянова И.Я., Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Иванова А.А. [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2022. – № 1. – С. 46-56.
3. Ростовская Т.К., Безвербная Н.А. Рост семейного насилия во время чрезвычайных ситуаций и пандемии COVID-19 // Вестник РГГУ. Серия «Философия. Социология. Искусствоведение». – 2021. – № 1. – С. 111-123.
4. Психология девиантного поведения: учебное пособие. / С.Н. Дубинин, Р.А. Назмутдинов, Б.К. Каирова – Костанай: Костан. гос. ун-т, 2019. – 144 с.
5. Дериш Ф.В. Темная тетрада личности: обзор современных исследований // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2021. – № 2. – С. 222-235.
6. Sifneos P. The Prevalence of «Alexithymic» Characteristics in Psychosomatic Patients // Psychotherapy and Psychosomatics – 1973. – Vol. 22. – P. 255-262.
7. Знаков В.В. Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования // Психологический журнал. – 2000. – Том 21, № 5. – С. 16-22.
8. Ковачев О.В. Посттравматические стрессовые расстройства потерпевших от преступлений и других экстремальных ситуаций // Прикладная юридическая психология. – 2009. – № 2. – С. 24-37.
9. Куфтяк Е.В., Слюсарев А.С., Козлов М.Ю. Связь «темной триады» и нарушенного типа привязанности во взрослом возрасте у пациентов с депрессивным эпизодом (пилотное исследование) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2022. – Т. 14, № 4. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 16.06.2024).
10. Борохов Б., Борохов А. Жестокость как мета-когнитивный механизм саморегуляции [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 1(42). – С. 4. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 16.06.2024).
11. Hornsvelt R., Kraaimaat H.J. Alexithymia in Dutch violent forensic psychiatric outpatients. // Psychology, Crime & Law. – 2019. Vol. 18, is 9, – P. 833– 846.
12. Jonason P.K., Duineveld J.J., Middleton J.P. Pathology, pseudopathology, and the Dark Triad of personality // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol 78. – P. 43-47.
13. Litwack T.R., Schlesinger L.B. Assessing and predicting violence: Research, law, and applications // I.B. Weiner, & A.K. Hess, Handbook of forensic psychology. – 1987. – Vol 5 – P. 205–257.

14. Bartlett C.P. Exploring the correlations between emerging adulthood, Dark Triad traits, and aggressive behavior // Personality and Individual Differences. – 2016. – Vol 101. – P. 293-298.
15. Фурманов И.А. Проявления психологического насилия в супружеских отношениях // Журнал практического психолога. – 2006. – № 6. – С. 27-33.
16. Егорова М.С., Ситникова М.А. Темная триада [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2014. – Т. 7, № 38. – С. 12. – URL: <http://psystudy.ru> (датаобращения: 16.06.2024).
17. Pailing A., Boon J., Egan V. Personality, the Dark Triad and violence // Personality and Individual Differences. – 2014. – V. 67. – P. 81-86.
18. Unpacking more «evil»: What is at the core of the dark tetrad? / A. Book, B.A. Visser, J. Blais [et al.] // Personality and Individual Differences. – 2016. – V. 90. – P. 269-272.
19. Дериш Ф.В. Симптомокомплекс «Тёмная триада» во взаимосвязи с базовыми свойствами личности // Вестник Пермского. гос. университета. Психологические исследования. – 2015. – №43. – С. 18-27.
20. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
21. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах. Пособие для врачей и медицинских психологов. НИПНИ им. Бехтерева. / Ереско Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В. [и др.]. – СПб.: Издательский центр отделения научно-медицинской информации, 2005. – 25 с.
22. Остапчук С.В. Противодействие домашнему насилию: учеб. -метод. комплекс. – Новополюцк: Полоц. гос. ун-т, 2016. – 120 с.

