

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

- | | | | |
|----|----------------------------------|--|-------|
| 1. | Зверева Н.В.
(Москва, Россия) | Владимир Иванович Лубовский и его значение для медицинской (клинической) и специальной психологии. К 100-летию со дня рождения | С.2-9 |
|----|----------------------------------|--|-------|

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

- | | | | |
|----|---|--|----------|
| 2. | Соловьева С.Л.
(Санкт-Петербург, Россия) | Почему врач умирает раньше своих больных | С. 10-20 |
| 3. | Ларских С.В.,
Ларских М.В.,
Михан О.Ю.,
Потапова О.Н.,
Железняков М.А.
(Воронеж, Россия) | Исследование эффективности междисциплинарной медицинской помощи комбатантам с ПТСР | С. 21-30 |

ПАТО- И НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

- | | | | |
|----|--|---|----------|
| 4. | Бузина Т.С.,
Кузовлев И.В.
(Москва, Россия) | Возможности теста Роршаха для диагностики нарциссических черт личности | С. 31-40 |
| 5. | Адеева Т.Н.,
Дятлова Е.Н.
(Кострома, Россия) | Симптоматика нарушений высших психических функций у младших школьников с трудностями обучения | С. 41-48 |

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ

- | | | | |
|----|----------------------------------|---|----------|
| 6. | Рычкова О.В.
(Москва, Россия) | Новый путь к наркотизации: использование студентами психоактивных веществ для улучшения когнитивных функций | С. 49-65 |
|----|----------------------------------|---|----------|



УДК 159.972

ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ ЛУБОВСКИЙ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ. К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Зверева Н.В. (Москва, Россия)



Зверева Наталья Владимировна

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии; Научный центр психического здоровья, Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-94; профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии; Московский государственный психолого-педагогический университет, ул. Сретенка, 29, Москва, 127051, Россия. Тел.: 8 (495) 632-91-99.
E-mail: nwzvereva@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена 100-летию со дня рождения выдающегося отечественного психолога, ученого с мировым именем, Владимира Ивановича Лубовского (1923—2017). Представлена краткая биография ученого, большая часть жизни которого прошла в бурные времена 20-го века. Проанализирована научная биография Владимира Ивановича, названы его учителя, коллеги, ученики, основные темы исследований, научные и практические достижения, вклад в создание отечественной специальной психологии и в развитие клинической психологии, обсуждены основные учебные и монографические работы. Владимир Иванович всю свою профессиональную жизнь работал в Москве — в Институте дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики), ведущих психологических и педагогических вузах Москвы на психологических и психолого-педагогических факультетах. Отдельно указан его вклад в развитие диагностических средств специальной и клинической психологии нашей страны, развитие общепсихологической теории аномального развития (дизонтогенеза).

Ключевые слова: Владимир Иванович Лубовский, специальная психология, клиническая психология, аномальные дети, психологическая диагностика, теория развития

Для цитаты Зверева Н.В. Владимир Иванович Лубовский и его значение для медицинской (клинической) и специальной психологии. К 100-летию со дня рождения // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 1. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).



Рис. 1. Владимир Иванович Лубовский (1923—2017)

Владимир Иванович Лубовский (1923—2017) — доктор психологических наук (1975), академик АПН СССР (1989), РАО (1993), профессор, столетие которого отмечает психологическая и педагогическая общественность, прожил долгую, сложную, насыщенную и плодотворную жизнь, значительная часть которой пришлось на непростые времена 20 века.

Его имя полноправно стоит в ряду классиков отечественной психологической науки — психологии аномального развития, детской клинической психологии, специальной психологии, где есть его современники — психиатры Г.Е. Сухарева, Т.П. Симсон, С.С. Мнухин, В.В. Ковалев, Г.К. Ушаков, М.Ш. Вроно, К.С. Лебединская; и современники — психологи — А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский, Ю.Ф. Поляков, И.И. Мамайчук, дефектологи М.С. Певзнер, Д.И. Азбукин, Т.А. Власова, Т.В. Розанова и этот ряд можно продолжить.

К 100-летию В.И. Лубовского важно вспомнить и его биографию, и его работы как выдающегося психолога, одного из создателей специальной психологии. Владимир Иванович — тонкий исследователь, выдающийся организатор и историк науки, прекрасный преподаватель. Внимательные читатели не пропустили мимо отличную статью коллеги, соавтора В.И. Лубовского — Т.А. Басиловой [1], а также подробный разбор его научной творческой биографии с позиций клинической психологии, сделанный медицинским психологом В.А. Худиком [2]. К 100-летию В.И. Лубовского был опубликован прекрасный материал И.А. Коробейникова, его многолетнего соратника по работе в психологии, а также в институте дефектологии [3].

В юбилейной статье невозможно обойтись без биографии юбиляра. Несколько слов о линии жизни и биографии Владимира Ивановича. Родился 15 декабря 1923 года в городе Витебске в семье учителей. Его мать, Евдокия Моисеевна, преподавала химию и биологию, а отец, Иван Порфирьевич, был учителем истории и белорусского языка. И.П. Лубовский много сделал для народного образования: в течение 4-х лет (1920—1924) он заведовал Витебским горотделом народного образования, был знаком с Марком Шагалом, великим художником, который в те же годы заведовал отделом культуры города. Семья, дом Лубовских в Витебске встречали многих выдающихся белорусских писателей, поэтов (Янка Купала, Якуб Колас, Кондрат Крапива). Этот яркий период жизни закончился трагически. В 1937 году Иван Порфирьевич Лубовский был репрессирован по сфабрикованному обвинению, расстрелян в декабре того же года, и только много лет спустя был полностью реабилитирован. После этих событий мать с сыном Владимиром переехала в Тульскую область. Закончив в 1941 году среднюю школу, Владимир Иванович готовился поступать в знаменитый в те времена ИФЛИ (Институт философии, литературы, истории), лучший гуманитарный вуз страны в то время. Однако начало Великой отечественной войны изменило линию жизни, и В.И. Лубовский ушел на фронт добровольцем, не дожидаясь призыва. Он воевал в пулеметном взводе. Во время боев под Сталинградом осенью 1942 года был тяжело ранен, но вернулся после лечения в строй и прошел всю войну до победного дня в подразделении связи, а сам день Победы встретил в Чехословакии, был демобилизован в конце 1945 года. Имеет ряд боевых наград, медаль «За Победу над Германией», дважды был награжден медалью «За боевые заслуги».

С 1946 года Владимир Иванович учится на философском факультете МГУ имени М.В. Ломоносова на кафедре психологии, его однокурсниками были ставшие впоследствии классиками отечественной психологии Н.И. Чуприкова, А.И. Мещеряков, Л.А. Венгер, Я.А. Пономарев. Еще будучи студентом, В.И. Лубовский заинтересовался проблемами мозговой организации психики и начал проводить исследования в области нейропсихологии под руководством А.Р. Лурии. В 1951 году В.И. Лубовский окончил отделение психологии философского факультета МГУ им. М.В. Ломоносова с отличием. Вот как описывает этот и следующий период жизни своего отца Дмитрий Владимирович Лубовский: «А.Р. Лурия предложил способному и трудолюбивому студенту поступить в аспирантуру. Работа над кандидатской диссертацией по нейропсихологии восприятия времени была прервана в конце 1952 года — на волне разворачивающегося «дела врачей-вредителей» лаборатория нейропсихологии в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко была закрыта, несмотря на то что в трудные послевоенные годы это был единственный в стране центр нейропсихологической диагностики и реабилитации. А.Р. Лурия и группа его молодых учеников, среди которых были О.С. Виноградова, В.И. Лубовский, А.И. Мещеряков, Е.Н. Правдина (Винарская), Е.Д. Хомская, переходят в Институт дефектологии АПН РСФСР, где создается сектор физиологии высшей нервной деятельности и психологии детей с нарушениями развития» [4, с. 8]. Более 40 лет В.И. Лубовский работал в Институте

дефектологии, а в 1986—1992 гг. был его директором, по отзывам коллег — прекрасным и демократичным. Свыше шестидесяти лет работы Владимира Ивановича в области дефектологии — специальной психологии — медицинской психологии принесли свои плоды, он внес неоценимый и глубокий вклад в теорию и практику деятельности психологов и дефектологов. Можно сказать, что с благословения А. Р. Лурии в Институте дефектологии начато широкомасштабное комплексное психолого-нейрофизиологическое изучение детей с различными вариантами нарушенного развития (дизонтогенеза). Это положило начало новой отрасли науки — специальной психологии — и самое активное участие в ее становлении принадлежит В. И. Лубов-скому. В 1955 году им была защищена кандидатская диссертация «Некоторые особенности совместной работы двух сигнальных систем в формировании двигательных реакций у детей-олигофренов», научный руководитель А. Р. Лурия, работа посвящена особенностям словесной регуляции действий у детей при олигофрении (по современной квалификации — детей с интеллектуальной или умственной недостаточностью). С течением времени круг научных интересов Владимира Ивановича расширяется, его внимание привлекают дети с задержками психического развития, вопросы диагностики нарушений и возможностей обучения, оказания коррекционно-развивающей помощи. В последующих работах была впервые представлена продуманная концепция общих и специфических закономерностей аномального развития, которая впоследствии стала признанной основой специальной психологии [5]. В 1975 году В. И. Лубовский защитил докторскую диссертацию «Развитие словесной регуляции действий у аномальных детей», в которой представил своего рода итог двадцатидвухлетней работы в дефектологии. Работа посвящена развитию словесной регуляции действий у детей в норме и при нарушениях развития, вскоре выходит монография, содержащая основные положения докторской диссертации [6]. Складывается научная школа, из которой в дальнейшем выйдут С. А. Домишневич, Э. П. Замбацян, И. А. Коробейников, В. А. Лони́на, Е. С. Слепович, Г. Б. Шаумаров, С. М. Валявко, Е. А. Екжанова, Г. Р. Новикова и ряд других психологов и дефектологов.

Владимир Иванович был последовательным первооткрывателем многих важнейших направлений научно-практической деятельности психологов и дефектологов. В 80-х гг. минувшего века внимание его научной школы сосредоточено на разработке психолого-педагогических основ обучения детей с нарушениями развития и диагностике аномального развития. Владимир Иванович в течение ряда лет выступал как эксперт ЮНЕСКО, ратовал за создание общего языка понятий и терминов для специальной психологии и дефектологии, принимал участие в издании соответствующего словаря [7]. Прекрасно владея английским языком и общаясь с ведущими мировыми специалистами, Владимир Иванович видел достоинства и недостатки отечественной науки и практики [8]. Для него становится очевидным отставание отечественной психологии в области, прежде всего, диагностики. В. И. Лубовский прилагал большие усилия, чтобы его преодолеть. Владимир Иванович, хорошо зная современную ему психометрику, способствовал проникновению в круг чтения и практических действий советских и российских психологов лучших зарубежных средств. Он консультирует А. Ю. Панасюка при разработке и стандартизации русскоязычного варианта теста Д. Векслера [9], становится инициатором перевода на русский язык учебника А. Анастаси «Психологическое тестирование» (1982 год, [10]). Осуществляет вместе с К. М. Гуревичем научное редактирование этого издания. Отдельной задачей в то время стало «пробивание» выхода перевода этой книги Анастаси, редакторам пришлось долго доказывать людям, от которых зависело издание книги, что издавать предполагается не «пропаганду буржуазных и лженаучных тестов», а необходимую отечественным психологам современную литературу по средствам диагностики в психологии.

С 1993 г. и до конца жизни основной для Владимира Ивановича становится преподавательская и научная деятельность в московских вузах — МГПИ и МГППУ. За долгую профессиональную жизнь Владимир Иванович не только преданно служил психологии и дефектологии, но много сделал для повышения международного авторитета отечественной науки в целом, воспитал плеяду учеников и последователей, фактически продолжил теоретическую линию Л. С. Выготского об основных закономерностях развития нормального и аномального ребенка, разрабатывал, адаптировал и систематизировал инструменты для диагностики и коррекции [11; 12; 13; 14].

Представим наследие В. И. Лубовского в виде направлений, касающихся детской клинической психологии, психологии аномального развития. Прежде всего, это четко сформулированные этические и научные принципы диагностики психического развития ребенка с особенностями/отставанием в развитии. В оценке таких детей важно учитывать

своеобразие психофизиологических и психических особенностей (трудности школьного обучения, сенсорная недостаточности, наличие нервно-психического заболевания и др.), социальную ситуацию развития и конкретный вид дизонтогенеза, что позволяет проводить исследовать собственно характер нарушения развития, анализировать его происхождение и думать о прогнозе дальнейшего развития, возможностях образовательной деятельности и коррекционно-абилитационной работы. Среди диагностических средств Владимиром Ивановичем предлагался особый вид эксперимента (близкий к современному пониманию клинико-психологической диагностики в логике школы медицинской психологии А. Р. Лурии — Б. В. Зейгарник — С. Я. Рубинштейн) с высоким значением качественного анализа полученного материала (анализ ошибок, способов работы, особенностей речи, внешнего вида и параметров общения ребенка и пр.), с обязательным выделением сохранного и нарушенного в психике ребенка, описанием структуры дефекта (если таковой имеется) [15], определением возможных путей помощи (психолого-педагогической коррекции и абилитации). Вместе с качественным подходом В. И. Лубовский предлагал использовать хорошо проработанные методики количественной оценки развития, современные и традиционные. В его работах всегда был четкий разбор плюсов-минусов психометрической номотетической диагностики особого ребенка, в частности, это касалось детского теста Векслера, который стал использоваться в медицинской диагностике умственной отсталости [16]. В дальнейшем В. И. Лубовский способствовал расширению отечественного современного инструментария, помимо издания книги А. Анастаси, он поддерживал переводы и применение современных техник, аналогов которым не было в отечественном арсенале, в частности, он высоко оценил работу Л. Р. Сайфутдиновой по применению шкалы Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scales) для оценки адаптивного поведения старших дошкольников с разными типами дизонтогенеза [17].

Вклад В. И. Лубовского и в специальную, и в клиническую психологию переоценить невозможно. В. И. Лубовский разработал методику психологической диагностики аномального развития детей, выделив три базовые задачи психологической диагностики аномального детского развития, не потерявшие своего значения до сих пор:

1. Оценка и получение сведений об уровне интеллектуального и об особенностях психического развития ребенка при обследовании детей на медико-педагогических комиссиях (существенно важно для последующего определения типа учебного учреждения, наиболее адекватного возможностям конкретного ребенка для обучения).

2. Выявление собственно индивидуально-психологических особенностей ребенка для обеспечения обоснованного дифференцированного подхода в процессе обучения и воспитания. В. И. Лубовский с сожалением отмечает, что реально эта задача пока решается скорее, как экспериментальная в научно-исследовательских институтах, но в настоящее время в этой области происходят позитивные сдвиги, о которых думал Владимир Иванович.

3. Оценка динамики психического развития ребенка с аномальным развитием, что необходимо для определения эффективности методов, содержания и средств обучения. Для этой цели, по мнению В. И. Лубовского, необходимо в начале и в конце экспериментального обучения производить замеры каких-либо проявлений психического развития, что лучше всего делать методами тестового характера. 1. Оценка и получение сведений об уровне интеллектуального и об особенностях психического развития ребенка при обследовании детей на медико-педагогических комиссиях (существенно важно для последующего определения типа учебного учреждения, наиболее адекватного возможностям конкретного ребенка для обучения).

2. Выявление собственно индивидуально-психологических особенностей ребенка для обеспечения обоснованного дифференцированного подхода в процессе обучения и воспитания. В. И. Лубовский с сожалением отмечает, что реально эта задача пока решается скорее, как экспериментальная в научно-исследовательских институтах, но в настоящее время в этой области происходят позитивные сдвиги, о которых думал Владимир Иванович.

3. Оценка динамики психического развития ребенка с аномальным развитием, что необходимо для определения эффективности методов, содержания и средств обучения. Для этой цели, по мнению В. И. Лубовского, необходимо в начале и в конце экспериментального обучения производить замеры каких-либо проявлений психического развития, что лучше всего делать методами тестового характера.

В. И. Лубовский одним из первых сформулировал общие закономерности отклоняющегося развития применительно к различным типам дизонтогенеза. Основной тезис — наличие трех иерархичных уровней закономерностей отклоняющегося развития:

Первый уровень — это закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития (нарушение приема, переработки, сохранения и передачи информации; нарушение речевого опосредования; изменение в сторону удлинения сроков формирования представлений и понятий об окружающем; риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности).

Второй уровень — это закономерности, характерные для определенной группы дизонтогенетических расстройств (возникшие недоразвития анализаторных систем — зрительной, слуховой, кожной, двигательной) или имеющих в своей основе ранее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, ЗПР церебрально-органического генеза).

Третий уровень — это специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза (общему стойкому недоразвитию по типу умственной отсталости, или искаженному развитию по типу РДА, или дефицитарному развитию вследствие недостаточности зрительного/слухового анализатора).

Выделенные В. И. Лубовским уровни отклоняющегося развития и задачи работы специального (клинического) психолога при взаимодействии с особым, аномальным ребенком остаются актуальными и в настоящее время [16; 18].

Владимир Иванович был методологом современной специальной и клинической психологии. Трудности разведения научных специальностей не мешали определению того общего, что объединяет всех специалистов, помогающих аномальному ребенку. В 2008 году им была опубликована статья «О перспективах специальной психологии», в которой отрефлексирована история, традиции специальной психологии и психологии аномального развития, обозначены дискуссионные вопросы ее становления в нашей стране. Другой задачей статьи было проектирование будущего образования для специальных психологов в высшей школе с учетом Болонского процесса в рамках магистратуры [19].