References

1. Gerasimova A.A. Patterns of Mental Health Hotline Calls during and before Pandemic. Counseling Psychology and Psychotherapy, 2020, vol. 28, no. 2, pp. 109–119. (In Russ.).
2. Stoyanova I.Ya., Gutkevich E.V., Lebedeva V.F., Ivanova A.A., Bokhan N.A. Psychological factors causing transnational hazard to the public mental health during a pandemic. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry, 2022, vol. 1, no. 114, pp. 46-56 (In Russ.).
3. Rostovskaya T.K., Bezverbnaya N.A. Rising domestic violence during emergencies and the COVID-19 pandemic. RSUH/RGGU Bulletin. Series Philosophy. Social Studies. Art Studies, 2021, vol. 1, pp. 111-123. (In Russ.).
4. Dubinin S.N., Nazmutdinov R.A., Kairova B.K. Psikhologiya deviantnogo povedeniia: uchebnoe posobie. Kostanai: Kostan. gos. un-t, 2019. 144 p (In Russ.).
5. Derish F.V. The Dark Tetrad of personality: review of recent research. PermUniversity Herald. Philosophy. Psychology. Sociology, 2021, no. 2, pp. 222-235 (In Russ.).
6. Sifneos P. The Prevalence of «Alexithymic» Characteristics in Psychosomatic Patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, vol. 22, pp. 255-262.
7. Znakov V.V. Makiavellizm: psikhologicheskoe svoistvo lichnosti i metodika ego issledovaniia. Psikhologicheskii zhurnal, 2000, vol. 21, no. 5, pp. 16-22 (In Russ.).
8. Kovachev O.V. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva poterpevshikh ot prestuplenii i drugikh ekstremal'nyi situatsii. Prikladnaia iuridicheskaiia psikhologiya, 2009, no. 2, pp. 24-37 (In Russ.).
9. Kuftyak E.V., Slyusarev A.S., Kozlov M.Y., Ivanickaya E.D. The relationship between impaired attachment and the dark triad in patients with depressive episode disorder (pilot study). Med. psihol. Ross., 2022, vol. 14, no. 4. (In Russ.).
10. Borokhov B., Borokhov A. Z Cruelty as meta-cognitive mechanism of self-regulation. Med. psihol. Ross., 2017, vol. 9, no. 1(42), p. 4 (In Russ.).
11. Hornsveld R., Kraaimaat H.J. Alexithymia in Dutch violent forensic psychiatric outpatients. Psychology, Crime & Law, 2019, vol. 18, no. 9, pp. 833- 846.
12. Jonason P.K., Duineveld J.J., Middleton J.P. Pathology, pseudopathology, and the Dark Triad of personality. Personality and Individual Differences, 2015, vol. 78, pp. 43-47.
13. Litwack T.R., Schlesinger L.B. Assessing and predicting violence: Research, law, and applications. in I.B. Weiner, & A.K. Hess, Handbook of forensic psychology, 1987, vol. 5, pp. 205-257.
14. Bartlett C.P. Exploring the correlations between emerging adulthood, Dark Triad traits, and aggressive behavior. Personality and Individual Differences, 2016, vol. 101, pp. 293-298.

15. Furmanov I.A. Proizvoleniia psikhologicheskogo nasiliia v supruzheskikh otnosheniakh. Zhurnal prakticheskogo psikhologa, 2006, no. 6, pp. 27–33 (In Russ.).
16. Egorova M.S., Sitnikova M.A. Temnaia triada. Psikhologicheskie issledovaniia, 2014, vol. 7, no. 38, pp. 12 (In Russ.).
17. Pailing A., Boon J., Egan V. Personality, the Dark Triad and violence. Personality and Individual Differences, 2014, vol. 67, pp. 81–86.
18. Book A., Visser B.A., Blais J. [et al.] Unpacking more «evil»: What is at the core of the dark tetrad? Personality and Individual Differences, 2016, vol. 90, pp. 269–272.
19. Derish F.V. Simptomokompleks «Temnaia triada» vo vzaimosviazi s bazovymi svoistvami lichnosti. Vesnik Permskogo. gos. universiteta. Psikhologicheskie issledovaniia, 2015, №43, pp. 18–27 (In Russ.).
20. Mendelevich V.D. Psikhologii deviantnogo povedeniia. Uchebnoe posobie. SPb.: Rech', 2005. 445 p. (In Russ.).
21. Eres'ko D. B., Isurina G. L., Kaidanovskaia E. V. [et al.] Aleksitimii i metody ee opredeleniia pri pograniichnykh psikhosomaticheskikh rasstroistvakh. Posobie dlia vrachei i meditsinskikh psikhologov. NIPNI im. Bekhtereva. SPb.: Izdatel'skii tsentr otdeleniia nauchno-meditsinskoi informatsii, 2005. 25 p. (In Russ.).
22. Ostapchuk S.V. Protivodeistvie domashnemu nasiliu: ucheb. -metod. kompleks. Novopolotsk: Polots. gos. un-t, 2016. 120 p. (In Russ.).

“DARK TRIAD” AND ALEXITHYMIA IN MEN WITH A TENDENCY TO DOMESTIC VIOLENCE

Muskhanova E. V

E-mail: k_evgeniyaa@mail.ru

Stoyanova I. Ya

E-mail: Ithka1948@mail.ru.

Leshchinskaia S. B. (Tomsk, Russia)

E-mail: s_leschins94@mail.ru.

Abstract

Currently, there is an increase in the prevalence of domestic violence against women. In most studies, characteristics of victims of violence are investigated, while the negative personality traits (narcissism, Machiavellianism, psychopathy) of people who perform violence, as well as their alexithymia, remain insufficiently studied. The purpose of the present study is to assess Machiavellianism, narcissism, psychopathy, and alexithymia in men with a tendency to perform domestic (psychological, physical, economic, social) violence, in comparison with the men who do not perform violence. The sample included 70 men aged 18 to 55 years working on a rotational basis. The majority of respondents were in an official (37.5%) or civil marriage (38.9%) at the time of the study. The psychological characteristics of men who perform domestic violence against women (main group) and men without violent acts and beliefs about the need to use violence (control group) were compared. The following questionnaires were used: the questionnaire about the tendency and manifestation of domestic violence against women developed by the authors; the short form of the “Dark Triad” questionnaire (M. S. Egorova, O. V. Parshikova, M. A. Sitnikova); Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) (adapted by the V. M. Bekhterev Institute). Results. Men who performed domestic violence showed a significantly higher level of dark triad and alexithymia compared to men who were not prone to violence. A relationship between the level of the dark triad and alexithymia with certain types of family violence was identified: physical violence - alexithymia, psychopathic manifestations, economic - alexithymia and Machiavellianism, psychological - alexithymia, Machiavellianism, psychopathy. There were no significant differences between groups regarding sexual violence.