Педагогический и просветительский дар настоящего ученого, увлеченного своим делом, болеющего за его судьбу — еще одна грань неординарной личности В. И. Лубовского. Тонкий психолог-экспериментатор, дотошный исследователь, талантливый автор и педагог — эти качества сделали фигуру В. И. Лубовского значимой и для созданной им специальной психологии, и для клинической психологии. Не случайно факультет МГППУ, на котором около 20 лет проработал Владимир Иванович, начинался как факультет специальной психологии, а вскоре закономерно получил название «Клиническая и специальная психология». В память о выдающемся ученом и профессоре факультета клинической и специальной психологии, организовавшем и возглавлявшем долгое время первую выпускающую кафедру по специальной психологии, одна из аудиторий МГППУ в здании на Сретенке носит имя Владимира Ивановича Лубовского.

Перу Владимира Ивановича принадлежит ряд учебных пособий и учебников, прежде всего учебник «Специальная психология», выпущенный издательским центром «Академия» в 2003 году и выдержавший много изданий [16]. В. И. Лубовский всегда собирал вокруг себя настоящих специалистов своего дела, так случилось и при издании учебника по специальной психологии. Эту книгу преподаватели рекомендуют студентам, изучающим специальную и клиническую психологию, дефектологию. Дар ясного изложения и обобщения позволял В. И. Лубовскому в сжатой интегрированной форме указать на главное в изучаемом предмете (например, предельно кратко и точно изложить концепцию В. В. Лебединского о типах дизонтогенеза), при этом более подробно раскрыть важные детали и тонкости диагностики и квалификации, этические моменты. Цитата из его последней опубликованной статьи — «...дифференциальный диагноз, различающий категории детей, например, с нарушениями когнитивного развития, невозможен без анализа качественных характеристик» [15, с. 148] — должна восприниматься как девиз специалистов, работающих в медицинской психологии, в дефектологии, и специальной психологии.

Владимир Иванович внес уникальный личный вклад в судьбу плеяды клинических психологов 1980-х гг., выступая официальным оппонентом, рецензентом многих диссертационных исследований (в частности, кандидатских диссертаций в лаборатории патопсихологии, руководимой Ю. Ф. Поляковым), а также будучи членом диссертационных советов по медицинской психологии, прежде всего в МГУ им. М. В. Ломоносова. Аналогично можно оценить его вклад в специальную психологию, Владимир Иванович входил в диссертационные советы по этой специальности, готовил аспирантов и соискателей.

Резюмируя, нужно сказать, что наследие В. И. Лубовского, ученого с мировым именем, — это продолжение лучших традиций отечественной и мировой науки, развитие культурно-исторического подхода, теории Выготского, а также продвижение теории и практики

медицинской психологии и психологии аномального ребенка [18; 19; 20; 21; 22]. Наследие В. И. Лубовского для клинической и специальной психологии это:

- Четко сформулированные задачи, этические и научные принципы диагностики психического развития ребенка с особенностями/отставанием в развитии.
- Прекрасный пример междисциплинарного взаимодействия и сотрудничества психологов и медиков, психологов и педагогов.
- Тонкий дифференцированный и мультидисциплинарный подход к постановке научных и практических задач в психологии аномального развития.
- Мощный вклад в развитие и адаптацию диагностического инструментария.
- Фиксация на своеобразии психофизиологических и психических особенностей конкретного ребенка (трудности школьного обучения, сенсорная недостаточность и др., в клинической психологии — дети с психической патологией).
- Учет социальной ситуации развития и конкретного вида дизонтогенеза (анализ проявлений характера нарушения развития).
- Развитие теории Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития, соотношении развития и распада психики при вариантах дизонтогенеза, в целом развитие культурно-исторической теории и продолжение линии Г. Я. Трошина — Л. С. Выготского — А. Р. Лурии.
- Разработка совместно с коллегами и учениками основных принципов коррекции и абилитации/реабилитации детей с нарушениями развития.
- Уникальный пример личности в науке и практике.
- Великолепные статьи и учебники, монографии. Под руководством В. И. Лубовского было защищено более пятидесяти диссертаций по психологии (специальной и медицинской) и педагогике. У современной науки и практики есть богатое наследие теоретических и исследовательских работ Владимира Ивановича, его монографий, учебников и методических рекомендаций. Его многочисленным ученикам и последователям есть чем гордиться и есть, что нести дальше, чтобы следовать простым и естественным «правилам жизни» выдающегося ученого.

Список источников

1. Басилова Т.А. Владимир Иванович Лубовский (1923–2017) // Клиническая и специальная психология. – 2017. – Т. 6, № 4. – С. 187–193. doi: 10.17759/cpse. 2017060412
2. Худик В.А. Владимир Иванович Лубовский и становление отечественной специальной психологии // Коррекционно-педагогическое образование. – 2018. – № 3. – С. 66–71.
3. Коробейников И.А. К 100-летию со дня рождения В.И. Лубовского // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 4. – С. 179–182.
4. Лубовский Д.В. О Владимире Ивановиче Лубовском // Синдром Дауна. XXI век: междисциплинарный научно-практический журнал. – 2018. – № 1. – С. 7–9.
5. Певзнер М.С., Лубовский В.И. Динамика развития детей-олигофренов. – М.: АПН РСФСР, 1963. – 223 с.
6. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). – М.: Педагогика, 1978. – 224 с.
7. Terminology of Special Education. UNESCO, 1977.
8. Lubovsky V.I. Basic principles of special education in the USSR // Prospects. – 1981. – Vol. 11, no. 4. – P. 444–447.
9. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д. Векслера WISC. – М., 1973. – 79 с.
10. Анастаси А. Психологическое тестирование: в 2 кн. / пер. с англ.; под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М.: Педагогика, 1982. – Кн. 1. – 320 с.; Кн. 2. – 336 с.
11. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
12. Обучение детей с задержкой психического развития: пособие для учителей / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Никашиной. – М.: Просвещение, 1981. – 119 с.
13. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М.: Педагогика, 1984. – 256 с.
14. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. – 1994. – № 1. – С. 3–5.
15. Лубовский В.И. Что такое «структура дефекта»? // Специальное образование. – 2018. – № 4. – С. 145–157.

16. Специальная психология: учеб. пособие / Т.А. Баилова, С.М. Валявко, Л.В. Кузнецова [и др.] / под ред. В.И. Лубовского. – 6-е изд. – М.: Академия, 2009. – 560 с.
17. Сайфутдинова Л.Р. Изучение особенностей адаптивного поведения детей старшего дошкольного возраста с нарушениями развития с помощью шкалы Вайнленд // Психологическая наука и образование. – 2007. – Т. 12, № 5. – С. 48–55.
18. Лубовский В.И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. – 1971. – № 6. – С. 15–20.
19. Лубовский В.И., Баилова Т.А. О перспективах специальной психологии // Культурно-историческая психология. – 2008. – Т. 4, № 3. – С. 51–54.
20. Лубовский В.И., Коробейников И.А., Валявко С.М. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 4. – С. 50–60. doi: 10.17759/pse.2016210405
21. Лубовский В.И. Л.С. Выготский и специальная психология // Вопросы психологии. – 1996. – № 6. – С. 118–124.
22. Лубовский В.И. «Врастание в культуру» ребенка с нарушениями развития // Культурно-историческая психология. – 2006. – Т. 2, № 3. – С. 3–7.

References

1. Basilova T.A. Vladimir Ivanovich Lubovsky (1923–2017). Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya – Clinical Psychology and Special Education, 2017, vol. 6, no. 4, pp. 187–193. (In Russ.). doi: 10.17759/cpse.2017060412
2. Khudik V.A. Vladimir Ivanovich Lubovsky and formation of domestic special psychology. Korrektsionno-pedagogicheskoe obrazovanie – Pedagogic Correction Education Journal, 2018, no. 3, pp. 66–71. (In Russ.).
3. Korobeynikov I.A. On Account of The 100-th Birthday Anniversary of Vladimir I. Lubovskiy. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya – Counseling Psychology and Psychotherapy, 2023, vol. 31, no. 4, pp. 179–182. (In Russ.).
4. Lubovsky D.V. About Vladimir Ivanovich Lubovsky. Sindrom Dauna. XXI vek [Down syndrome. XXI century], 2018, no. 1, pp. 7–9. (In Russ.).
5. Pevzner M.S., Lubovsky V.I. Dinamika razvitiya detei-oligofrenov [Dynamics of development of oligophrenic children]. Moscow, APN RSFSR Publ., 1963. 223 p.
6. Lubovsky V.I. Razvitie slovesnoi regul'yatsii deistvii u detei (v norme i patologii) [The development of verbal regulation of actions in children (normal and pathological)]. Moscow, Pedagogika Publ., 1978. 224 p.
7. Terminology of Special Education. UNESCO, 1977.
8. Lubovsky V.I. Basic principles of special education in the USSR. Prospects, 1981, vol. 11, no. 4, pp. 444–447.
9. Panasyuk A.Yu. Adaptirovannyi variant metodiki D. Vekslera WISC [An adapted version of D. Wexler's WISC methodology]. Moscow, 1973. 79 p.
10. Anastazi A. Psikhologicheskoe testirovanie [Anne Anastasi. Psychological testing (New York; London)]. Ed. by K.M. Gurevich, V.I. Lubovsky. Moscow, Pedagogika Publ., 1982.
11. Lubovsky V.I. Psikhologicheskie problemy diagnostiki anomal'nogo razvitiya detei [Psychological problems of diagnosing abnormal development of children]. Moscow, Pedagogika Publ., 1989. 104 p.
12. Vlasova T.A., Lubovsky V.I., Nikashina N.A., eds. Obuchenie detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Teaching children with mental retardation]. Moscow, Prosveshchenie Publ., 1981. 119 p.
13. Vlasova T.A., Lubovsky V.I., Tsykina N.A., eds. Deti s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Children with mental retardation]. Moscow, Pedagogika Publ., 1984. 256 p.
14. Lubovsky V.I. Main problems of early diagnosis and early correction of developmental disorders. Defektologiya, 1994, no. 1, pp. 3–5. (In Russ.).
15. Lubovsky V.I. What is the "structure of defect"? Spetsial'noe obrazovanie, 2018, no. 4, pp. 145–157. (In Russ.).
16. Basilova T.A., Valyavko S.M., Kuznetsova L.V., Kurbanov R.A., Lonina V.A., Lubovsky V.I., Mast'yukova E.M., et al. Spetsial'naya psikhologiya [Special psychology]. 6th edition. Moscow, Akademiya Publ., 2009. 560 p.
17. Saifutdinova L.R. Studying the characteristics of adaptive behavior of children of senior preschool age with developmental disorders using the Vineland scale. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie, 2007, vol. 12, no. 5, pp. 48–55. (In Russ.).

18. Lubovsky V.I. General and specific patterns of mental development in abnormal children. *Defektologiya*, 1971, no. 6, pp. 15–20. (In Russ.).
19. Lubovskii V.I., Basilova T.A. On the prospects of special psychology. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya – Cultural-Historical Psychology*, 2008, vol. 4, no. 3, pp. 51–54. (In Russ.).
20. Lubovsky V.I., Korobeynikov I.A., Valyavko S.M. Psychological diagnostics of developmental disorders: A new concept. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie – Psychological Science and Education*, 2016, vol. 21, no. 4, pp. 50–60. (In Russ.). doi: 10.17759/pse.2016210405.
21. Lubovsky V.I. L.S. Vygotsky and special psychology. *Voprosy psikhologii*, 1996, no. 6, pp. 118–124. (In Russ.).
22. Lubovsky V.I. Disabled child's "ingrowth to culture". *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya – Cultural-Historical Psychology*, 2006, vol. 2, no. 3, pp. 3–7. (In Russ.).

Vladimir Ivanovich Lubovsky and his significance for medical (clinical) and Special Education. To the 100th anniversary of his birth

Zvereva N.V.1, 2

E-mail: nwzvereva@mail.ru

1 Mental Health Research Center

34 Kashirskoe shosse, Moscow, 115522, Russia

Phone: +7 (495) 109-03-94

2 Moscow State University of Psychology and Education

29 Sretenka st., Moscow, 127051, Russia

Phone: +7 (495) 632-91-99

Abstract. The article is dedicated to the 100th anniversary of the birth of the outstanding Russian psychologist, world-famous scientist, Vladimir Ivanovich Lubovsky (1923–2017). A short biography of the scientist is presented. The largest part of his life was spent in the turbulent times of the 20th century. The scientific biography of Vladimir Ivanovich is analyzed, his teachers, colleagues, students are named, the main research topics, scientific and practical achievements, contribution to the creation of domestic special psychology (special education) and the development of clinical psychology, the main Hand book and monographic works are discussed. Vladimir Ivanovich worked throughout his professional life in Moscow — at the Institute of Defectology (now the Institute of Correctional Pedagogy), leading psychological and pedagogical universities in Moscow in the psychological and psychological-pedagogical faculties. His contribution to the development of diagnostic tools for special and clinical psychology in our country and the development of the general psychological theory of abnormal development (dysontogenesis) are separately indicated.

Keywords: Vladimir Ivanovich Lubovsky, special psychology (Special Education), clinical psychology, abnormal children, psychological diagnostics, development theory

For citation

Zvereva N.V. Vladimir Ivanovich Lubovsky and his significance for medical (clinical) and Special Education. To the 100th anniversary of his birth. *Med. psihol. Ross.*, 2023, vol. 15, no. 4, p. 1. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81)



УДК 159.9

ПОЧЕМУ ВРАЧ УМИРАЕТ РАНЬШЕ СВОИХ БОЛЬНЫХ

Соловьева С.Л. (Санкт-Петербург, Россия)



Соловьева Светлана Леонидовна

доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, ул. Кирочная, 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия.
Тел.: 8 (812) 543-39-90.
E-mail: S-Solovieva@ya.ru

Аннотация. Целью исследования является анализ состояния здоровья врачей в связи с неблагоприятными организационными и психологическими факторами их профессиональной деятельности. В статье представлены данные о продолжительности и качестве жизни врачей, об их состоянии здоровья, психических, психосоматических и соматических заболеваниях. Материалом исследования послужили опубликованные в открытой печати, в частности, по данным MEDLINE и PubMed, отечественные и зарубежные статьи и монографии по изучаемой проблеме. Были исследованы и проанализированы основные факторы риска, приводящие к снижению уровня психологического благополучия и ухудшению состояния здоровья врачей различных специальностей. Рассмотрены условия профессиональной деятельности врачей, требования к ним, как правило, превышающие психологические и психофизиологические ресурсы медицинских работников. Обоснована высокая вероятность эмоционального сгорания вследствие невозможности соответствовать всем предъявляемым требованиям, а также вследствие хронической эмоциональной напряженности в процессе выполнения профессиональной деятельности. Представлены психологические факторы, неблагоприятно влияющие на психическое состояние медицинских работников. Сформулированы выводы по организации мероприятий, направленных на нивелирование факторов риска, профилактику эмоционального сгорания, улучшение состояния здоровья и повышение качества жизни врачей.

Ключевые слова: здоровье врачей, качество жизни, условия работы врачей, эмоциональное сгорание, психологические ресурсы

Для цитаты Соловьева С.Л. Почему врач умирает раньше своих больных // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 2. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

В обществе распространено представление о том, что врачи болеют меньше других и состояние их здоровья лучше, чем у населения в целом: медицинский работник, информированный о различных факторах риска заболеваний, о современных методах повышения качества жизни, должен, на первый взгляд, принимать соответствующие профилактические меры, чтобы избегать соматических и психических нарушений, сохраняя высокий уровень психического и соматического благополучия, высокое качество жизни [1].

Цель исследования: выявление факторов, влияющих на состояние здоровья врачей и общая оценка их соматического и психического здоровья.

Материал и методы исследования

В качестве материала исследования выступают статьи и монографии, опубликованные в открытой литературе, по данным MEDLINE и PubMed, а в качестве методов применяется

анализ и обобщение отечественных и зарубежных данных экспериментальных исследований по изучаемой проблеме.

Результаты исследования и их обсуждение

На сегодняшний день известно, что состояние здоровья врачей достоверно хуже, чем в популяции. В современных исследованиях приводятся данные о том, что режим сна и отдыха можно считать нормальным только у 20 % докторов; физические упражнения и дозированные физические нагрузки практикуют лишь 13 %; избыточный вес отмечается у 48 % врачей, примерно столько же страдают артериальной гипертензией; около 30 % медиков снимают психическое напряжение с помощью сигарет; около половины злоупотребляют алкоголем. По данным ВОЗ, продолжительность жизни врачей составляет сегодня 54 года, при средней продолжительности жизни населения в 67 лет. Согласно результатам отечественных исследований, врачи живут меньше своих пациентов на 15 лет. По данным, проведенным под руководством Г. Г. Онищенко, установлено, что заболеваемость врачей достоверно выше, чем у всех других работников бюджетных сфер деятельности; она соответствует продолжительности жизни лиц, занятых в опасных производствах [2]. В медицинской среде отмечается не только высокая заболеваемость, но также и рост алкогольной, наркотической и других видов зависимости, склонность к рискованному поведению и таким формам социальной патологии, как конфликтность, разводы, разрыв отношений с близкими людьми, одиночество, суицидальные тенденции. Самой опасной в этом плане группой врачей традиционно считаются хирурги, реаниматологи и анестезиологи. Врачи достоверно позже обращаются за специализированной медицинской помощью, склонны лечиться симптоматически, экспериментируют с препаратами; медицинские работники, как правило, занимаются самолечением, скрывают от окружающих ухудшение состояния своего здоровья из-за страха потерять работу и престиж, в результате чего статистические данные по их заболеваемости оказываются заведомо ниже истинных [3; 4].