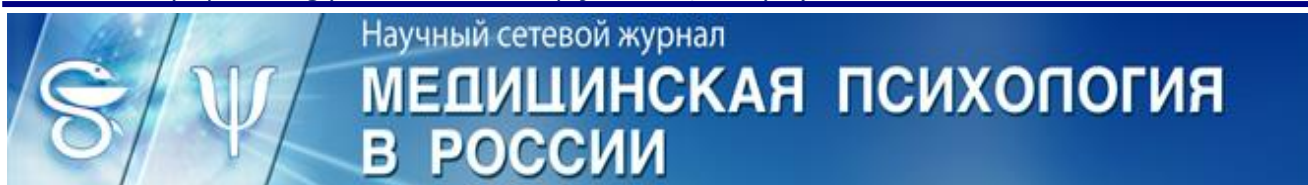
Key words: domestic violence, aggressor, dark triad, Machiavellianism, psychopathy, narcissism, alexithymia

For citation

Muskhanova E.V., Stoyanova I.Ya., Leshchinskaya S.B. “Dark triad” and manifestations of Alexithymia in men with a tendency to domestic violence // Medical psychology in Russia: network scientific. Magazine – 2024. – T. 16, No. 1(82). – P. 5. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (access date: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 202



УДК 614.23

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТИЛИ ЛИДЕРСТВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Твилле П.С., Мецгер А.В. (Москва, Россия)



Твилле Полина Сергеевна

Кандидат медицинских наук, ассистент Института лидерства и управления здравоохранением; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Александра Солженицына, д.28 с.1, Москва, 109004, Россия.
E-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru



Мецгер Анна Викторовна

Ассистент Института лидерства и управления здравоохранением; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Александра Солженицына, д.28 с.1, Москва, 109004, Россия.
E-mail: metsger_a_v@staff.sechenov.ru

Аннотация. В условиях глобальных вызовов медицинским организациям необходимо адаптироваться к постоянным переменам, что в первую очередь требует высокого уровня профессиональных компетенций управленческих кадров системы здравоохранения и трансформации их стилей управления.

Целью данного исследования является описание психологических и профессиональных особенностей слушателей образовательных программ Института лидерства и управления здравоохранением (Сеченовский Университет) – лидера в подготовке управленческих кадров для здравоохранения. Опросное исследование выполнено с помощью платформы Яндекс-формы (Yandex Forms). В исследовании приняли участие 27 респондентов.

Результаты. Большинство руководителей сегодня выбирают более демократические стили управления, так, 29, 6% респондентов предпочитают динамический стиль руководства, еще треть (29, 6%) придерживаются партнерского стиля, 18, 5% — демократического, 11, 1% — либерального. Помимо стиля управления важными характеристиками руководителя являются критическое мышление, развитый социальный и эмоциональный интеллект, коммуникативные навыки, гибкость и готовность меняться, а также креативность.

Заключение. Результаты опроса показывают, что современный управленец в здравоохранении — это не только профессионал своего дела, но и чуткий руководитель с развитым эмоциональным интеллектом, придерживающийся партнерского стиля управления и учитывающий потребности не только пациентов, но и своей команды.

Ключевые слова: управленческие кадры, руководители, система здравоохранения, лидерство в здравоохранении, стили лидерства.

Для цитаты Твилле П.С., Мецгер А.В. Профессиональные особенности и стили лидерства управленческих кадров системы здравоохранения // Медицинская психология в России: сетевой науч. Журн. – 2024. – Т. 16, № 1(82). – С. 6. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение.

В условиях глобальных вызовов медицинским организациям необходимо адаптироваться к постоянным переменам. В связи с чем системе здравоохранения требуются профессиональные организаторы здравоохранения, обладающие знаниями и навыками как в клинической медицине, так и в управлении, и способные эффективно руководить медицинскими организациями, внедрять инновационные подходы, тем самым обеспечивая высокое качество медицинской помощи. Управленческие кадры в системе здравоохранения занимают ключевые позиции, влияя на эффективность и качество медицинской помощи, организацию и управление ресурсами, а также на стратегическое развитие отрасли в целом. При этом, несмотря на престижный статус руководителя и конкурентную заработную плату, система здравоохранения испытывает значительный кадровый дефицит управленцев – укомплектованность системы здравоохранения врачами-организаторами здравоохранения составляет только 88, 5% [11].

На сегодняшний день доля врачей-организаторов здравоохранения среди врачей составляет 2, 5%, а среди всех специалистов, занятых в области здравоохранения – всего лишь 0,5 % из более чем 3,5 млн. медицинских работников [11, 1]. Согласно статистическим данным, опубликованным ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, в 2023 году общая численность врачей-организаторов здравоохранения в абсолютных значениях составила 17946 человек [5]. По сравнению с 2013 годом численность врачей-организаторов здравоохранения сократилась почти в два раза с 30564 человек до уже упомянутых 17946 человек. Отток управленческих кадров из системы здравоохранения во многом можно объяснить высоким уровнем требований к профессиональным компетенциям руководителей.

Согласно действующему профессиональному стандарту «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», врач-организатор здравоохранения должен обладать широчайшим спектром умений и компетенций, в том числе в области организационной психологии, конфликтологии и управления персоналом [9]. Взаимодействие с людьми и управление командой являются сложными аспектами организационной работы для любого руководителя и требуют не только профессиональных знаний, но и психологической зрелости руководителя. Показано, что чем больше развиты лидерские качества у руководителей, тем меньше они подвержены синдрому профессионального выгорания, в том числе циничному отношению к работе и низкой профессиональной самооценке [10].

В целом, психологические особенности личности, такие как темперамент, характер, эмоционально-волевые качества, познавательные процессы и способности, являются важными предпосылками успешной деятельности управленческих кадров. В частности, для руководителей важны компетенции в области психологии, так как именно управленцы создают социально-психологический климат в коллективе, при этом одним из ключевых аспектов данной ежедневной работы является индивидуальный стиль управления руководителя [3].

Руководитель может использовать разные стили для управления коллективом, наиболее часто встречаются следующие стили управления: авторитарный, либеральный, демократический, концептуализированные социальным психологом Куртом Левином [6].

Другие исследователи также выделяют динамичный и смешанный стили [3].

1. **Авторитарный стиль** управления характеризуется тем, что руководитель принимает решения, основываясь исключительно на своих убеждениях, целях и интересах, практически не консультируясь с коллективом. В реализации своих решений он занимает жёсткую позицию, активно применяя административные и психологические методы воздействия. Такой руководитель всегда уверен в своей правоте и опирается на собственные знания и умения.

2. *Либеральный стиль* управления предполагает, что руководитель ориентируется на цели и интересы отдельных групп коллектива при принятии решений. Он делегирует полномочия подчиненным, минимизируя своё участие в управленческом процессе, что способствует развитию у подчинённых креативности и инициативности, а также повышению их ответственности.
3. *Демократический стиль* управления характеризуется участием всего коллектива в процессе принятия решений.
4. *Динамичный стиль* управления определяется творческим подходом к решению задач, готовностью разумно рисковать, предприимчивостью и деловитостью, а также опорой на мнение коллектива.
5. *Смешанный стиль* управления представляет собой сочетание трёх вышеупомянутых стилей и адаптируется в зависимости от конкретной ситуации и уровня автономности подчинённых.

Выбор стиля управления во многом зависит от сложившихся отношений между руководителем и коллективом, а также личных особенностей и предпочтений руководителя [4]. Психологическая компетентность и конструктивное использование внутренних ресурсов важны руководителям не только для управления коллективом, но и в том числе, и для их самореализации и достижения профессиональных целей [7]. В связи с этим, профессиональное саморазвитие и повышение психологической компетентности является важной задачей для управленцев. Согласно некоторым авторам, успешного руководителя отличают следующие развитые личностные качества: умение добиваться поставленных целей, готовность к разумному риску, стремление к успеху, способность к доминированию в экстремальных условиях, самодостаточность, системное мышление, стрессоустойчивость [8].

Отечественными авторами разработана модель психологической компетентности руководителя медицинской организации, которая включает в себя в том числе и эмоционально-волевой компонент, а именно совокупность психологической стабильности в различных условиях профессиональной деятельности, настойчивости в достижении цели и независимой линии поведения [2].

Развитие и совершенствование личностных качеств должно быть неотъемлемой частью обучения, профессионального роста и повышения квалификации руководителей медицинских организаций, что определяет междисциплинарный характер подготовки управленцев в здравоохранении. Врачи-специалисты, получившие высшее медицинское образование и практикующие как клиницисты, при переходе на должность управленца должны выйти за рамки своего привычного профессионального кода и освоить абсолютно новые для себя дисциплины, в том числе организационную и медицинскую психологию для эффективного руководства коллективом и взаимодействия с пациентами вверенной им медицинской организации. Поэтому изучение психологических особенностей, в том числе стилей лидерства, в контексте профессиональной деятельности управленческих кадров здравоохранения позволяет выявить ключевые факторы, способствующие эффективному управлению и повышению качества медицинской помощи, что определяет актуальность настоящего исследования.

Таким образом, при подготовке управленческих кадров системы здравоохранения важно оценивать их психологические особенности и профессиональные установки.

Целью данного исследования является выявление и описание психологических и профессиональных особенностей слушателей программ дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественного здоровья».

Материалы и методы. Опросное исследование проведено на базе Института лидерства и управления здравоохранением среди слушателей программ дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественного здоровья» ($n = 27$), проходивших обучение в 2024 году. Электронный опрос проведен с помощью платформы Яндекс-формы (Yandex Forms), анкетирование носило анонимный характер, персональные данные респондентов не собирались. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech (разработчик — ООО «Статтех», Россия). Полученные показатели описаны в абсолютных значениях и процентных долях (%).