Эти представления подтверждаются результатами исследований в странах Западной Европы. Изучение психической патологии, проведенное, например, Королевским колледжем в Лондоне, показало, что у врачей достоверно чаще встречаются депрессивные расстройства, злоупотребления психоактивными веществами; 12 % врачей сообщили, что лечатся от психических заболеваний. Существуют данные о психопатизации медицинского персонала в психиатрическом стационаре; среди врачей психиатров отмечается высокий процент самоубийств [5].

На основании результатов исследований по данным MEDLINE и PubMed, по проблеме суицидов среди врачей был проведен систематический обзор литературы, опубликованной в рецензируемых журналах за последние 10 лет. Обзор показал уровень самоубийств среди врачей, составляющий от 28 до 40 на 100 000; при этом в общей популяции он отмечался на уровне 12, 3 на 100 000. Установлено, что уровень суицидов среди медицинских работников достоверно выше, чем среди профессиональных военных. По статистике каждый день в США один врач совершает самоубийство [6]. Аналогичные данные приводятся и в других источниках. Например, выявлено, что во всех странах мира завершённые суициды среди врачей составляют около 400 самоубийств каждый год [7].

Соматические болезни и психосоматические заболевания встречаются среди медицинских работников также достоверно чаще, чем у населения в целом. Так, показано, что врачи погибают от ишемической болезни сердца в 2 раза чаще, чем лица других профессиональных групп, занятые умственным трудом. При этом наиболее высокой считается смертность среди врачей хирургов: после 50 лет более половины хирургов умирают от инфаркта миокарда [8].

Врачи помимо того, что они достоверно чаще страдают психосоматическими, соматическими и пограничными нервно-психическими заболеваниями, дополнительно подвержены тем же всем факторам риска хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний, что и все население в целом [4; 9; 10; 11]. Приводятся данные о том, что только 2 % врачей в России считаются сегодня абсолютно здоровыми [12].

По результатам исследований, приведенных в современной отечественной и зарубежной литературе, среди медиков отмечается не только высокий уровень заболеваемости, но также и низкое качество жизни [2].

Между тем, продуктивность и эффективность профессиональной деятельности врачей обеспечивается в значительной степени их физическим, социальным и психологическим благополучием, с которым связано умение разрешать многочисленные конфликтные ситуации, налаживать взаимоотношения с пациентами, коллегами, медицинским персоналом.

Работа врача связана с необходимостью принятия нестандартных решений, действий в условиях дефицита времени, проявления профессиональной и личностной инициативы, готовности взять на себя ответственность в стрессовых ситуациях. Нарушения здоровья и снижение уровня психологического благополучия негативно влияют на продуктивность и эффективность профессиональной деятельности врачей [13].

При отсутствии душевного равновесия, на фоне эмоциональной напряженности, повышенной тревожности, враждебности, депрессивной безнадежности врачи не способны обеспечивать безопасность и высокое качество медицинской помощи пациентам [14]. Продуктивность и эффективность профессиональной деятельности врача снижаются вследствие нарушений у них концентрации внимания и процессов памяти, снижения уровня творческого мышления на фоне эмоциональной загруженности и аффективной дезорганизации деятельности. Возникают сложности обобщения результатов анализов пациента и выдвижения диагностических гипотез, а также в выборе стратегии, тактики и конкретных методов лечения. Клиническое мышление врача характеризуется при этом преобладанием так называемых диагностических коротких связей. Хроническая напряженность и переутомление медицинских работников негативно сказываются не только на результатах их профессиональной деятельности, но также на общении с больными: врач сокращает время приема пациента, формализует процесс взаимодействия с ним, не проявляя уважения и эмпатии к его личности, воспринимает больного как потенциальный источник стресса, старается избегать общения с ним. Медицинский работник производит впечатление небрежного, рассеянного, занятого собственными проблемами, а зачастую некомпетентного, когда он может, не выбирая выражений, поспешно и неосторожно высказаться в отношении диагноза, нанеся больному психическую травму [1].

Анализируя возможные причины высокой заболеваемости, смертности, различных форм социальной патологии среди врачей, снижения у них качества жизни и психологического благополучия — всего того, что разрушает эффективность профессиональной врачебной деятельности — исследователи обращаются к таким факторам, как условия труда медицинских работников [15; 16; 17].

По результатам проведенных в этом направлении исследований выявлено, что для работы врача сегодня характерна высокая нагрузка, часто неадекватные условия труда, избыточное количество отчетности и другой бумажной работы, необходимость работать по совместительству, размытость должностных обязанностей [18]. Среднестатистический врач в России в 90 % случаев работает на 1, 5 ставки, негласно — по 320 часов в месяц в условиях ограниченного времени, ресурсов и возможностей. Многие годами не берут отпуск, переносят на ногах простудные заболевания, лечатся симптоматически, выходят на работу недолеченными. В ряде случаев врачи работают под давлением острых конфликтов, судебных разбирательств, угрозы тюремного заключения, агрессивного поведения со стороны пациентов [19].

В работе А. С. Нехорошева, посвященной изучению условий труда врачей стационаров Северо-Западного региона России, установлено, что у 16, 1 % докторов к концу рабочего дня отмечается выраженное снижение работоспособности. Причинами являются большое количество пациентов, объем канцелярско-оформительской работы, низкая техническая оснащенность, дефицит лекарств. Большинство врачей (72,5 %) при этом работают 30—49 часов в неделю, а приблизительно 5 % медиков — 70—79 часов. Средняя продолжительность рабочего дня, по результатам исследования, составляет 8 ч. 55 мин. 57 с. Обращает на себя внимание тот факт, что 44,7 % времени производственных затрат врачи занимаются лечебно-диагностическим процессом, а 46,7 % времени — заполнением медицинской документации [20]. Показано, что у 20,9 % врачей в течение дня усиливается раздражительность; не возникает раздражительность лишь у 13,4 % врачей [21].

Как отмечает А. В. Решетников, в последнее время «в России происходит усложнение профессиональной деятельности врачей, определяемое «многообразием ее функций, интенсификацией профессиональной нагрузки». Повышаются социальные требования к врачам, все более жесткой становится регламентация деятельности врачей и все возрастающая ответственность» [22]. Длительные периоды чрезмерно высокой рабочей нагрузки на врача без возможности адекватного восстановления ресурсов, дефицит времени, не всегда благоприятные условия труда, невозможность справиться с объемом информации и психическое напряжение в процессе межличностного общения с пациентами, — все это в конечном счете формирует профессиональный стресс медицинских работников, известный в литературе под названием «синдром эмоционального сгорания» [23; 24]. По данным А. А.

Loerbroks et al., среди специалистов здравоохранения распространенность профессионального стресса составляет от 20 до 80 % [25; 26].

Термин «эмоциональное выгорание» был введен американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 году для обозначения психологического состояния лиц, находящихся при оказании профессиональной помощи в интенсивном и тесном общении со своими клиентами в эмоционально напряженной атмосфере [27]. В современной интерпретации профессиональное выгорание врачей определяется как состояние, характеризующееся соматическим, психологическим, ментальным истощением, переживанием деперсонализации и снижением ценности собственных достижений. Сгоранию подвержены до 60 % врачей общей практики, а также как минимум треть гастроэнтерологов [28]. По данным мета-анализа, проведенного с участием 4664 медицинских работников различных клиник, распространенность синдрома эмоционального выгорания достоверно чаще встречается у хирургов и врачей экстренных отделений, чем среди врачей других специальностей [29; 30].

В Российской медицине и практическом здравоохранении констатируется «особый социальный статус врача», который не удовлетворен положением в своей профессиональной группе, невысокой престижностью профессии, уровнем заработной платы, условиями профессиональной деятельности. В значительной части случаев указывается на несоответствие темпа роста заработной платы увеличению нагрузки на врача [31; 32]. В России сегодня, по мнению авторов, врачи оказались наименее социально защищенной профессиональной группой. В исследовании И.Л. Кром и соавт. Большинство врачей региона оценивают свой уровень жизни как низкий, финансовые депривации отсутствуют лишь у 1,4 % респондентов [33; 34]. Согласно одному из проведенных исследований, в условиях реформы Российского здравоохранения около 80 % медицинских работников в большей или меньшей степени испытывают различные симптомы эмоционального сгорания; более чем у половины обследованных синдром эмоционального сгорания выявляется во второй и третьей стадиях его формирования [35]. На выгорание указывают чувство физического, эмоционального и интеллектуального истощения, симптомы деперсонализации, проявления цинизма по отношению к больным, а также к коллегам и к самой профессиональной деятельности, переживание своей профессиональной несостоятельности [36]. По мнению R.T. Lee et al. [37], среди причин выгорания можно выделить определенные личностные характеристики врачей, высокий уровень у них профессионального стресса, неблагоприятные особенности менеджмента медицинской организации.

Однако следует обратить особое внимание на тот факт, что в качестве основного предиктора психического напряжения у врачей идентифицируется психологический профессиональный стресс, непосредственно связанный с содержанием деятельности [31; 32; 38; 39; 40; 41]. Профессиональная врачебная деятельность предъявляет определенные психологические требования к личности врача; известно, что к эмоциональному сгоранию особенно склонны лица, «испытывающие постоянный внутриличностный конфликт в связи с работой. Чаще всего (как в России, так и за рубежом) это женщины, переживающие внутреннее противоречие между работой и семьей, а также «прессинг» в связи с необходимостью постоянно доказывать свои профессиональные возможности в условиях жесткой конкуренции с мужчинами» [42].

Большинство исследователей считают, что наибольшей проблемой в профессиональной деятельности врачей является хроническое эмоциональное напряжение, связанное с необходимостью общения с больными, за здоровье и жизнь которых медицинские работники несут психологическую и юридическую ответственность. «Одна из причин, почему врачи умирают на 10–20 лет раньше своих пациентов — это общение с больными» [43; 44].

К эмоциональному сгоранию врачей приводят не только такие организационные факторы, как дефицит времени, избыточное количество формальных требований, неблагоприятные условия профессиональной деятельности, низкая престижность профессии и оплаты труда, но также и психологические причины, связанные с непосредственным содержанием врачебной деятельности — интенсивным общением с больными. Пациент приходит на прием к врачу, исчерпав все свои психологические возможности и ресурсы по преодолению неблагоприятного соматического и психического состояния. Практически все больные в большей или меньшей степени переживают на приеме у доктора состояние тревоги — закономерной психологической реакции на неопределенность и ожидание, которая, по Г. Селье, возникает на начальном этапе общего адаптационного синдрома [45]. Тревога, в свою очередь, провоцирует формирование переживаний депрессивной

безднадежности или враждебности [46]. Психическое состояние пациентов в момент первой встречи с врачом характеризуется различными сочетаниями из трех наиболее разрушительных эмоций — гнева, страха и депрессивной подавленности. В эту «психологическую реальность» входит врач, в ней он работает, принимает решения, в ней он должен быть эффективен.

Врач имеет дело с теневыми, негативными аспектами в психической деятельности своих больных: он устанавливает тесный контакт с их переживаниями отчаяния и безнадёжности, их усталостью и безразличием, с болью, страхом, страданием, умиранием и смертью. Входя в контакт с этим миром страха и боли, доктор работает собой, своей психикой, уверенностью, искренностью и теплотой — всем тем, что является инструментом его профессиональной работы. Эмоциональный контакт с яркими негативными эмоциями своих пациентов неизбежно приводит врача к эмоциональному истощению [47]. Содержание профессиональной деятельности медицинского работника предполагает наличие у него неисчерпаемых запасов силы, уверенности и тепла, умение эффективно противостоять отчаянию и тревоге. Подобные требования не соответствуют реальности, в которой психологические и психофизиологические ресурсы любого человека ограничены, особенно в ситуации длительного или интенсивного стресса.

Современный пациент, в свою очередь, не просто хочет избавиться от симптома; он ищет психологическую опору и поддержку в личности врача, хочет видеть своеобразную философию жизни, в которую страдание и смерть вписываются как закономерные и естественные элементы [48]. В ряде случаев больной нуждается в объяснении и обосновании смысла и содержания как процесса жизни, так и смерти. Он ищет спасительную картину мира, которая дает возможность принятия и контроля происходящего. В этом смысле каждый врач выступает в роли своеобразного «гуру» — учителя жизни, обладающего некоторым высшим знанием религиозно-философского характера. Врачи, не обладающие подобными знаниями, не соответствуют ожиданиям пациентов, которые испытывают чувства разочарования и неудовлетворенности.

Предъявляя высокие требования к поведению врача, к его коммуникативным навыкам, сформированности морально-этических норм, неявно, «по умолчанию» предполагается, что медицинский работник в полной мере владеет своими психологическими проблемами, имеет высокий уровень владения приемами и методами психической саморегуляции, неисчерпаемые психологические ресурсы, а также широкий круг знаний и разнообразных социальных навыков, обеспечивающих его эффективность при взаимодействии с самыми разными людьми [49]. Ожидается также, в силу особенностей Российского менталитета, что врач и в повседневной жизни сохраняет повышенную готовность к оказанию помощи всем желающим, высокий уровень ответственности, контроля, доброжелательности и толерантности [50]. Эти и подобные им установки и ожидания пациентов тяжелым эмоциональным грузом отягощают повседневную профессиональную деятельность медицинских работников.

Соответствие врача декларируемому литературному идеалу, который предполагает наличие толерантности, аутентичности, искренности, подлинности, способности к эмпатии во взаимодействии с пациентами [19], может приводить к «размыванию» границ личности, утрате доктором собственного «лица», к отказу от собственных ценностей, ожиданий и установок, особенно если клиент предъявляет проблемы или личностные особенности, соприкосновение с которыми травматично для медика в силу его индивидуального жизненного опыта. Длительное интенсивное взаимодействие с пациентами, травмирующее медицинского работника, может приводить к разрушению его идентичности.

Заключение

Состояние здоровья врачей достоверно хуже, чем у населения в целом: у медицинских работников чаще выявляются соматические, психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства. Врачи умирают раньше своих пациентов, чаще по сравнению с другими профессиональными группами испытывают организационный и профессиональный стресс, связанный с содержанием их деятельности — с общением с больными. Среди психологических факторов снижения качества жизни и здоровья врача наибольшее значение имеет его интенсивное взаимодействие с негативными переживаниями своих пациентов, а также нереалистичные ожидания больных в отношении личности и психологических характеристик медицинского работника.

Для сохранения соматического и психического здоровья врачей, увеличения продолжительности и повышения качества их жизни необходимы не только организационные мероприятия по улучшению условий труда, но также дополнительное

обучение медицинских работников эффективным коммуникативным навыкам, умению вести беседу и строить взаимоотношения с пациентами, сохраняя при этом достаточно высокое качество жизни, эмоциональную стабильность и психологическое благополучие. Крайне остро стоит и вопрос о необходимости психологической помощи и поддержки профессиональной деятельности медицинских работников с целью предотвращения у них эмоционального сгорания. В частности, может быть востребовано овладение медицинскими работниками приемами и техниками психологической разгрузки и саморегуляции.

Список источников

1. Синдром хронической усталости и профессиональная деформация врача / В.В. Шевчук, Н.В. Кашкина, С.А. Высотин [и др.] [Электронный ресурс] // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5. – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19005> (дата обращения: 19.03.2024).
2. Абаев Ю.К. Здоровье врачей // Здоровоохранение. – 2020. – № 2. – С. 3–5.
3. Объективные и субъективные данные о профессиональных заболеваниях медицинских работников Латвии / М.А. Авота, М.Э. Эглите, Л.В. Матисане [и др.] // Медицина труда и промышленная экология: ежемесячный научно-практический журнал. – 2002. – № 3. – С. 33–37.
4. Панюшова Е.П., Кирюшин В.А. Гигиеническая оценка условий труда и состояния здоровья медицинских работников параклинических отделений // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – Т. 7, № 1. – С. 129–138.
5. Американская психиатрическая ассоциация (АПА). Аннотация 1-227. – 5 мая 2018 г.
6. Murray Ken. Why Doctors Die Differently. Careers in medicine have taught them the limits of treatment and the need to plan for the end // Wall Street Journal. January 18, 2012. – URL: <https://www.wsj.com/articles/SB10001424052970203918304577243321242833962>
7. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part 1 / Ch.R. Stehman, Z. Testo, R.S. Gershaw [et al.] // West J Emerg Med. – 2019. – Vol. 20, no. 5. – P. 840–841. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970
8. Булатова Алёна. Профессиональная деформация медицинских работников [Электронный ресурс] // Автор24. Научный словарь-справочник [сайт]. – URL: https://spravochnick.ru/psihologiya/professionalnaya_deformaciya_medicinskih_rabotnikov/ (дата обращения: 19.03.2024).
9. Бояркина С.И. Условия труда российских врачей: риски для здоровья и инфекционной безопасности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 346–363. doi: 10.21638/spbu12.2018.306
10. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.Г. Калинин [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. XIX, № 3. – С. 197–206.
11. Гатиятуллина Л.Л. Факторы, влияющие на здоровья медицинских работников // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97, № 3. – С. 426–431. doi: 10.17750/KMJ2016-426
12. Рахимбекова Д.К., Есенилиев Г. Общественное здоровье врачей как составляющая профессионального статуса // Вестник АГИУВ. – 2014. – № 4. – С. 31–33.
13. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Профессиональное выгорание врача как результат воздействия факторов макросферы и микросферы // Теория и практика общественного развития. – 2017. – № 7. – С. 9–14.
14. Мардяян М.А., Маркарян А.Г. Медико-социальные аспекты здоровья врача // Научно-медицинский журнал НИЗ. – 2009. – № 3. – С. 15–18.
15. Рембовский В.Р., Могиленкова Л.А. Медико-гигиенические аспекты оценки здоровья населения // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 46–50.
16. Здоровье врача-невролога, психиатра. Кто о нем позаботится? / О.С. Чабан, С.Г. Сова, Л.Н. Юрьева [и др.] // Здоров'я України. – 2007. – № 15–16. – С. 46.
17. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. – Vol. 13, no. 3. – P. 161–168. doi: 10.1192/apt.bp.106.003277
18. Шадеркина В.А., Красняк И.В. Профессиональное выгорание врачей: скрытый кризис здравоохранения. Данные интернет-опроса врачей // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2022. – Т. 8, № 4. – С. 7–20. doi: 10.29188/2712-9217-2022-8-4-7-20

19. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 4–29.
20. Нехорошев А.Н., Федорова Т.Г., Котова Г.Н. Социологическое исследование особенностей трудовой деятельности врачей Северо-Западного региона России // Гигиена и санитария. – 2003. – № 3. – С. 24–26.
21. Матан В.В. Социально-психологические и личностные ресурсы профессиональной карьеры врачей: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2022.
22. Решетников А.В. Современные подходы к оценке взаимоотношений между пациентом и врачом, медицинской организацией, страховой медицинской организацией // Социальная роль врача в Российском обществе: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Н. Новгород, 2018. – С. 1–3.
23. The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study / M. Weigl, S. Hornung, P. Angerer [et al.] // BMC Health Serv Res. – 2013. – No. 13. – P. 401. doi: 10.1186/1472-6963-13-401.
24. Do challenge stress and hindrance stress affect quality of health care? empirical evidence from China / T. Ma, T. Yang, Y. Guo [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2018. – Vol. 15, no. 8. – P. 1628. doi: 10.3390/ijerph15081628
25. Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany / A. Loerbroeks, M. Weigl, J. Li [et al.] // BMC Public Health. – 2016. – Vol. 18, no. 16. – P. 342. doi: 10.1186/s12889-016-3016-y
26. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany / P. Vu-Eickmann, J. Li, A. Müller [et al.] // International Archives of Occupational and Environmental Health. – 2018. – Vol. 91, no. 5. – P. 643–654. doi: 10.1007/s00420-018-1309-4
27. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // Вестник ТГУ. – 2013. – Т. 18, № 4. – С. 1337–1341.
28. Lacy B.E., Chan J.L. Physician burnout: the hidden health care crisis // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2018. – Vol. 16, no. 3. – P. 311–317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043
29. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis / H. Rodrigues, R. Cobucci, A. Oliveira [et al.] // PLoS One. – 2018. – Vol. 13, no. 11. – P. e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840
30. Суханова Н.С., Степанова Н.М., Новожилов В.А. Профессиональное выгорание врачей-детских хирургов [Электронный ресурс] // Forcipe. – 2022. – Т. 5, № S1. – С. 174. – URL: <https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/4334> (дата обращения: 19.03.2024).
31. Профессиональное выгорание врачей: значение интенсивности и качества работы / Г.А. Сорокин, В.Л. Суслов, Е.В. Яковлев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97, № 12. – С. 1221–1225. doi: 10.18821/0016-9900-2018-97-12-1221-1225
32. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 127–147. doi: 10.19181/vis.2019.28.1.562
33. Качество жизни врачей в контексте финансовых деприваций / И.Л. Кром, М.В. Еругина, Е.П. Ковалев [и др.] // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 2. – С. 80–82. doi: 10.18821/1728-2810-2018-17-2-80-82
34. Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.Г. Еремина [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 2. – С. 185–192. doi: 10.21668/health.risk/2020.2.20
35. К вопросу о профессиональной деформации среди медицинских работников в условиях реформы здравоохранения / М.М. Романова, А.В. Чернов, Е.А. Борисова [и др.] [Электронный ресурс] // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. – № 6. – С. 117–121. – URL: <https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?id=2263> (дата обращения: 19.03.2024).
36. Несын В.В., Несына С.В. Эмоциональное выгорание врачей // Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 19–23. doi: 10.26787/nydha-2226-7417-2019-21-6-19-23
37. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis / R.T. Lee, B. Seo, S. Hladkyj [et al.] // Human Resources for Health. – 2013. – No. 11. – P. 48. doi: 10.1186/1478-4491-11-48

38. Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Иванов А.С. Влияние условий труда на здоровье медицинских работников стоматологического профиля (обзор литературы) // Главный врач Юга России. – 2019. – № 3. – С. 4–8.
39. Красовский В.О., Карамова Л.М., Башарова Г.Р. Профессиональные риски здоровья персонала службы скорой медицинской помощи // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2019. – № 26-2. – С. 52–57.
40. Zang E., Bardo A.R. Objective and subjective socioeconomic status, their discrepancy, and health: evidence from East Asia // Social Indicators Research. – 2019. – Vol. 143, no. 2. – P. 765–794. doi: 10.1007/s11205-018-1991-3
41. Wang J., Geng L. Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2019. – Vol. 16, no. 2. – P. 281. doi: 10.3390/ijerph16020281
42. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 338 с.
43. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи – заложники смерти. (Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов). – М.: Триада плюс, 2000. – 339 с.
44. Муталимов Р.К., Кравцова К.В. Правила общения врача с пациентом [Электронный ресурс] // Молодой ученый. – 2021. – № 38 (380). – С. 149–150. – URL: <https://moluch.ru/archive/380/84078/> (дата обращения: 01.04.2024).
45. Селье Г. Стресс без дистресса / пер. с англ. – М.: Прогресс, 1979. – 127 с.
46. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 352 с.
47. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 5-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2014. – 896 с.
48. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.
49. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами / пер. с англ. – М.: Гранат, 2018. – 304 с.
50. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача: учебное пособие. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2001. – 54 с.

References

1. Shevchuk V.V., Kashkina N.V., Vysotin S.A., Saifitova A.T. Chronic fatigue syndrome and occupational deformity of the doctor. Mezhdunarodnyi studencheskii nauchnyi vestnik, 2018, no. 5. (In Russ.). Available at: <https://eduherald.ru/ru/article/view?Id=19005> (accessed 19 March 2024).
2. Abaev Yu.K. Doctors' health. Zdravookhranenie, 2020, no. 2, pp. 3–5. (In Russ.).
3. Avota M.A., Eglite M.E., Matisane L.V., et al. Objective and subjective data on occupational diseases of medical workers in Latvia. Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya – Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology, 2002, no. 3, pp. 33–37. (In Russ.).
4. Panyushova E.P., Kiryushin V.A. Hygienic evaluation of working conditions and health state of medical personnel of paraclinical units. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium) – Science of the Young (Eruditio Juvenium), 2019, vol. 7, no. 1, pp. 129–138. (In Russ.).
5. American Psychiatric Association (APA) 2018. Abstract 1-227, presented May 5, 2018.
6. Murray Ken. Why Doctors Die Differently. Careers in medicine have taught them the limits of treatment and the need to plan for the end. Wall Street Journal. January 18, 2012. Available at: <https://www.wsj.com/articles/SB10001424052970203918304577243321242833962>
7. Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R.S., Kellogg A.R. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part 1. West J Emerg Med, 2019, vol. 20, no. 5, pp. 840–841. doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970
8. Bulatova Alena. Professional'naya deformatsiya meditsinskikh rabotnikov. Avtor24. Nauchnyi slovar'-spravochnik [website]. (In Russ.). Available at: https://spravochnik.ru/psihologiya/professionalnaya_deformatsiya_meditsinskikh_rabotnikov/ (accessed 19 March 2024).
9. Boyarkina S.I. Russian physician's labor conditions: Risks to health and inflectional safety. Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology, 2018, vol. 11, no. 3, pp. 346–363. (In Russ.). doi: 10.21638/spbu12.2018.306.

10. Yermolina T.A., Martynova N.A., Kalinin A.G., Krasilnikov S.V. Medical Workers` State of Health. Literature Review. Journal of New Medical Technologies, 2012, vol. XIX, no. 3, pp. 197–206. (In Russ.).
11. Gatiyatullina L.L. The factors affecting medical professionals health. Kazanskii meditsinskii zhurnal – Kazan medical journal, 2016, vol. 97, no. 3, pp. 426–431. (In Russ.). doi: 10.17750/KMJ2016-426
12. Rakhimbekova D.K., Eseniliev G. Public health of doctors as a component of professional status. Vestnik AGIUUV, 2014, no. 4, pp. 31–33. (In Russ.).
13. Osipova N.G., Semina T.V. Professional burnout of a phisician as a result of the impact of the macrosphere and microsphere factors. Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya – Theory and Practice of Social Development, 2017, no. 7, pp. 9–14. (In Russ.).
14. Mardiyani M.A., Markaryan A.G. Medical and social aspects of a doctor's health. Nauchno-meditsinskii zhurnal NIZ, 2009, no. 3, pp. 15–18. (In Russ.).
15. Rembovskii V.R., Mogilenkova L.A. Medical and hygienic aspects of public health assessment. Gigiena i sanitariya – Hygiene and Sanitation, 2008, no. 2, pp. 46–50. (In Russ.).
16. Chaban O.S., Sova S.G., Yur'eva L.N., et al. Zdorov'e vracha-nevrologa, psikhiatra. Kto o nem pozabotitsya? Zdorov'ya Ukraini, 2007, no. 15–16, pp. 46. (In Russ.).
17. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists. Advances in Psychiatric Treatment, 2007, vol. 13, no. 3, pp. 161–168. doi: 10.1192/apt.bp.106.003277
18. Shaderkina V.A., Krasnyak I.V. Phisician burnout: the hidden healthcare crisis. Results of an online survey of doctors. Rossiiskii zhurnal telemeditsiny i elektronnoho zdravookhraneniya – Russian Journal of Telemedicine and E-Health, 2022, vol. 8, no. 4, pp. 7–20. (In Russ.). doi: 10.29188/2712-9217-2022-8-4-7-20
19. Osipova N.G., Semina T.V. The doctor's personality in modern society: the ideal type and professional deformation. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 18. Sotsiologiya i politologiya – Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science. 2017, vol. 23, no. 3. pp. 4–29. (In Russ.).
20. Nekhoroshev A.N., Fedorova T.G., Kotova G.N. A sociological study of the peculiarities of the work of doctors in the Northwestern region of Russia. Gigiena i sanitariya – Hygiene and Sanitation, 2003, no. 3, pp. 24–26. (In Russ.).
21. Matan V.V. Sotsial'no-psikhologicheskie i lichnostnye resursy professional'noi kar'ery vrachei. Dis. kand. Psikhol. nauk [Socio-psychological and personal resources of the professional career of doctors. Cand. psychol. sci. diss.]. St. Petersburg, 2022.
22. Reshetnikov A.V. Modern approaches to assessing the relationship between a patient and a doctor, a medical organization, and an insurance medical organization. Sotsial'naya rol' vracha v Rossiiskom obshchestve: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. [The social role of a doctor in Russian society. Materials of the scientific conference]. N. Novgorod, 2018, pp. 1–3. (In Russ.).
23. Weigl M., Hornung S., Angerer P., Siegrist J., Glaser J. The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. BMC Health Serv Res, 2013, no. 13, p. 401. doi: 10.1186/1472-6963-13-401.
24. Ma T., Yang T., Guo Y., Wang Y., Deng J. Do challenge stress and hindrance stress affect quality of health care? Empirical evidence from China. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2018, vol. 15, no. 8, p. 1628. doi: 10.3390/ijerph15081628
25. Loerbroks A., Weigl M., Li J., Angerer P. Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. BMC Public Health, 2016, vol. 18, no. 16, p. 342. doi: 10.1186/s12889-016-3016-y
26. Vu-Eickmann P., Li J., Müller A., Angerer P., Loerbroks A. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the pro-fession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2018, vol. 91, no. 5, pp. 643–654. doi: 10.1007/s00420-018-1309-4
27. Ognerubov N.A. Syndrome of emotional burningout of doctors. Vestnik TGU, 2013, vol. 18, no. 4, pp. 1337–1341. (In Russ.).
28. Lacy B.E., Chan J.L. Physician burnout: the hidden health care crisis. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2018, vol. 16, no. 3, pp. 311–317. doi: 10.1016/j.cgh.2017.06.043

29. Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., Cabral J.V., Medeiros L., Gurgel K., et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2018, vol. 13, no. 11, p. e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840
30. Sukhanova N.S. Professional burnout of pediatric surgeons. *Forcipe*, 2022, vol. 5, no. S1, pp. 174. (In Russ.). Available at: <https://ojs3.gpmu.org/index.php/forcipe/article/view/4334> (accessed 19 March 2024).
31. Sorokin G.A., Suslov V.L., Yakovlev E.V., Frolova N.M. Professional burnout in doctors: the value of the intensity and quality of the work. *Gigiena i sanitariya – Hygiene and Sanitation*, 2018, vol. 97, no. 12, pp. 1221–1225. (In Russ.). doi: 10.18821/0016-9900-2018-97-12-1221-1225
32. Rusinova N.L., Safronov V.V. The issue of social inequality in terms of health: a comparative study of Russia within the European context. *Vestnik instituta sotziologii*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 127–147. (In Russ.). doi: 10.19181/vis.2019.28.1.562
33. Krom I.L., Erugina M.V., Kovalyov E.P., Eryomina M.G., Bochkaryova G.N. The quality of life of physicians in the context of financial deprivations. *Sociologiya meditsiny*, 2018, vol. 17, no. 2, pp. 80–82. (In Russ.). doi: 10.18821/1728-2810-2018-17-2-80-82
34. Krom I.L., Erugina M.V., Eremina M.G., Kovalev E.P., Dolgova E.M., Bochkareva G.N., Grigor'eva E.A. Occupational health risks for doctors in contemporary public healthcare systems (review). *Analiz riska zdorov'yu – Health Risk Analysis*, 2020, no. 2, pp. 185–192. (In Russ.). doi: 10.21668/health.risk/2020.2.20
35. Romanova M.M., Chernov A.V., Borisova E.A., Panina I.L. On the issue of professional deformation among medical workers in the conditions of health care reform. *Nauchnoe obozrenie. Pedagogicheskie nauki*, 2019, no. 6, pp. 117–121. (In Russ.). Available at: <https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?id=2263> (accessed 19 March 2024).
36. Nesyn V.V., Nesyna S.V. Burnout of health professionals. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*, 2019, vol. 21, no. 6, pp. 19–23. (In Russ.). doi: 10.26787/nydha-2226-7417-2019-21-6-19-23
37. Lee R.T., Seo B., Hladkyj S., Lovell B.L., Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health*, 2013, no. 11, p. 48. doi: 10.1186/1478-4491-11-48
38. Leont'eva E.Yu., Bykovskaya T.Yu., Ivanov A.S. Current state of working and health conditions of health workers of dental speciality. *Glavnyi vrach Yuga Rossii*, 2019, no. 3, pp. 4–8. (In Russ.).
39. Krasovskii V.O., Karamova L.M., Basharova G.R. Professional'nye riski zdorov'ya personala sluzhby skoroi meditsinskoi pomoshchi. *Norwegian Journal of Development of the International Science*, 2019, no. 26-2, pp. 52–57. (In Russ.).
40. Zang E., Bardo A.R. Objective and subjective socioeconomic status, their discrepancy, and health: evidence from East Asia. *Social Indicators Research*, 2019, vol. 143, no. 2, pp. 765–794. doi: 10.1007/s11205-018-1991-3
41. Wang J., Geng L. Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, no. 2, p. 281. doi: 10.3390/ijerph16020281
42. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. *Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]*. 2nd edition. St. Petersburg, Piter Publ., 2008. 338 p.
43. Alekseev A.A., Larionova I.S., Dudina N.A. *Vrachi – zalozhniki smerti. (Pochemu vrachi umirayut na 10–20 let ran'she svoikh patsientov) [Doctors are hostages of death. (Why do doctors die 10–20 years earlier than their patients)]*. Moscow, Triada Plyus Publ., 2000. 339 p.
44. Mutalimov R.K., Kravtsova K.V. Rules of communication between a doctor and a patient. *Molodoi uchenyi*, 2021, no. 38 (380), pp. 149–150. (In Russ.). Available at: <https://moluch.ru/archive/380/84078/> (accessed 1 April 2024).
45. Selye H. *Stress without Distress*. Philadelphia, PA: Lippincott, 1974. 171 p. (Russ. ed.: Sel'e G. *Stress bez distressa*. Moscow, Progress Publ., 1979. 127 p.).
46. Brait D., Dzhons F. *Stress. Teorii, issledovaniya, mify [Stress. Theories, research, myths]*. St. Petersburg, Paim-Evroznak Publ., 2003. 352 p.
47. Karvasarskii B.D., ed. *Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]*. 5th ed., suppl. St. Petersburg, Piter Publ., 2014. 896 p.
48. Gnezdilov A.V. *Psikhologiya i psikhoterapiya poter' [Psychology and psychotherapy of losses]*. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002. 162 p.

49. Sil'verman Dzh., Kerts S., Dreiper Dzh. Navyki obshcheniya s patsientami [Communication skills with patients]. Moscow, Granat Publ., 2018. 304 p.

50. Solov'eva S.L. Individual'nye psikhologicheskie osobennosti lichnosti vracha [Individual psychological characteristics of the doctor's personality]. St. Petersburg, SPbGMA im. I.I. Mechnikova Publ., 2001. 54 p.