Описание выборки респондентов

Из 27 респондентов, принявших участие в опросе, большинство (96,3%) были женщинами, 3,7% - мужчинами. Анализ возрастной структуры показал, что преобладающей возрастной группой является от 31 до 50 лет, составляющий 70,3% от общего числа респондентов. Второй по частоте представленной возрастной категории была группа респондентов в возрасте от 51 до 70 лет, которая составляла 25,9%. Респонденты молодого

возраста (от 23 до 30 лет) составили всего лишь 3, 7% от общего числа респондентов. Среди респондентов с базовым высшим образованием специалитет «Лечебное дело» закончили 66,7%, «Педиатрия» - 18,5%, «Медико-профилактическое дело» - 3,7%, а остальные 11,1% имеют другое базовое высшее образование. При этом второе высшее образование имеют только 11, 1% опрошенных: в выборке представлены два респондента, имеющие высшее юридическое образование, один респондент имел высшее экономическое образование. Ученую степень на момент опроса имели 18, 5% респондентов.

Результаты. Анализ общего стажа работы принявших в исследовании медицинских специалистов показал, что 25,9% респондентов имели стаж работы от 15 до 19 лет, что является наиболее распространенной категорией. Второе место занимает группа со стажем от 5 до 9 лет, составляющая 22, 2%. Далее следуют категории со стажем от 10 до 14 лет (18, 5%) и более 25 лет (18, 5%). Меньшая доля респондентов, 14,8%, имеет стаж работы от 20 до 24 лет, а 0% — менее 5 лет. Согласно полученным данным, 63% респондентов работают в частных медицинских организациях, а 37% — в бюджетных. Среди представителей бюджетных организаций 18, 5% работают в поликлиниках, и 18, 5% — в многопрофильных медицинских центрах. Таким образом, выборка респондентов была в целом представлена стажированными медицинскими работниками, что характерно для обучающихся по программам специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Подавляющее большинство опрошенных составляли стажированные управленческие кадры системы здравоохранения. Среди респондентов 48,2% занимают должность руководителя медицинской организации, 29,6% заместителя руководителей, 11,1% заведующий структурным подразделением медицинской организации, 11,1%-врачи, 3,7%-специалисты органа управления здравоохранением (Рис. 1).



Рис.1 – Распределение респондентов в соответствии с занимаемыми должностями, в %

Далее нами была оценена профессиональная траектория управленческих кадров системы здравоохранения, принявших участие в опросе. Только 77, 8% респондентов сами стремились занять руководящую должность. Большинство врачей (66, 7%) пришло к руководящей должности самостоятельно, 18, 5% — по настоянию руководства медицинской организации, в которой работали на момент назначения. Остальные 14, 8% назначены на руководящую должность «по приглашению», будучи в тот момент сотрудниками другой медицинской организации. Несмотря на значимый стаж работы в здравоохранении среди респондентов, описанный выше, большинство респондентов не имеют большого опыта руководства. Согласно данным опроса, среди управленческих кадров медицинских организаций 59,3% имеют стаж работы в должности управленца до 5 лет, 22,2% — от 5 до 9

лет, только 11,1% руководят более 10 лет. При этом, 33,3% респондентов заняли руководящую должность в течение первых 5 лет после начала практической деятельности, 29,6% — через 5-9 лет, 18,5% — через 10-14 лет, 11,1% — через 20-24 года, и 7,4% — через 15-19 лет. Результаты опроса показали, что четверть респондентов (25,9%) руководят коллективом до 5 человек, треть (29,6%) — коллективом до 10 человек, еще четверть (25,9%) — от 11 до 20 человек, только 7,4% имеют в подчинении более 20 человек. Среди респондентов 40,7% указали, что имеют совместительство. Из тех, кто имеет совместительство, большинство совмещают руководящую должность с работой в качестве практикующих врачей или преподавателей по соответствующим медицинским специальностям.

Таким образом, профессиональная группа управленческих кадров в системе здравоохранения неоднородна в отношении как опыта управления, так и масштаба возглавляемого коллектива, а также имеет сложную структуру должностей разного уровня. В связи с чем возникает вопрос, как данные особенности отражаются на стиле лидерства респондентов и других их психологических особенностях, и профессиональных установках.

Стили лидерства управленческих кадров системы здравоохранения

Согласно результатам опроса треть респондентов (29,6%) предпочитают динамический стиль руководства, еще треть (29,6%) придерживаются партнерского стиля, 18,5% — демократического, 11,1% — либерального, 7,4% — авторитарного, и 3,7% не могут определить свой стиль руководства (Рис. 2).

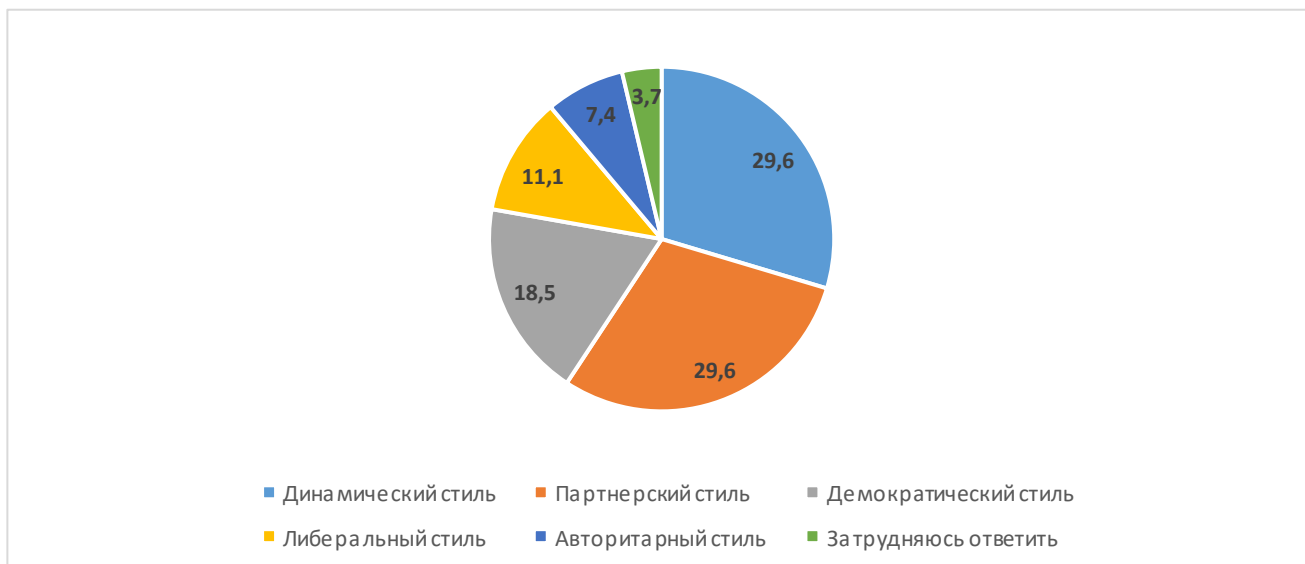


Рис. 2 – Предпочитаемые стили лидерства среди управленческих кадров системы здравоохранения, в %.

Ответы респондентов в данном исследовании совпадают с трендом в изменении подходов к управлению – в последние годы в системе здравоохранения наблюдается все больше управленческих кадров, отдающих предпочтение демократическим/партнерским стилям руководства, растет запрос на тренинги по командообразованию, проведение стратегических сессий совместно с коллективом. Что свидетельствует о желании руководителей принимать, если не совместные решения с подчиненными, то по крайней мере с учетом их мнения. В целом демократические/партнерские стили управления выгодны руководителям по двум основным причинам:

1) демократические и партнерские стили управления в системе здравоохранения положительно влияют на мотивацию и удовлетворенность персонала, что в свою очередь повышает работу медицинской организации;

2) в условиях современных вызовов и быстро меняющейся среды здравоохранения такие подходы к управлению становятся особенно актуальными и востребованными ввиду своей гибкости.

Подобные «сдвиги парадигмы» наблюдаются и во мнениях медицинских работников о наиболее эффективном, а значит наиболее предпочтительном руководителе медицинской организации. Среди управленческих кадров системы здравоохранения, согласно данным

опроса, пол руководителя не важен для большинства (48,1%), они считают, что эффективным руководителем может быть, как мужчина, так и женщина, 33,3% считают, что наиболее эффективным руководителем всё же является мужчина, и 18,5% предпочли бы руководителя женщину. При этом большинство (48, 1%) придерживается мнения о том, что наиболее эффективные руководители – это управленцы среднего возраста от 45 до 54 лет. Треть (29, 6%) предпочли бы более молодого руководителя – от 35 до 44 лет. Только 7, 4% хотели бы, чтобы их руководитель был бы старше 55 лет.

Можно предположить, что позиция респондентов относительно идеального возраста для руководителей связана с тем, что более половины из них (55,6%) уверены, что лидерству надо дополнительно обучаться, а значит на то, чтобы стать лидером нужно время. При этом треть опрошенных (29, 6%) придерживается мнения о том, что лидерами рождаются и научиться этому невозможно. Еще 14, 8% испытывают затруднения с ответом на данный вопрос.

Помимо лидерского потенциала, согласно мнению респондентов, современный руководитель должен обладать и рядом других важных качеств. К ним относятся критическое мышление (19, 5%), социальный и эмоциональный интеллект (17, 8%), коммуникативные навыки (17, 8%), гибкость и готовность меняться (16, 9%), цифровая грамотность (15, 3%), а также креативность (11%).

Приоритетность развитого эмоционального интеллекта и коммуникативных навыков, занявших второе и третье места в списке важных качеств руководителя в здравоохранении, соответственно, можно объяснить тем, что большую часть работы руководителя составляет общение с другими людьми. По результатам опроса, только у 25,9% респондентов не возникает сложностей при работе с кем-либо в их окружении. 18,5% указали, что им сложно работать и коммуницировать со своим непосредственным руководителем, 14,8% сложнее всего дается работа с врачами, еще 14,8% – со средним медицинским персоналом. 11, 1% испытывают сложности при работе с родственниками пациентов, в то время 3, 7% вообще считают, что сложно работать со всеми.