Why does a doctor die before his patients

Solovieva S.L.¹

E-mail: S-Solovieva@ya.ru

¹ Mechnikov North-West State Medical University

41 Kirochnaya str., Saint-Petersburg, 191015, Russia

Phone: +7 (812) 543-39-90

Abstract. The purpose of the study is to analyze the health status of doctors in connection with unfavorable organizational and psychological factors of their professional activities. The article presents data on the duration and quality of life of doctors, their state of health, mental, psychosomatic and somatic diseases. The research material was published in the open press, in particular, according to MEDLINE and PubMed, domestic and foreign articles and monographs on the studied problem. The main risk factors leading to a decrease in the level of psychological well-being and deterioration of the health of doctors of various specialties were investigated and analyzed. The conditions of professional activity of doctors are considered, the requirements for them, as a rule, exceeding the psychological and psychophysiological resources of medical workers, as well as due to chronic emotional tension in the process of performing professional activities. Psychological factors adversely affecting the mental state of medical workers are presented. Conclusions are formulated on the organization of measures aimed at leveling risk factors, preventing emotional combustion, improving health and improving the quality of life of doctors.

Keywords: doctors' health, quality of life, doctors' working conditions, emotional burnout, psychological resources

For citation

Solovieva S.L. Why does a doctor die before his patients. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 4, p. 2. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81) 2023



УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОМБАТАНТАМ С ПТСР

Ларских С.В., Ларских М.В., Михан О.Ю., Потапова О.Н., Железняков М.А.
(Воронеж, Россия)



Ларских Сергей Витальевич

психиатр, психотерапевт, врач высшей категории, первый заместитель главного врача по медицинской части; Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, ул. 20-летия Октября, 73, Воронеж, 394071, Россия. Тел.: 8 (473) 202-02-81.



Ларских Марина Владимировна

Доктор психологических наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией; Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Студенческая ул., 10, Воронеж, 394036, Россия. Тел.: 8 (473) 253-00-05;

заведующая патопсихологической лабораторией; Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, ул. 20-летия Октября, 73, Воронеж, 394071, Россия. Тел.: 8 (473) 202-02-81;
главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения Воронежской области.



Механ Ольга Юрьевна

клинический психолог высшей категории; Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, ул. 20-летия Октября, 73, Воронеж, 394071, Россия. Тел.: 8 (473) 202-02-81.

E-mail: miha81vrn@yandex.ru



Потапова Оксана Николаевна

клинический психолог высшей категории; Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, ул. 20-летия Октября, 73, Воронеж, 394071, Россия. Тел.: 8 (473) 202-02-81.



Железняков Максим Александрович

заместитель главного врача по медицинской части; Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, ул. 20-летия Октября, 73, Воронеж, 394071, Россия. Тел.: 8 (473) 202-02-81.

Аннотация. Целью исследования было установление характера зависимости эффективности междисциплинарной медицинской помощи от возраста комбатанта и времени нахождения комбатанта в зоне боевых действий. Мы предположили, что выраженность ПТСР (снижение показателей ПТСР, тревожности, агрессивности и безнадежности) зависит от возраста и времени нахождения в зоне боевых действий. Самый высокий средний показатель ПТСР наблюдается в группе комбатантов, которые пробыли в зоне боевых действий сравнительно небольшое количество времени — до 6 месяцев. Все комбатанты получили комплексную медицинскую помощь, которая включала комбинированную фармакотерапию и психотерапию (согласно клиническим рекомендациям). Каждый комбатант прошел 16 сессий когнитивно-поведенческой терапии два раза в неделю и тестирование (Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства; Шкала тревоги А. Бека; Методика измерения степени агрессивности Л.Г. Почебут; Шкала безнадежности Бека). В результате было выявлено, что медицинская помощь является эффективной: через 8 недель снижается выраженность симптомов, которые значительно мешают социальной адаптации комбатанта, однако у группы 30—40 лет положительная динамика относительно менее выражена. Можно предположить, что в этом возрастном периоде участие в СВО наиболее травматично.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, тревожность, безнадежность, депрессия, агрессивность, комбатанты

Для цитаты Исследование эффективности междисциплинарной медицинской помощи комбатантам с ПТСР / С.В. Ларских, М.В. Ларских, О.Ю. Михан [и др.] // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 3. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (далее ПТСР), основными симптомами которого являются: повторное переживание травмы, ночные кошмары и повышенный уровень тревожности, гнев и агрессивность, пессимизм и безнадежность, развивается в следствие действия экстремального стресса [1]. До 2022 года медицинские работники психиатрических стационаров практически не сталкивались с пациентами с ПТСР. Исследования ПТСР как зарубежных, так и отечественных авторов посвящены психолого-психотерапевтической помощи ветеранам войн во Вьетнаме, Корее, Афганистане, Чечне и Нагорном Карабахе и т.д. [2; 3; 4]. Современная ситуация обострила необходимость организации и изучения системной и междисциплинарной помощи комбатантам и ветеранам СВО. В этой связи в 2022 г. в работу медицинских учреждений были внедрены клинические рекомендации, в которых прописан порядок оказания междисциплинарной медицинской помощи пациентам с ПТСР [1].

Практически все ученые сходятся во мнении, что ПТСР значительно нарушает социальную адаптацию комбатантов. Так, исследования Е.В. Снедкова, С.В. Литвин-цева, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткина и Х.Б. Ахмедовой показывают, что повышенный уровень тревожности сохраняется долгое время у комбатантов с ПТСР после выписки из стационара. Тревожность часто связана с алкоголизацией, употреблением наркотических средств и медикаментов. О высоком уровне агрессивности комбатантов с ПТСР писали такие ученые как С.Г. Сукиасян, А.М. Шевцов, D.M. Svrakic, McCallum K. и др. Агрессивность является мощным фактором дезадаптации ветеранов как в профессиональной, так и в личной сферах, причиной семейного неблагополучия и разводов. Также исследования В.М. Лыткина, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрика и Н.В. Тарабриной указывают, что для ветеранов боевых конфликтов характерно: пессимизм, неуверенность в завтрашнем дне и ощущение безнадежности, «свертывание жизненных перспектив» и потеря жизненных ориентиров, что является основой суицидального поведения и психологического неблагополучия [5].

Обзор исследований, посвященных изучению эффективности помощи пациентам с ПТСР, позволяет сделать ряд выводов. Во-первых, в основном исследования посвящены эффективности отдельных методов помощи при ПТСР (когнитивно-бихевиоральной терапии, фокусированной на травме терапии, десенсибилизации и переработки травм с помощью движения глаз). Во-вторых, практически полностью отсутствуют работы, посвященные эффективности междисциплинарной помощи при ПТСР. И наконец, все вышеупомянутые исследования были посвящены участникам войн и военных операций, которые имели место до 2022 г. [6].

Но специальная военная операция, по мнению многих ученых, отличается от предыдущих военных конфликтов и имеет особый характер. В первую очередь, это очень длинная линия фронта, что исключает возможность организации психолого-психотерапевтической помощи на месте боевых действий [3]. Кроме того, по мнению С.Г. Сукиасян, эта война отличается тем, что при практическом отсутствии прямых контактов с противником, комбатанты подвергаются атакам беспилотных летательных аппаратов и ракет. «Огонь лился сверху, и не было никакой возможности ответить на удар контрударом, не было возможности защитить себя и прийти на помощь раненым товарищам» [7, с. 6]. Т.е. та реальная «война», с которой сталкивались участники СВО, коренным образом отличается от «ожидаемой картины боевых действий». В этом случае симптомы ПТСР развивались буквально с первых дней травмы, а не спустя несколько недель или месяцев.

Таким образом, анализ работ, посвященных ПТСР, позволяет заключить, что существует значительный недостаток исследований, посвященных изучению эффективности оказания медицинской междисциплинарной помощи участникам специальной военной операции с ПТСР.

Важным аспектом организации эффективной помощи пациентам с ПТСР является проблема зависимости выраженности симптомов ПТСР и эффективности лечения от возраста комбатанта и времени его нахождения в зоне военных действий. Накопилось немало исследований, которые подтверждают линейную зависимость между возрастом комбатанта и риском развития ПТСР, т.е. чем старше комбатант, тем вероятнее развитие у него ПТСР, что ученые связывают со снижением с возрастом психологической пластичности комбатанта [8; 9]. Возрастным периодом наибольшего риска развития ПТСР является, по мнению D.N. Ditlevsen, A. Elklit возрастной период 41—45 лет, тогда как отечественные ученые К.А. Идрисов, В.Н. Красиков к этой группе относят комбатантов старше 45 лет [5, с. 240–248.]. Нам не удалось найти исследований, посвященных зависимости эффективности медицинской помощи при ПТСР от возраста комбатанта.

Многие ученые приходят к выводу, что на выраженность симптомов ПТСР оказывают влияние длительность пребывания комбатанта в зоне боевых действий (И.П. Винокурова, 2009; А.А. Фокин и соавт., 2010; Г.Т. Красильников, М.Ю. Наров, 2003; N. Breslau et al., 2008 и др. [5, с. 109–143]). Но каков характер этой зависимости и допустимое время непрерывного пребывания комбатанта в зоне боевых действий, после которого у них возникают те или иные психические расстройства? На этот вопрос также нет однозначного ответа. Так, в исследованиях Р. Свонк и У. Маршан это время составляет 35 дней, у Р.А. Габриэль — 45 дней. В работах J.W. Appel, P. Lefebvre выраженный ПТСР развивается после 6 месяцев пребывания на фронте, а В.А. Гиляровский пишет о двух годах военной работы, после которой развивается выраженный ПТСР. Согласно работе Е.В. Снедкова, манифестация стрессовых расстройств в среднем наступает на 7—10 месяце пребывания в зоне боевых действий [5, с. 109–143].

Целью нашего исследования было установление характера зависимости эффективности междисциплинарной медицинской помощи от возраста комбатанта и времени нахождения комбатанта в зоне боевых действий.

Гипотеза исследования. Мы предположили, что выраженность ПТСР комбатанта и эффективность стационарной междисциплинарной медицинской помощи комбатантам (снижение показателей ПТСР, тревожности, агрессивности и безнадежности) зависит от возраста комбатанта и времени нахождения комбатанта в зоне боевых действий.

Характеристика выборки. В исследовании участвовало 74 комбатанта СВО с диагнозом F 43.1 (посттравматическое стрессовое расстройство), которые находились в стационаре Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера (КУЗ ВО «ВОКПНД»). Средний возраст $34,04 \pm 8,30$ лет. Боевой опыт — от 1 месяца до двух лет. Все комбатанты получили комплексную медицинскую помощь, которая включала комбинированную психофармакотерапию и психотерапию (согласно клиническим рекомендациям) [1]. Каждый комбатант прошел 16 сессий когнитивно-поведенческой

терапии, два раза в неделю, длительность каждой сессии 50 минут, тестирование при поступлении в стационар и через 8 недель следующей батареей тестов:

1. Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale) [10, с. 141–144].
2. Шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory) [11].
3. Методика измерения степени агрессивности Л. Г. Почебут [12].
4. Шкала Безднадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) [5].

Анализ полученных данных проводился с помощью стандартного пакета Windows Excel (2010). Вычислялись показатели итоговой статистики (средние арифметические величины и параметры вариабельности); оценка различий между двумя выборочными средними величинами проводилась с помощью непараметрического критерия Манна — Уитни при заданных уровнях значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

Результаты исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1. Описательные статистики исследуемых показателей в различных возрастных группах комбатантов

	Общая выборка	20-30 лет n=24	31-40 лет n=24	41-50 лет n=26
В начале госпитализации				
ПТСР	102,03±31,65**	93,09±23,24**	109,09±26,06**	100,92±40,81**
Тревога	30,18±10,01*	27,81±8,66	33,33±9,23*	28,15±11,04*
Агрессия	24,02±9,38*	24,09±8,32*	25,33±8,26*	21,77±11,07*
Безднадежность	10,81±5,05*	10,09±5,72	9,92±4,42*	11,61±4,87*
Через 8 недель				
ПТСР	87,75±27,63**	81,27±20,44**	93,58±22,70**	87,08±37,26**
Тревога	23,78±9,46*	24,54±9,66	25,16±11,32**	21,92±8,18*
Агрессия	17,43±8,391*	18,18±8,17*	18,25±8,56*	15,85±9,16**
Безднадежность	7,27±3,75*	7,45±4,78	7,16±3,74*	7±3,08*

Условные обозначения: ** - уровень значимости при $p < 0,05$;

* - уровень значимости при $p < 0,01$

Как в общей выборке, так и в различных возрастных группах комбатантов были выявлены значимые различия в средних значениях по всем изучаемым показателям в начале госпитализации и после оказания междисциплинарной медицинской помощи (при уровне значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$; табл. 1). Т.е. исследование показало эффективность междисциплинарной медицинской помощи комбатантам (через 8 недель значимо снизились до нормативных значений средние показатели ПТСР, тревожности, безднадежности и агрессивности).

Рассмотрим последовательно все исследуемые показатели в выделенных группах.

ПТСР. Сравнительный анализ показателей ПТСР позволил выявить значимые различия (при $p < 0,05$) во всех трех возрастных группах (как в начале госпитализации, так и после оказания медицинской помощи). Самый высокий средний показатель (при поступлении в стационар $109,09 \pm 26,06$ и после оказания медицинской помощи — $93,58 \pm 22,70$) был выявлен в группе комбатантов 31—40 лет. На втором месте возрастная группа 41—50 лет — (при поступлении в стационар $100,92 \pm 40,8$ и после оказания медицинской помощи — $87,08 \pm 37,26$). Наименьшие среднее значения показателя ПТСР наблюдается в возрастной группе 20—30 лет (при поступлении в стационар — $93,09 \pm 23,69$ и после оказания медицинской помощи — $81,27 \pm 20,44$). Согласно исследованиям, Н. В. Тарабриной, показатель ПТСР выше 92 баллов позволяет диагностировать ПТСР у военнослужащих [10]. Таким образом, в возрастной группе комбатантов 31—40 лет даже после получения медицинской помощи показатель ПТСР превышает норму.

Тревожность. Сравнительный анализ средних значений уровня тревожности в начале госпитализации и после оказания медицинской помощи выявил значимые различия (при $p < 0,01$) во всех трех возрастных группах, т.е. уровень тревожности значимо снизился во всех возрастных группах после оказания медицинской помощи. При этом межгрупповых различий в средних значениях выявлено не было. В начале госпитализации во всех возрастных группах комбатантов был выявлен средний уровень выраженности тревоги.

После оказания медицинской помощи уровень тревоги снизился до легкой степени выраженности только в группе комбатантов 41—50 лет.

Агрессивность. Сравнительный анализ средних значений уровня агрессивности в начале госпитализации и после оказания медицинской помощи также выявил значимые различия (при $p < 0,01$) во всех трех возрастных группах, т.е. средний уровень агрессивности значимо снизился во всех возрастных группах комбатантов после оказания им медицинской помощи. В начале госпитализации в группе комбатантов 31—40 лет был выявлен высокий уровень агрессивности ($25,33 \pm 8,26$). В двух других возрастных группах в начале госпитализации уровень агрессивности был средней степени выраженности. После оказания медицинской помощи средний уровень агрессивности значимо снизился во всех возрастных группах до средней степени выраженности.

Безнадежность. В начале госпитализации средний уровень безнадежности во всех возрастных группах соответствует умеренному уровню безнадежности (при этом межгрупповые различия средних показателей не значимы). После оказания медицинской помощи были выявлены значимое снижение (при $p < 0,01$) средних показателей уровня безнадежности во всех возрастных группах комбатантов до легкой степени выраженности (при этом межгрупповые различия средних показателей также не значимы).

Интересные межгрупповые различия были получены при сравнении средних показателей в группах комбатантов с различным временем пребывания в зоне боевых действий (было выделено три таких группы — до 6 месяцев, от 6 месяцев до года, более года). См. табл. 2.

Таблица 2. Описательные статистики исследуемых показателей в группах комбатантов с разным временем пребывания в зоне боевых действий

	Время пребывания в зоне боевых действий		
	До 6 месяцев n=24	От 6 месяцев до 1 года n=40	Более года n=10
В начале госпитализации			
ПТ СР	105,58±41,84**	100,9±23,24**	92,8±37,44**
Тревога	29,08±12,67*	30,55±8,74*	31,4±9,50*
Агрессия	20,66±8,05*	26,1±8,28*	23,8±15,27*
Безнадежность	10,66±5,52*	10,5±4,88*	12,4±5,37*
Через 8 недель			
ПТ СР	96,16±37,67	87,3±20,12**	69,4±20,27**
Тревога	24,58±11,82	24,2±8,76*	20,2±6,14*
Агрессия	14,75±7,11	18,75±8,12*	18,6±12,22*
Безнадежность	6,83±7,11	7,45±3,84*	7,6±2,88*

Условные обозначения: ** — уровень значимости при $p < 0,05$;

* — уровень значимости при $p < 0,01$

Во всех группах комбатантов были выявлены значимые различия в средних значениях по всем изучаемым показателям в начале госпитализации и после оказания междисциплинарной медицинской помощи (при уровне значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$, табл. 2).

Рассмотрим последовательно все исследуемые показатели.

ПТСР. В группе комбатантов, которые находились в зоне боевых действий до 6 месяцев, имеют место самые высокие средние значения показателя ПТСР ($105,58 \pm 41,84$). После оказания медицинской помощи этот показатель значимо снизился, но был выше нормы ($96,16 \pm 37,67$ при норме 92). На втором месте по степени выраженности был средний показатель ПТСР ($100,9 \pm 23,24$) группы комбатантов, которые находились в зоне боевых действий от 6 месяцев до одного года. И самые низкие значения средних показателей ПТСР ($92,8 \pm 37,44$, при норме 92) были выявлены в группе комбатантов, которые находились в зоне боевых действий практически с начала СВО — более одного года. В этой же группе

средние значения показателя ПТСР снизились после оказания медицинской помощи до $69,4 \pm 20,27$, что по данным Н. В. Тарабриной соответствует «условной норме» ветеранов Афганистана [10].