Результаты опроса показывают, что современный управленец в здравоохранении — это не только профессионал своего дела, но и чуткий руководитель с развитым эмоциональным интеллектом, придерживающийся партнерского стиля управления и учитывающий потребности не только пациентов, но и своей команды.

Отношение к работе руководителем и профессиональные перспективы

По мнению 96,3% респондентов, специальность врач-организатор здравоохранения является крайне востребованной в отрасли. При этом стоит отметить, что респонденты, сами являющиеся управленцами в здравоохранении, продемонстрировали высокую приверженность профессии. Согласно результатам опроса, 77,8% респондентов не хотят менять место работы, 22,2% хотели бы перевестись в другую медицинскую организацию, тогда как никто не выразил желания уйти из сферы здравоохранения или вернуться к исключительно практической клинической работе. О высокой приверженности своей работе говорят и следующие результаты: по данным опроса, если бы у респондентов был выбор, 77,8% вновь прошли бы обучение по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» чтобы стать управленцами в системе здравоохранения, 18,5% затрудняются ответить, и только 3,7% не выбрали бы данную специальность снова.

Немаловажным аспектом удовлетворенности работой и приверженности ей является оплата труда. По данным опроса, 37% респондентов удовлетворены уровнем оплаты труда, столько же (37%) не удовлетворены, и 25,9% затрудняются с ответом на этот вопрос. Результаты опроса об уровне профессионального выгорания, ранжированного от 0 (нет выгорания) до 10 (максимальное выгорание), по субъективному ощущению самих респондентов, распределились следующим образом: 0-2 балла (37, 3%); 3-4 балла 42, 8%; 5-6 баллов (10, 7%). Больше, чем на 6 баллов, свой уровень профессионального выгорания не оценил никто из респондентов.

Однако приверженность своей работе не является признаком отсутствия желания «вертикального» роста. Так, по результатам опроса, 88, 9% респондентов ответили, что считают себя амбициозными людьми и хотели бы проявить себя в профессиональной сфере. При этом на вопрос об удовлетворенности своей должностью, 77,8% респондентов ответили утвердительно, в то время как 18,5% считают, что заслуживают большего и «переросли» текущую позицию.

Среди профессиональных амбиций, которые хотели бы реализовать респонденты, большинство (40,7%) отметили создание лучшей медицинской организации в субъекте – лидера регионального здравоохранения. По результатам опроса, 56, 1% респондентов

находятся на этапе разработки стратегии развития своей медицинской организации. 14, 8% уже разработали данную стратегию и начали ее реализацию, в то время как 3, 7% не считают нужным её разрабатывать. Помимо развития в качестве руководителя медицинской организации, 14,8% респондентов видят перспективы своей реализации в клинической работе и стремятся стать лучшими практикующими врачами по своей специальности, еще 7,4% участников опроса нацелены на занятие руководящей должности в региональном Министерстве здравоохранения или Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Заключение. В условиях современных вызовов, стоящих перед системой здравоохранения, укрепления кадрового потенциала руководителей здравоохранения является стратегически важной задачей. При этом важно развивать не только «жесткие» отраслевые профессиональные компетенции, но и «гибкие» навыки, заключающиеся в развитом эмоциональном интеллекте и умении налаживать эффективную коммуникацию. Преобладание демократических стилей лидерства и партнерских отношений с подчиненными становится критически важным для создания благоприятной рабочей среды. Такие подходы способствуют повышению мотивации и удовлетворенности работников, что напрямую влияет на качество медицинских услуг и общую эффективность работы медицинских организаций. Более того, они способствуют активному вовлечению персонала в процесс принятия решений и стимулируют внедрение инноваций и улучшений. Усиление «гибких» навыков руководителей может способствовать в том числе увеличению их приверженности профессии и реализации их амбициозных планов по развитию здравоохранения на уровне отдельных медицинских организаций, регионов и системы здравоохранения страны в целом.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Росстат. - М., 2023. - 179 с.
2. Катахова С.С., Семчук И.В. Подходы к исследованию психологической компетентности руководителя медицинского учреждения // Проблемы современного образования. 2019. №4.
3. Катахова, С. С. Формирование психологической компетенции как интегративной составляющей управленческой компетентности руководителя в системе здравоохранения / С. С. Катахова // Человеческий капитал. - 2018. - № 9(117). - С. 125-131. - EDN UYUJYV.
4. Кляритская, И. Л. Развитие профессиональной компетентности руководителей и специалистов медицинских организаций / И. Л. Кляритская, В. И. Колесник // Крымский терапевтический журнал. - 2019. - № 1. - С. 51-55. - EDN OBOPTP.
5. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. 1 часть. Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России. 2023; 292 с. ISBN 978-5-94116-124-9.
6. Левин К. Разрешение социальных конфликтов / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2000. 408 с.
7. Лившиц, С. А. Основные направления формирования эффективного руководства и стили руководства медицинской организацией / С. А. Лившиц, А. Н. Гуров // Менеджер здравоохранения. - 2017. - № 3. - С. 55-62. - EDN YKSNTF.
8. Носс, И. Н. Индивидуально-типологические особенности руководителей региональных медицинских учреждений санаторно-курортного профиля / И. Н. Носс, Т. Н. Кабанова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. - 2021. - Т. 21, № 2. - С. 195-200. - DOI 10.18500/1819-7671-2021-21-2-195-200. - EDN MSFFDU.
9. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 7 ноября 2017 г. № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья».
10. Твилле, П. С. Особенности синдрома эмоционального выгорания управленческих кадров системы здравоохранения / П. С. Твилле, Т. Л. Савинова, Р. А. Хальфин и др. // Здоровье мегаполиса. - 2023. - Т. 4, вып. 3. - С. 13-25. - DOI: 10.47619/2713-2617
11. Форма федерального статистического наблюдения №30 "СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ" за 2022 год, Росстат.