Тревожность. Сравнительный анализ средних значений уровня тревожности в начале госпитализации и после оказания медицинской помощи выявил значимые различия (при $p < 0,01$) во всех исследуемых группах, т. е. средний уровень тревожности значимо снизился во всех исследуемых группах комбатантов после оказания медицинской помощи. При этом межгрупповых различий в средних значениях выявлено не было. В начале госпитализации во всех исследуемых группах комбатантов был выявлен средний уровень выраженности тревоги. После оказания медицинской помощи уровень тревоги снизился до легкой степени выраженности только в группе комбатантов, которые находились в зоне СВО больше года.

Агрессивность. Сравнительный анализ средних значений уровня агрессивности в начале госпитализации и после оказания медицинской помощи также выявил значимые различия (при $p < 0,01$) во всех трех исследуемых группах, т. е. средний уровень агрессивности значимо снизился во всех группах комбатантов после оказания им медицинской помощи. В начале госпитализации самый высокий уровень агрессивности, который соответствует выраженному уровню агрессии ($26,1 \pm 8,28$), наблюдался в группе комбатантов, которые провели в зоне СВО от 6 месяцев до года. Самый низкий уровень агрессивности ($20,66 \pm 8,05$) в группе комбатантов, которые провели на СВО меньше всего времени.

Безнадежность. В начале госпитализации средний уровень безнадежности во всех исследуемых группах соответствует умеренному уровню безнадежности (при этом межгрупповые различия средних показателей не значимы). После оказания медицинской помощи было выявлено значимое снижение (при $p < 0,01$) средних показателей уровня безнадежности во всех исследуемых группах комбатантов до легкой степени выраженности (при этом межгрупповые различия средних показателей также не значимы).

Таким образом, как показывают результаты нашего исследования, самой «проблемной» возрастной группой комбатантов является группа 31—40 лет. В этой группе в начале госпитализации было выявлено самое высокое среднее значение показателя ПТСР (которое не снизилось до нормативного уровня даже после оказания междисциплинарной медицинской помощи в течение 8 недель) и самый высокий средний уровень агрессивности. И наоборот, наиболее благоприятная картина наблюдается в самой «молодой» группе комбатантов 20—30 лет — самый низкий средний показатель ПТСР в начале госпитализации. Этот факт можно связать с особенностями вышеупомянутых возрастных периодов.

Возрастной период 31—40 лет для мужчины является периодом расцвета и достижений. По мнению многих ученых, в этом возрасте мужчина достигает своего пика в интеллектуальном, творческом и профессиональном развитии [13]. Он, как правило, уже выбрал свою профессию, достиг в ней определенного уровня, авторитета и видит дальнейшие перспективы своего профессионального роста. Степень рационального, логического отношения к жизни в этом возрастном периоде также значительно выше, чем в возрасте 20—30 лет — меньше иллюзий и романтизации различных явлений жизни, больше трезвого расчета, склонности опираться на себя и свои силы. Этот возрастной период характеризуется относительной стабильностью, уверенностью в себе как в гражданине, профессионале, муже и отце семейства. Кроме того, в этом возрастном периоде возрастает социальная зрелость — мужчина уже берет ответственность не только за себя, но и за свою семью и несовершеннолетних детей, впервые занимает покровительственную позицию по отношению к достигшим уже предпенсионного или пенсионного возраста родителям. Т. е. в возрастном периоде 31—40 лет мужчина становится не только главой своей семьи, но и опорой уже немолодым родителям. Можно предположить, что в этом возрастном периоде участие в СВО наиболее травматично — резко меняется годами достигаемая устойчивость жизни, откладываются на неопределенный срок перспективы профессионального развития. Стресс, связанный с участием в боевых действиях, суммируется со страхом за свою семью, несовершеннолетних детей и пожилых родителей. «Как моя семья будет без меня? Кто будет поднимать моих детей, если у меня не будет здоровья достаточно зарабатывать? Кто поможет моим больным родителям?» — эти проблемы часто звучат в индивидуальной и групповой психокоррекционной работе с комбатантами. Тогда как в возрасте 20—30 лет далеко не у всех комбатантов есть свои семья и дети, их родители еще молоды и полны сил, а сами комбатанты еще не избавились от юношеского легкомысленного отношения к жизни.

Что касается времени пребывания в зоне боевых действий и выраженности психологического неблагополучия, то результаты нашего исследования несколько расходятся с предыдущими работами.

На первый взгляд, относительно самая благоприятная картина наблюдается в группе комбатантов, которые находились в зоне боевых действий дольше всего — более одного года. В этой группе комбатантов наблюдаются самые низкие средние показатели ПТСР, как в начале госпитализации, так и после госпитализации. Но в этой группе комбатантов в начале госпитализации имеет место самый высокий средний уровень безнадежности (который, впрочем, значимо снижается через 8 недель оказания медицинской помощи). Этот результат можно объяснить, опираясь на понимание «шоковых» и «протрагированных» форм стрессовых расстройств по В. А. Гильяровскому и Г. Е. Сухаревой [14; 15], согласно которому при длительном психогенном воздействии эмоциональное напряжение уже не так интенсивно, но действует более глубоко (возможно с этим фактом связан и высокий средний уровень безнадежности, который наблюдается в этой группе комбатантов). Вероятно, в этой группе формируется так называемый синдром «старого сержанта», который при относительно невысоких показателях ПТСР характеризуется пессимизмом и безнадежностью, ощущением бесперспективности жизни. В большей степени проявляются негативные психологические симптомы, такие, как трудности с принятием решений, нежелание брать на себя ответственность за других. Более сложные симптомы включали потерю уверенности в себе, беспокойство, депрессию и склонность к самоуничтожительным замечаниям. Во многих отношениях синдром «старого сержанта» похож на феномен эмоционального выгорания [16].

Самый высокий средний показатель ПТСР наблюдается в группе комбатантов, которые пробыли в зоне боевых действий сравнительно небольшое количество времени — до 6 месяцев.

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов:

Междисциплинарная стационарная, в соответствии с клиническими рекомендациями, медицинская помощь является эффективной: через 8 недель снижается выраженность симптомов, которые значительно мешают социальной адаптации комбатанта (ПТСР, тревожность, агрессивность, безнадежность).

Следует обратить внимание на группу комбатантов 31—40 лет, в которой медицинская помощь была относительно менее эффективна по сравнению с другими возрастными группами.

Данное исследование носит пилотажный характер. Цель следующего этапа — проверить эффективность проводимой междисциплинарной медицинской помощи военным из зоны боевых действий с ПТСР со сравнением следующих групп: а) комбатанты, получающие только фармакологическое лечение; б) комбатанты, получающие ту же фармакологическую помощь в сочетании с психотерапевтической помощью с подробным описанием ее мишеней и специфики.

Список источников

1. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ [Электронный ресурс]. – URL: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43p1mz.pdf (дата обращения: 10.03.2024).
2. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство: состояние проблемы, диагностика и психологическая помощь: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2012. – 448 с.
3. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Военная психология: учебник для специалистов психологической работы Вооруженных Сил Российской Федерации. – М.: ВУ, 2016. – 500 с.
4. Сеницына Т.Ю., Кучер А.А. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. – М., 2014. – 617 с.
5. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
6. Казенная Е.В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 110–119. doi: 10.17759/jmfp.2020090410
7. Психологическая помощь участникам боевых действий, членам их семей, беженцам из «горячих точек»: учебно-методическое пособие к программе «Информационные и

гибридные войны» / Т.Ю. Сеницына, С.Н. Палицкая, А.С. Иваненко [и др.] / под общей редакцией А.В. Манойло. – М.: 2023. – 495 с.

8. Ditlevsen D.N., Elklit A. The combined effect of gender and age on posttraumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? // *Annals of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 9. – P. 32. doi: 10.1186/1744-859X-9-32

9. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Психическое здоровье населения Чеченской республики: динамическое популяционное исследование 2002–2008 гг. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2009. – Т. 109, № 7. – С. 76–81.

10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

11. Клинические рекомендации "Паническое расстройство у взрослых" (утв. Минздравом России). Приложение Г6. Шкала тревоги А. Бека [Электронный ресурс]. – URL: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=egkgwVT06DuzCBhq&cacheid=56A19E4C9B99C934B45DE5A0E313CBBB&mode=splus&rnd=7Zj0w&base=LAW&n=395962&dst=102276#FizhwVTIDI6U0teR1> (дата обращения: 10.03.2024).

12. Почебут Л.Г. Кросс-культурная и этническая психология. – СПб.: Питер, 2012. – 336 с.

13. Носко И.В. Психология развития и возрастная психология: учебник. – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2003. – 131 с.

14. Гиляровский В.А. Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения // *Травматические поражения центральной и периферической нервной системы*. – Киев; Харьков: Госуд. мед. изд-во УССР, 1946. – С. 285–288.

15. Сухарева Г.Е. Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта // *Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта)* / под ред. И.Н. Кагановича. – М., 1949. – С. 7–18.

16. Синдром старого сержанта [Электронный ресурс] // Википедия: свободная энциклопедия. – URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.e40d1971-6654a0ed-4b9bd681-74722d776562/https/en.wikipedia.org/wiki/Old_sergeant%27s_syn_drome

References

1. *Klinicheskie rekomendatsii – Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo – 2023-2024-2025* (28.02.2023) – Uтверждено Минздравом РФ [Clinical recommendations. Post-traumatic stress disorder. Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation]. (In Russ.). Available at: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43_p1mz.pdf (accessed 10 March 2024).

2. Kadyrov R.V. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: sostoyanie problemy, diagnostika i psikhologicheskaya pomoshch'* [Post-traumatic stress disorder: the state of the problem, diagnosis and psychological assistance]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2012. 448 p.

3. Karayani A.G., Syromyatnikov I.V. *Voennaya psikhologiya* [Military psychology]. Moscow, VU Publ., 2016. 500 p.

4. Sinitsyna T.Yu., Kucher A.A. *Ekstrennaya psikhologicheskaya pomoshch' postradavshim v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Emergency psychological assistance to victims in emergency situations]. Moscow, 2014. 617 p.

5. Soldatkin V.A., ed. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo* [Post-traumatic stress disorder]. Rostov-on-Don, Izd-vo RostGMU Publ., 2015. 624 p.

6. Kazennaya E.V. Contemporary research on and scientifically based psychotherapeutic methods of treating PTSD in adults. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya – Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020, vol. 9, no. 4, pp. 110–119. (In Russ.). doi: 10.17759/jmfp.2020090410

7. Sinitsyna T.Yu., Palitskaya S.N., Ivanenko A.S., Averkina N.V., Bilibina O.A., Pilyugina E.A. *Psikhologicheskaya pomoshch' uchastnikam boevykh deistvii, chlenam ikh semei, bezhentsam iz "goryachikh tochek": uchebno-metodicheskoe posobie k programme "Informatsionnye i gibridnye voyny"* [Psychological assistance to participants in hostilities, members of their families, refugees from "hot spots". An educational and methodological guide to the program "Information and hybrid wars"] (under the general edited by A.V. Manoilov). Moscow, 2023. 495 p.

8. Ditlevsen D.N., Elklit A. The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 2010, vol. 9, pp. 32. doi: 10.1186/1744-859X-9-32

9. Idrisov K.A., Krasnov V.N. Mental health of the population of the Chechen Republic: a dynamic population study 2002–2008. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry, 2009, vol. 109, no. 7, pp. 76–81. (In Russ.).
10. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg, Piter Publ., 2001. 272 p.
11. Klinicheskie rekomendatsii "Panicheskoe rasstroistvo u vzroslykh" (utv. Minzdravom Rossii). Prilozhenie G6. Shkala trevogi A. Beka [Clinical recommendations "Panic disorder in adults" (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation). Appendix G6. A. Beck Anxiety Scale]. Available at: <https://online.consultant.ru/riv/cgi/online.cgi?req=doc&ts=egkgwVT06DuzCBhq&cacheid=56A19E4C9B99C934B45DE5A0E313CBBB&mode=splus&rnd=7Zj0w&base=LAW&n=395962&dst=102276#FizhwVTIDI6U0te> R1 (accessed 10 March 2024).
12. Pochebut L.G. Kross-kul'turnaya i etnicheskaya psikhologiya [Cross-cultural and ethnic psychology]. St. Petersburg, Piter Publ., 2012. 336 p.
13. Nosko I.V. Psikhologiya razvitiya i vozrastnaya psikhologiya [Developmental psychology and age psychology]. Vladivostok: TIDOT DVGU Publ., 2003. 131 p.
14. Gilyarovskii V.A. The dynamics of neurotic conditions in wartime and the problem of their treatment. In: Travmaticheskie porazheniya tsentral'noi i perifericheskoi nervnoi sistemy [Traumatic lesions of the central and peripheral nervous system]. Kiev; Khar'kov, Gosud. med. izd-vo USSR Publ., 1946, pp. 285–288. (In Russ.).
15. Sukhareva G.E. The doctrine of reactive states in the light of military psychiatric experience. In: Kaganovich I.N., ed. Problemy kliniki i terapii psikhicheskikh zabolevanii (v svete dannykh voenno-psikhiatricheskogo opyta) [Problems of the clinic and therapy of mental diseases (in the light of military psychiatric experience)]. Moscow, 1949, pp. 7–18. (In Russ.).
16. Old sergeant's syndrome. Wikipedia, the free encyclopedia. Available at: [https://en.wikipedia.org/wiki/Old_sergeant%27s_syndrome#:~:text=April%202022\),strong%20interpersonal%20relationships%20among%20officers](https://en.wikipedia.org/wiki/Old_sergeant%27s_syndrome#:~:text=April%202022),strong%20interpersonal%20relationships%20among%20officers)

A study of the effectiveness of interdisciplinary medical care for combatants with PTSD

Larskikh S.V.¹

Larskih M.V.^{1, 2}

Mikhan O.Y.¹

E-mail: miha81vrn@yandex.ru

Potapova O.N.¹

Zheleznyakov M.A.¹

¹ Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary

20-letiya Oktyabrya str., 73, Voronezh, 394071, Russia

Phone: +7 (473) 202-02-81

² Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko

10 Studencheskaya str., Voronezh, 394036, Russia

Phone: +7 (473) 253-00-05

Abstract. The purpose of the study was to establish the nature of the dependence of the effectiveness of interdisciplinary medical care on the age of the combatant and the time the combatant spent in the combat zone. We hypothesized that the severity of PTSD (decrease in PTSD scores, anxiety, aggressiveness and hopelessness) depends on age and time spent in the combat zone. The highest average rate of PTSD is observed in the group of combatants who spent a relatively short amount of time in the combat zone — up to 6 months. All combatants received comprehensive medical care, which included combined pharmacotherapy and psychotherapy (according to clinical recommendations). Each combatant underwent 16 sessions of cognitive-behavioral therapy twice a week, and testing (Mississippi Post-Traumatic Stress Disorder Scale; A. Beck Anxiety Scale; L. G. Pochebut's Aggression Measure; Beck Hopelessness Scale). As a result, it was found that medical care is effective: after 8 weeks, the severity of symptoms decreases, which significantly interfere with the social adaptation of the combatant; however, in the group of 30–40 years old, the positive dynamics are relatively less pronounced. It can be assumed that in this age period participation in SVO is most traumatic.

Keywords: post-traumatic stress disorder, PTSD, anxiety, hopelessness, depression, aggressiveness, combatants

For citation

Larskikh S.V., Larskikh M.V., Mikhan O.Y., Potapova O.N., Zheleznyakov M.A. A study of the effectiveness of interdisciplinary medical care for combatants with PTSD. *Med. psiol. Ross.*, 2023, vol. 15, no. 4, p. 3. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81) 2023



УДК 159.9.072

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА РОРШАХА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРЦИССИЧЕСКИХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ

Бузина Т.С., Кузовлев И.В. (Москва, Россия)



Бузина Татьяна Сергеевна

доктор психологических наук, доцент; Российский университет медицины,
ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия.
Тел.: 8 (495) 609-67-00.
E-mail: tbuzina@ gmail.com



Кузовлев Игорь Владимирович

преподаватель кафедры общей психологии факультета клинической
психологии; Российский университет медицины, ул. Долгоруковская, д. 4,
Москва, 127006, Россия. Тел.: 8 (495) 609-67-00.

Аннотация. Статья посвящена исследованию критериев нарциссических черт в тесте Роршаха. Целью исследования выступило определение критериев дифференциации нарциссических черт в тесте Роршаха у здоровых испытуемых с выраженными нарциссическими чертами личности и испытуемых, не имеющих выраженные нарциссических черт. В качестве основных методов исследования выступили клинико-психологическое интервью и психодиагностические методики, а именно «Опросник нарциссических черт личности» (NPI-40) и тест Роршаха. В ходе исследования были обнаружены тенденции наличия определенных переменных теста Роршаха у людей с высоким уровнем нарциссических черт и отсутствием этих переменных у испытуемых с низким уровнем нарциссизма. В результате исследования получено, что критериями дифференциации нарциссических черт могут выступать такие переменные, как: отражения, грандиозность контента, высокий уровень эгоцентризма, идеализация, персонализация, социальный интерес, избегание социального взаимодействия, недостаточность эмпатической способности.

Ключевые слова: тест Роршаха, расстройства личности, нарциссизм, личность нарциссического типа, психодиагностика

Для цитаты Бузина Т.С., Кузовлев И.В. Возможности теста Роршаха для диагностики нарциссических черт личности // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 4. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Расстройства личности занимают центральное положение в структуре психической патологии, относимой к пограничным состояниям. Расстройства личности являются одной из форм психопатологии, возникающей в результате нарушений самосознания и регуляторных функций. Ключевые проблемы людей с расстройством личности — это проявление малоадаптивного социального поведения, именно этим отличаются расстройства личности от

тревожных расстройств или аффективных расстройств. Тем не менее симптомы расстройства личности способствуют появлению множества повторяющихся вторичных жалоб, таких как биполярно-аффективное расстройство, тревога, депрессия или нарушение режима питания [1]. Люди, страдающие расстройством личности, в большей мере склонны к социальной дезадаптации или неадекватному эмоциональному реагированию, что может привести к проявлению агрессии или аутоагрессии и другим малоадаптивным формам поведения. Суммарный показатель распространенности расстройств личности только среди населения западных стран составляет 12,3 %. Распространенность нарциссического расстройства личности не превышает 0,4 %, а в клинических выборках частота этого расстройства личности достигает уже 2–16 % [2]. По результатам эпидемиологических данных распространенность расстройств личности варьирует от 4 до 23 % (суммарный показатель — 12,3 %) среди населения западных стран. А частота встречаемости расстройств личности в структуре пограничной психической патологии по данным отечественных исследователей колеблется от 2,3 до 32,7 %. Особенного внимания, с клинической точки зрения, заслуживают эпидемиологические данные о том, что расстройства личности сопровождаются статистически значимым снижением качества жизни, нарушением социального функционирования и профессиональной дезадаптацией. Чем более выражена личностная дисгармония, то есть чем больше в структуре расстройства личности аномальных черт, тем ниже качество жизни [1; 2]. В современном мире наблюдается значительное увеличение случаев проявления нарциссического расстройства личности, которые среди двадцатилетних встречаются втрое чаще, чем у поколения 1980-х годов [3].

Препятствия на пути оценки личностных расстройств и их лечения остаются головной болью в клинической практике. Отчасти некоторые из этих препятствий связаны с неуловимым конструированием «личности» и тем, что делает ее «неупорядоченной». Аналогичным образом измерение любой конструкции зависит от стабильности и точности измерения, а также от характера инструмента, используемого для выполнения измерения. Выявить квинтэссенцию личностных элементов непросто, как и найти правильный инструмент для ее измерения [4]. В связи с чем становится актуален вопрос разработки инструмента, способного дать как можно более полное представление о личности, так как имеющихся скрининговых методов, например, различных опросников, может быть недостаточно для получения полной и достоверной информации. В тесте Роршаха эксперт может интерпретировать данные теста на структурном (объективном и наблюдаемом) уровне, одновременно рассматривая темы, вопросы и конфликты, выраженные человеком (проективный и ассоциативный уровень). В этом смысле тест Роршаха предоставляет эмпирически измеримый способ оценки отличительных перцептивных, организационных и ассоциативных процессов [5; 6]. Переменные теста Роршаха идентифицируют и описывают многие стойкие закономерности неадаптивного внутреннего опыта и поведения, характерные для многих диагностических критериев расстройства личности. Они включают в себя характерные способы восприятия себя и других, интерпретации событий, способность управлять эмоциональными реакциями и интенсивностью аффектов, межличностное функционирование и контроль над импульсами [7].

Нарциссизм часто ассоциируется с психопатологией. Он был концептуализирован психологами как личностное расстройство и как альтернатива, как черта. Нарциссическое расстройство личности характеризуется паттернами грандиозности, потребностью в восхищении и отсутствием эмпатии [8; 9]. В научной литературе указывается, что нарциссические проявления охватывают три измерения: «, во-первых, это чувство позитивной самости: нарциссическая самость активна, позитивна, раздута, особенна и эгоистична. Второе измерение охватывает отсутствие интереса к теплым и заботливым межличностным отношениям, наряду с чем обнаруживается снижение уступчивости, ответственности, эмпатии, чувства принадлежности, заботы о других и потребности в близости. Последнее измерение проявляется в стратегиях само-регуляции» [10]. В национальном эпидемиологическом исследовании нарциссизм ассоциировался с высоким уровнем злоупотребления алкоголем, алкогольной и наркотической зависимостью. Нарциссическое расстройство личности также связано с агрессией, психопатией, суицидальным поведением и импульсивностью. Нарциссическое расстройство личности может привести к нарушению функционирования, например, к трудностям с адаптацией, депрессии, эмоциональному выгоранию и межличностным проблемам [11; 12].

Переменные теста Роршаха идентифицируют и описывают многие стойкие закономерности неадаптивного внутреннего опыта и поведения, характерные для многих диагностических критериев расстройства личности. Они включают в себя характерные

способы восприятия себя и других, интерпретации событий, способность управлять эмоциональными реакциями и интенсивностью аффектов, межличностное функционирование и контроль над импульсами [13; 14]. Использование теста Роршаха в этом вопросе имеет ряд преимуществ, так как он способен в полной мере оценить личность человека со сниженной критичностью, если у пациента уже имеется какое-либо психическое расстройство, и достоверно оценить личность из-за действия защитных механизмов или особой мотивации на сокрытие информации о себе у условно здорового испытуемого [15]. У людей, страдающих тем или иным расстройством личности, чаще возникают особые переменные в тесте Роршаха, определенный набор которых уникален для каждого расстройства личности. Так, например, по результатам одного исследования для нарциссического расстройства личности было установлено, что страдающие данным расстройством люди используют примитивные оборонительные структуры, демонстрируют более интенсивную и общую агрессию, а также более высокую реакцию и имеют более высокий уровень грандиозности [16; 17]. Люди с нарциссическим расстройством личности демонстрировали значительно более высокий уровень эгоцентризма и более высокий уровень идеализации, чем группа испытуемых с другими расстройствами личности, и в гораздо большей мере, чем условно здоровые люди [18; 19].

Целью исследования является определение критериев дифференциации нарциссических черт в тесте Роршаха.

В качестве основных **методов исследования** были использованы библиографический, клиничко-психологический, психодиагностический, статистический.

Методики: «Опросник нарциссических черт личности» (NPI-40), тест Роршаха и полуструктурированное клиничко-психологическое интервью.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе испытуемым было предложено пройти «Опросник нарциссических черт личности» (NPI-40). Это позволило сформировать две группы: с высоким и низким уровнем нарциссизма. На втором этапе все испытуемые каждой группы поочередно были приглашены пройти тест Роршаха, а также клиничко-психологическое интервью. «Опросник нарциссических черт личности» NPI-40 разработан для измерения нарциссизма как свойства личности в социально-психологических исследованиях. Опросник основан на критериях нарциссического расстройства личности из DSM-III и предназначен для исследования субклинического или обычного выражения нарциссизма. В методику NPI-40 входят такие шкалы, как авторитет, демонстративность, нарциссизм, превосходство, избранность, использование людей, самодостаточность и тщеславие [20].

С помощью клиничко-психологического интервью выявлялись особенности следующих сфер жизни испытуемого: взаимоотношения с окружающими, самооценка и самовосприятие, особенности эмоциональной сферы и копинг-стратегий, семейная история. Данные, полученные с помощью клиничко-психологического интервью, использовались для сопоставления с результатами теста Роршаха, что позволило оценить надежность результатов.

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS, а именно составлялись таблицы сопряженности и с помощью точного критерия Фишера и критерия согласия Пирсона оценивалась значимость различий по наличию в протоколе ответов, содержащих переменные теста Роршаха, способные дифференцировать нарциссизм, у испытуемых с высоким и низким уровнем нарциссизма.

В данном исследовании проводился анализ следующих переменных:

1. Уровень нарциссизма (за переменную принимался уровень нарциссизма, полученный по результатам методики NPI-40).

И ряд переменных, содержащихся в тесте Роршаха:

2. Отражения (наличие в ответах испытуемых отражений или зеркал).

3. Грандиозность контента (ответам приписываются преувеличенные силы).

4. Персонализация (ответы содержат ссылку на личный опыт).

5. Высокий уровень эгоцентризма (в результатах теста Роршаха показатель EgoInd >0,44).

6. Идеализация (содержание ответа или комментариев указывает на цельные и мощные изображения объектов).

7. Низкий социальный интерес (количество людей в ответах (SumH) <4).

8. Избегание социального взаимодействия (в результатах теста Роршаха показатель Isol >0,32).

9. Неадекватная социальная перцепция (низкая социальная перцепция в случае, когда количество фрагментов людей, несуществующих человекоподобных образов и их частей в сумме превышает количество людей $Hd+(H)+(Hd)>H$).

10. Магические ответы (восприятие магических фигур или фигур, обладающих сверхъестественными способностями).

11. Уровень сотрудничества (низкий уровень, когда количество активного взаимодействия между объектами в пятне $(COP) \leq 2$).

12. Высокий уровень асертивности (в ответах присутствует показатель активных деструктивных действий $(AG) > 2$).

13. Недостаточность эмпатической способности (в результатах теста Роршаха показатель $M- = 1$).

14. Чувство утраты объекта привязанности (выявляется при отсутствии ответов, опирающихся на текстуру пятна $(SumT > 1)$).

Характеристики выборки: в исследовании приняло участие двадцать пять условно здоровых испытуемых, имеющих высокий уровень нарциссизма, и двадцать пять испытуемых, не имеющих выраженных нарциссических черт по результатам психодиагностического исследования. Возраст испытуемых составлял $21,5 \pm 3,5$. Среди испытуемых было 22 женщины и 28 мужчин. Группы сравнения были уравнены по следующим социально-демографическим параметрам: возраст, социальное положение, семейное положение и уровень образования. Таким образом подавляющее большинство испытуемых — это студенты, не состоящие в браке и имеющие полное среднее образование. Критериями исключения из выборки являлись: наличие психического расстройства и средний уровень нарциссизма по результатам методики NPI-40.

Результаты и обсуждение

По результатам теста Роршаха и опросника нарциссических черт личности (NPI-40) были составлены четырехклеточные таблицы сопряженности, где по строкам располагалось наличие высоко или низкого уровня нарциссических черт, а по столбцам — наличие или отсутствие соответствующей переменной. В ходе их анализа были получены следующие результаты (Таблица 1):

Таблица 1. Результаты по таблицам сопряженности

Переменная	Испытуемые с высоким уровнем нарциссизма, имеющие данную переменную		Испытуемые с низким уровнем нарциссизма, имеющие данную переменную		Наличие значимости различий ($p < 0,05$)
	Количество	в% ($n=25$)	Количество	в% ($n=25$)	
Зеркала и отражения	25	100	11	44	+
Грандиозность контента	16	64	5	20	+
Персонализация	20	80	11	44	+
Высокий уровень эгоцентризма	23	92	5	20	+
Идеализация	20	80	2	8	+
Низкий социальный интерес	20	80	3	12	+
Избегание социального взаимодействия	20	80	2	8	+
Неадекватная социальная перцепция	18	72	9	36	-
Магические ответы	19	76	16	64	-
Низкий уровень сотрудничества	15	60	11	44	-
Высокий уровень асертивности	7	28	3	12	-
Недостаточность эмпатической способности	17	68	3	12	+
Чувство утраты объекта привязанности	17	68	12	48	-

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что наличие зеркал или отражений (Fg или rG) может являться одним из критериев дифференциации нарциссизма. По

полученным данным этот признак встречается в 100 % случаев у людей с высокой выраженностью нарциссизма, при этом выявлено, что данный критерий является статистически значимым. Наличие зеркал в протоколе теста Роршаха говорит о склонности испытуемых к искусственному завышению самооценки и собственной значимости, что в целом характерно для нарциссических личностей.

По результатам исследования наличие грандиозного контента в ответах испытуемых также может считаться критерием дифференциальной диагностики нарциссизма. По нашим данным грандиозный контент встречается в 64 % случаев у людей с высокой выраженностью нарциссизма и является статистически значимой переменной.

По результатам исследования показатель персонализации, содержащийся в ответах на стимулы теста Роршаха у испытуемых, обладает статистической значимостью и может являться критерием дифференциальной диагностики. Наличие персонализации говорит о наличии защитного механизма, активирующегося в случае возникновения угрозы для образа я для обеспечения безопасности в общении с другим. Это говорит о том, что даже конструктивная критика в адрес нарциссической личности может вызвать чрезмерную ответную реакцию на нее, так как она будет восприниматься как угроза для собственного Я.

По нашим данным подтверждается возможность использовать высокое значение индекса эгоцентричности для дифференциации нарциссизма с помощью теста Роршаха. Значение высокого индекса эгоцентричности в нашем исследовании встречается в 92 % случаев у людей с высоким показателем нарциссизма и не выявляется в 92 % случаев у группы с низкой выраженностью нарциссизма, а также выявлена статистическая значимость данной переменной. Это говорит о склонности испытуемых с высоким уровнем нарциссизма к эгоцентризму, то есть фиксации на собственных мыслях, чувствах и переживаниях.

Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие магии в ответах испытуемых на тест Роршаха не обладает статистической значимостью, а значит не может являться критерием дифференциации нарциссизма. О способности данной переменной дифференцировать нарциссизм сообщают современные исследования, однако достоверных эмпирических данных, подтверждающих данное предположение, нет. Поэтому полученный вывод не противоречит проанализированной литературе.

Из полученных данных следует, что идеализация в ответах испытуемых может выступать в качестве дифференциального критерия нарциссизма. В нашем исследовании данная переменная встречается в 80 % случаев у испытуемых с выраженным нарциссизмом и только в 8 % случаев у лиц с низким уровнем нарциссизма, а также является статистически значимой. Грандиозность контента и наличие идеализации говорит о преобладающем у испытуемых с высоким уровнем нарциссизма чувстве собственной значимости и уникальности.

Количество ответов, содержащих образы людей или человекоподобных созданий, меньшее четырех или отсутствие социального интереса по данным нашего исследования может являться критерием дифференциации нарциссических черт. Эта переменная встречается в 80 % случаев среди испытуемых с высоким уровнем нарциссизма и в 88 % не выявляется среди лиц с низким уровнем нарциссизма, а также является статистически значимой. Это говорит о склонности нарциссических личностей к игнорированию окружающих, что в свою очередь, вероятно, связано с повышенным уровнем эгоцентризма.

Высокий уровень социальной изоляции по результатам исследования удовлетворяет условиям, по которым данная переменная может являться критерием дифференциации нарциссизма. В нашем исследовании эта переменная встречается в 80 % случаев у испытуемых с высоким уровнем нарциссизма и в 8 % случаев у лиц с низким уровнем нарциссизма, а также является статистически значимой. Это говорит о склонности испытуемых избегать близких эмоционально значимых социальных отношений, что в свою очередь связано с повышенным уровнем эгоцентризма.

По результатам исследования переменные, включающие неадекватную социальную перцепцию (количество людей, меньшее, чем сумма их фрагментарного количества вместе с человекоподобными фигурами и их частями), низкий уровень сотрудничества, высокий уровень ассертивности и наличие чувства утраты объекта привязанности не могут являться дифференциальными критериями нарциссизма. Однако данный вывод не соотносится с результатами анализа литературы. Так, например, неадекватный уровень социальной перцепции говорит о том, что нарциссические личности воспринимают других только с точки зрения какой-либо пользы или выгоды для них, а не как полноценных личностей, а это в свою очередь является патологической характеристикой. Поэтому данный вывод либо является артефактным, либо эти показатели характерны только для людей, страдающих

нарциссическим расстройством личности. В любом случае данный результат представляет большой интерес для дальнейших исследований, так как есть вероятность, что данные переменные будут способны дифференцировать нарциссическое расстройство личности от нарциссического характера.

Наличие переменной в тесте Роршаха, указывающей на недостаточность эмпатической способности, может являться критерием дифференциации нарциссизма. В нашем исследовании данная переменная встречается в 68 % случаев у испытуемых с высокой выраженностью нарциссизма и в 12 % случаев у лиц с низким уровнем нарциссизма, а также является статистически значимой. Недостаток эмпатической способности говорит о неспособности испытуемых в полной мере осознать чувства и эмоции окружающих, что, вероятно, связано с повышенным уровнем эгоцентризма и отсутствием социального интереса.

Также необходимо учесть, что из-за небольшого количества испытуемых к полученным результатам стоит относиться с немного большей степенью критичности. Поэтому данные результаты скорее говорят нам о наличии некоторой тенденции проявления связи между описанными феноменами. Однако надежность полученных данных также обеспечивалась соотношением результатов нашего исследования и исследований, представленных в научных статьях. Для большей уверенности в надежности полученных данных сформулированные нами выводы требуют дальнейшей эмпирической проверки в последующих исследованиях. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеется некоторая содержательная тенденция в ответах испытуемых, имеющих высокий уровень нарциссизма. А именно: в протоколах испытуемых с высоким уровнем нарциссизма чаще имеются ответы, содержащие зеркала и отражения, грандиозность контента, персонализацию, высокий уровень эгоцентризма, идеализацию контента, низкий социальный интерес, высокий показатель избегания социального взаимодействия, а также недостаточность эмпатической способности, а так как данные переменные статистически значимы по результатам нашего исследования, то они могут являться критериями дифференциации уровня нарциссизма.