References

1. Zdravookhranenie v Rossii. 2023: Stat.sb. /Rosstat. - M. 2023. - 179 c.
2. Katakova S.S., Semchuk I.V. Approaches to the study of psychological competence of the head of a medical institution // Problems of modern education. 2019. №4.

3. Katakova, S. S. Formation of psychological competence as an integrative component of managerial competence of a manager in the health care system / S. S. Katakova // Human Capital. - 2018. - № 9(117). - С. 125-131. - EDN UYUJYV.
4. Klyaritskaya, I. L. Development of professional competence of managers and specialists of medical organizations / I. L. Klyaritskaya, V. I. Kolesnik // Crimean Therapeutic Journal. - 2019. - № 1. - С. 51-55. - EDN OBOPTP.
5. Kotova E.G., Kobayakova O.S., Starodubov V.I. et al. Resources and activities of medical organizations of health care. 1 part. Medical personnel: statistical materials. Moscow: FRIHOI of MoH of Russia. 2023; 292 с. ISBN 978-5-94116-124-9.
6. Levin K. Resolution of social conflicts / Per. from Engl. SPb.: Rech, 2000. 408 с.
7. Livshits, S. A. Main directions of effective leadership formation and leadership styles of a medical organization / S. A. Livshits, A. N. Gurov // Healthcare Manager. - 2017. - № 3. - С. 55-62. - EDN YKSNTN.
8. Noss, I. N. Individual-typological features of heads of regional medical institutions of sanatorium-resort profile / I. N. Noss, T. N. Kabanova // Izvestia Saratov University. New series. Series: Philosophy.Psychology.Pedagogy. - 2021. - Т. 21, № 2. - С. 195-200. - DOI 10.18500/1819-7671-2021-21-2-2-195-200. - EDN MSFFDU.
9. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation from November 7, 2017 No. 768n "On approval of the professional standard 'Specialist in the field of health care organization and public health'".
10. Tuillet P. S. Features of the emotional burnout syndrome of managerial staff of the health care system / P. S. Tuillet, T. L. Savinova, R. A. Khalfin et al. // Health of megapolis. - 2023. - Vol. 4, vol. 3. - P. 13-25. - DOI: 10.47619/2713-2617
11. Federal statistical observation form No. 30 "INFORMATION ON MEDICAL ORGANIZATION" for 2022, Rosstat.

**Institute of Leadership and Health Management of the I.M. Sechenov First
Moscow State Medical University (Sechenov University)**

Tuillet P.S.

E-mail: tuillet_p_s@staff.sechenov.ru

Metsger A.V.

E-mail: metsger_a_v@staff.sechenov.ru

Aleksandra Solzhenicyna

str., 28/1, Moscow, 109004, Russia

Phone: +7 (499) 763-68-05 E-mail: info@hsha.ru

Abstract. Introduction. In the face of global challenges, medical organizations need to adapt to constant changes, primarily related to the transformation of healthcare managers and their leadership styles. **The aim of this study** is to describe the psychological and professional characteristics of the individuals enrolled in the educational programs of the Institute of Leadership and Healthcare Management, a leader institution providing training healthcare managers. **Materials and Methods.** The survey study was conducted using the Yandex Forms platform. A total of 27 respondents participated in the study. **Results.** Most healthcare leaders choose democratic management styles: 29.6% of respondents prefer a dynamic leadership style, another third (29.6%) adhere to a partnership style, 18.5% prefer a democratic style, and 11.1% follow a liberal style. In addition to management style, important characteristics of a leader include critical thinking, developed social and emotional intelligence, communication skills, flexibility and readiness to adapt, as well as creativity. **Conclusion.** The survey results indicate that the modern healthcare manager is not only a professional but also a distinguished leader with developed emotional intelligence who adheres to a partnership management style and considers the needs of both patients and their team.

Key words: managerial personnel, managers, healthcare system, leadership in healthcare, leadership styles.

For citation

Twille P.S., Metzger A.V. Professional characteristics and leadership styles of management personnel of the healthcare system // Medical psychology in Russia: network scientific. Journal – 2024. – Т. 16, No. 1(82). – P. 6. – URL: <https://mprj.elpub.ru/jour> (access date: hh.mm.yyyy).

Дата принятия 01.02.2024.

Accepted for publication 01.02.2024.for all articles № 1(82) 2024