По результатам проведенного эмпирического исследования выявлено, что в ответах испытуемых с высоким уровнем нарциссизма имеются тенденции высокочастотного присутствия определенных переменных теста Роршаха, и это говорит о возможности дифференциальной диагностики нарциссических черт с помощью теста Роршаха, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

При сопоставлении ответов испытуемых и данных клинико-психологического интервью были получены следующие результаты (Диаграмма 1 и Диаграмма 2):

Диаграмма 1. Результаты ответов на вопрос об ощущении успешности

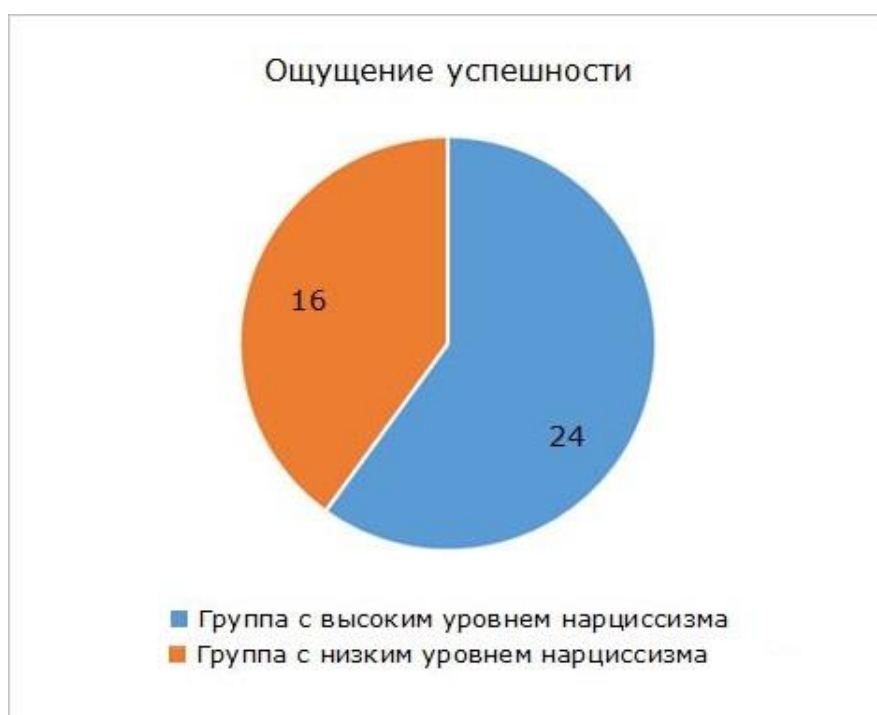
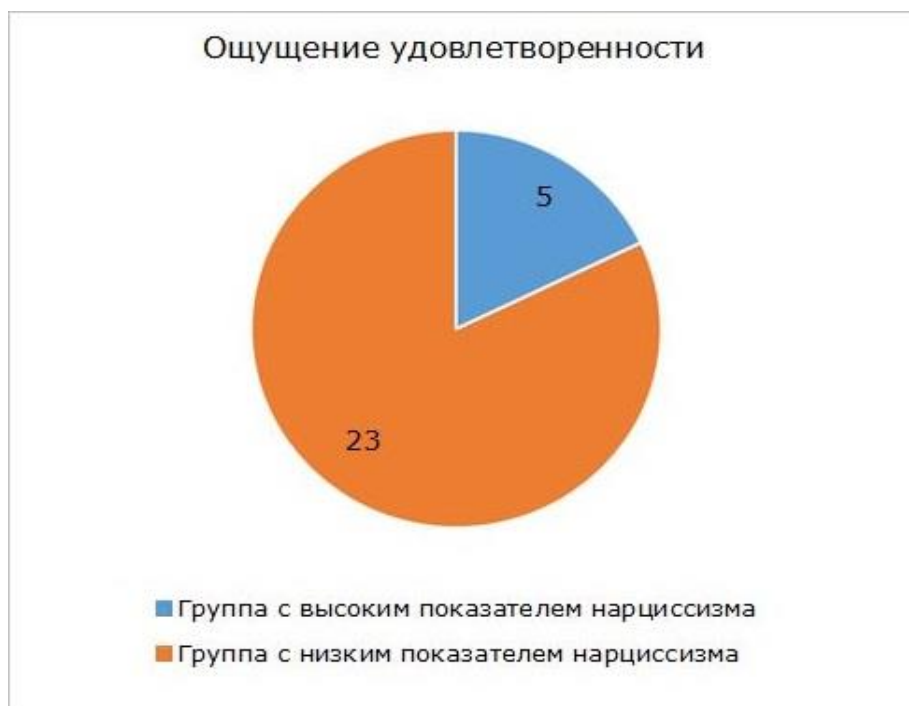


Диаграмма 2. Результаты ответов на вопрос об удовлетворенности от жизни



Из приведенных выше диаграмм видно, что по результатам интервью большинство испытуемых с высоким уровнем нарциссизма считают себя достаточно успешными, но при этом не испытывают удовлетворенности от собственной жизни, в то время как группа с низким уровнем нарциссизма отмечает собственную успешность в меньшем количестве случаев, однако они в большей мере удовлетворены своей жизнью. Данный вывод также подтверждается с помощью статистического анализа ($p \leq 0,05$). Это может говорить о том, что люди с высоким уровнем нарциссизма стремятся к достижению или действительно достигают принятых в обществе критериев «успеха», однако при этом они остаются не удовлетворены собственной жизнью, то есть чувствуют, что-либо они сделали недостаточно много, либо недостаточно хорошо. Данное наблюдение может являться показателем возможных будущих эмоциональных нарушений, возникающих из-за подобного расхождения в оценке собственных достижений и удовлетворенностью жизнью, а также соотносится с представлениями о нарциссической личности.

Выводы

1. У людей, страдающих тем или иным расстройством личности чаще возникают особые переменные в тесте Роршаха (такие как отражения, высокий показатель индекса социальной изоляции и эгоцентризма, и др.), определенный набор которых уникален для каждого расстройства личности. Качественный анализ этих критериев может оказаться полезным в процессе выбора наиболее подходящей формы психотерапевтического лечения и в области дифференциальной диагностики.

2. Тест Роршаха обладает рядом уникальных переменных (отражения, персонализация, индекс социальной изоляции, индекс эгоцентризма), которые способны помочь в идентификации нарциссического расстройства личности. Качественный интеграционный анализ протокола ответов испытуемого по совокупности уникальных для нарциссического расстройства переменных может позволить достаточно точно определить, страдает ли человек данным расстройством или это является проявлением его нарциссического характера.

3. Следующие переменные возможно использовать в качестве дифференцирующих нарциссизм, это подтверждают данные проанализированной литературы и наличие статистической значимости, полученной при эмпирическом исследовании:

- 1) отражения (наличие в ответах испытуемых отражений или зеркал);
- 2) грандиозность контента (ответам приписываются преувеличенные силы);

- 3) высокий уровень эгоцентризма (в результатах теста Роршаха показатель EgoInd >0,44);
- 4) идеализация (содержание ответа или комментариев указывает на цельные и мощные изображения объектов);
- 5) персонализация (ответы содержат ссылку на личный опыт);
- 6) социальный интерес (пониженный социальный интерес в случае, если количество людей в ответах (SumH) <4);
- 7) избегание социального взаимодействия (в результатах теста Роршаха показатель Isol >0,32);
- 8) недостаточность эмпатической способности (в результатах теста Роршаха показатель M=1).

Список источников

1. Personality Disorder / C.F. Bliton, E.A. Dowgwillo, S. Dawood [et al.] // Encyclopedia of Personality and Individual Differences. – 2017. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_923-1
2. Смулевич А.Б. Расстройства личности. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 192 с.
3. Психоанализ: учебник для вузов / М.М. Решетников [и др.]; под ред. М.М. Решетникова. – М.: Юрайт, 2020. – 317 с.
4. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма: учеб. пособие. – М.: УМК «Психология», 2001. – 89 с.
5. Gacono C.B., Smith J.M. Some comments on the idiographic interpretation of Rorschach findings // Journal of Projective Psychology and Mental Health. – 2022. – Vol. 29, no. 1. – P. 4–14.
6. Бурлачук Л.Ф. Методика Роршаха. Краткое пособие. – М.: Смысл, 2013. – 103 с.
7. Narcissism and reactions to a self-esteem insult: an experiment using predictions from self-report and the Rorschach task / E.S. Gritti, G.J. Meyer, R.F. Bornstein [et al.] // Journal of Personality Assessment. – 2020. – Vol. 103, no. 5. – P. 621–633. doi: 10.1080/00223891.2020.1848854
8. Польская Н.А., Соловьянова Ю.А. Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самооотношения в молодежной выборке // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 74–92. doi: 10.17759/cpse.2019080405
9. Haidar H.S., de Luca M. Psychodynamic assessment of psychosis in adolescence: A test-retest case study with the french school projective method // Rorschachiana. – 2020. – Vol. 41, no. 1. – P. 63–86. doi: 10.1027/1192-5604/a000121
10. Афанасенко И.В., Левчук А.В., Махрина Е.А. Нарциссические особенности и их связь с ценностями и направленностью личности у студентов-гуманитариев // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2016. – Т. 5, № 6А. – С. 65–80.
11. Edershile E.A., Wright A.G.C. Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective // Journal of Personality and Social Psychology. – 2021. – Vol. 120, no. 5. – P. 1386–1414. doi: 10.1037/pspp0000370
12. Rorschach Assessment of the Personality Disorders / ed. by S. Huprich. – Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. – 496 p.
13. Exner J.E., Jr., Erdberg Ph. The Rorschach: A comprehensive system. – 3rd edition. – New York, NY: Wiley, 2005.
14. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. – М.: Когито-Центр, 2011. – 397 с.
15. Assessing narcissism using Rorschach based imagery and behavior validated by clinician reports: studies with adult patients and nonpatients / E.S. Gritti, D.P. Marino, M. Lang [et al.] // Assessment. – 2018. – Vol. 25, no. 7. – P. 898–916. doi: 10.1177/1073191117715728
16. Narcissism in the Rorschach revisited: some reflections on empirical data / M.J. Hilsenroth, J.C. Fowler, J.R. Padawer [et al.] // Psychological Assessment. – 1997. – Vol. 9, no. 2. – P. 113–121. doi: 10.1037/1040-3590.9.2.113
17. Nezowski T.M., Wood J.M. Narcissism in the comprehensive system for the Rorschach // Clinical Psychology Science and Practice. – 1995. – Vol. 2, no. 2. – P. 179–199. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00038.x
18. Exner J.E., Jr. Rorschach responses as an index of narcissism // Journal of Projective Techniques and Personality Assessment. – 1969. – Vol. 33, no. 4. – P. 324–330. doi: 10.1080/0091651X.1969.10380156

19. Gacono C.B., Meloy J.R., Heaven T.R. A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality // Journal of Personality Assessment. – 1990. – Vol. 55, no. 1-2. – P. 270–279. doi: 10.1080/00223891.1990.9674066

20. Шамшикова О.А., Клепикова Н.М. Психометрический анализ и стандартизация зарубежной методики "Нарциссический опросник личности" (R. Raskin, C.S. Hall, 1979; J. Zimmermann, 1994) // Мир науки, культуры, образования. – 2010. – Т. 6, № 25-1. – С. 169–176.

References

1. Bliton C.F., Dowgwillo E.A., Dawood S., Pincus A.L. Personality Disorder. Encyclopedia of Personality and Individual Differences, 2017. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_923-1

2. Smulevich A.B. Rasstroistva lichnosti [Personality disorders]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2007. 192 p.

3. Reshetnikov M.M., ed. Psikhoanaliz [Psychoanalysis]. Moscow, Yurait Publ., 2020. 317 p.

4. Sokolova E.T., Chechel'nitskaya E.P. Psikhologiya nartsissizma [The Psychology of narcissism]. Moscow, UMK "Psikhologiya" Publ., 2001. 89 p.

5. Gacono C.B., Smith J.M. Some comments on the idiographic interpretation of Rorschach findings. Journal of Projective Psychology and Mental Health, 2022, vol. 29, no. 1, pp. 4–14.

6. Burlachuk L.F. Metodika Rorshakha. Kratkoe posobie [The Rorschach method. A short guide]. Moscow, Smysl Publ., 2013. 103 p.

7. Gritti E.S., Meyer G.J., Bornstein R.F., Marino D.P., di Marco J. Narcissism and reactions to a self-esteem insult: an experiment using predictions from self-report and the Rorschach task. Journal of Personality Assessment, 2020, vol. 103, no. 5, pp. 621–633. doi: 10.1080/00223891.2020.1848854

8. Pol'skaya N.A., Solovyanova Y.A. Narcissistic features of personality and their correlation with self-attitude in young adult sample. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya – Clinical Psychology and Special Education, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 74–92. (In Russ.). doi: 10.17759/cpse.2019080405

9. Haidar H.S., de Luca M. Psychodynamic assessment of psychosis in adolescence: A test-retest case study with the french school projective method. Rorschachiana, 2020, vol. 41, no. 1, pp. 63–86. doi: 10.1027/1192-5604/a000121

10. Afanasenko I.V., Makhrina E.A., Levchuk A.V. Narcissistic features and their relationship with the values and orientation of the personality of students in the Humanities. Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya – Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches, 2016, vol. 5, no. 6A, pp. 65–80. (In Russ.).

11. Edershile E.A., Wright A.G.C. Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. Journal of Personality and Social Psychology, 2021, vol. 120, no. 5, pp. 1386–1414. doi: 10.1037/pspp0000370

12. Huprich S., ed. Rorschach Assessment of the Personality Disorders. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. 496 p.

13. Exner J.E., Jr., Erdberg Ph. The Rorschach: A Comprehensive System. 3rd edition. – New York, NY, Wiley, 2005.

14. Assanovich M.A. Integrativnaya sistema psikhodiagnostiki metodom Rorshakha [An integrative system of psychodiagnostics by the Rorschach method]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2011. 397 p.

15. Gritti E.S., Marino D.P., Lang M., Meyer G.J. Assessing narcissism using Rorschach based imagery and behavior validated by clinician reports: studies with adult patients and nonpatients. Assessment, 2018, vol. 25, no. 7, pp. 898–916. doi: 10.1177/1073191117715728

16. Hilsenroth M.J., Fowler J.C., Padawer J.R., Handler L. Narcissism in the Rorschach revisited: some reflections on empirical data. Psychological Assessment, 1997, vol. 9, no. 2, pp. 113–121. doi: 10.1037/1040-3590.9.2.113

17. Nezworski T.M., Wood J.M. Narcissism in the comprehensive system for the Rorschach. Clinical Psychology Science and Practice, 1995, vol. 2, no. 2, pp. 179–199. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00038.x

18. Exner J.E., Jr. Rorschach responses as an index of narcissism. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment, 1969, vol. 33, no. 4, pp. 324–330. doi: 10.1080/0091651X.1969.10380156

19. Gacono C.B., Meloy J.R., Heaven T.R. A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 1990, vol. 55, no. 1-2, pp. 270–279. doi: 10.1080/00223891.1990.9674066

20. Shamshikova O.A., Klepikova N.M. Psikhometricheskii analiz i standartizatsiya zarubezhnoi metodiki "Nartsissicheskii oprosnik lichnosti" (R. Raskin, C.S. Hall, 1979; J. Zimmermann, 1994). *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya* – The world of science, culture and education, 2010, vol. 6, no. 25-1, pp. 169–176. (In Russ.).

Possibilities of the Rorschach test for diagnosis of narcissistic personality traits

Buzina T.S.1

E-mail: tbuzina@gmail.com

Kuzovlev I.V.1

1 Russian University of Medicine

4 Dolgorukoskaya str., Moscow, 127006, Russia

Phone: +7 (495) 609-67-00

Abstract. The article is devoted to the research of criteria of narcissistic traits in the Rorschach test. The purpose of the study was to determine the criteria of differentiation of narcissistic traits in the Rorschach test in healthy subjects with pronounced narcissistic personality traits and subjects without pronounced narcissistic traits. The main methods of the study were the clinical-psychological interview and psychodiagnostic techniques, namely the Narcissistic Personality Inventory and the Rorschach test. The study found trends in the presence of certain variables of the Rorschach test in people with high levels of narcissistic traits and the absence of these variables in subjects with low levels of narcissism. As a result of the study it was obtained that the criteria for differentiation of narcissistic traits can be such variables as: reflection grandiosity of content, high level of egocentrism idealization, personalization, social interest avoidance of social interaction, lack of empathic ability.

Keywords: Rorschach test, personality disorders, narcissism, narcissistic type personality, psychodiagnostics

For citation

Buzina T.S., Kuzovlev I.V. Possibilities of the Rorschach test for diagnosis of narcissistic personality traits. *Med. psiol. Ross.*, 2023, vol. 15, no. 4, p. 4. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81) 2023



УДК 159.9

СИМПТОМАТИКА НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ

Адеева Т.Н., Дятлова Е.Н. (Кострома, Россия)



Адеева Татьяна Николаевна

Кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой специальной педагогики и психологии; Костромской государственный университет, ул. Дзержинского, 17, Кострома, 156005, Россия. Тел.: 8 (4942) 49-80-00. E-mail: t_adeeva@ksu.edu.ru



Дятлова Екатерина Николаевна

магистрант 2 курса Института педагогики и психологии, кафедра специальной педагогики и психологии; Костромской государственный университет, ул. Дзержинского, 17, Кострома, 156005, Россия. Тел.: 8 (4942) 49-80-00. E-mail: katenka.diatlova@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается проблема трудностей обучения младших школьников. Описывается нейропсихологический подход как один из перспективных методов в изучении проблемы трудностей обучения младших школьников. Представлены результаты нейропсихологического исследования высших психических функций младших школьников. Выявлена разная симптоматика нарушения высших психических функций.

Ключевые слова: младший школьный возраст, трудности обучения, высшие психические функции, нейропсихологический симптом, нейропсихологический симптомокомплекс

Для цитаты Адеева Т.Н., Дятлова Е.Н. Симптоматика нарушений высших психических функций у младших школьников с трудностями обучения // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 5. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

На протяжении длительного времени одной из центральных психолого-педагогических проблем являются трудности обучения детей в массовых общеобразовательных учреждениях. Особенную актуальность эта проблема представляет для детей младшего школьного возраста, так как некачественное усвоение базовых знаний негативно сказывается в дальнейшем на следующих звеньях школьного обучения. Кроме того, неуспеваемость учащихся по ряду предметов непосредственно влияет на личностное и эмоционально-волевое развитие младшего школьника. Отставание в усвоении школьных знаний может быть причиной агрессивного поведения детей, так как постоянное пребывание в ситуации неуспеха или тревожного ожидания неуспешности провоцирует поведенческие отклонения и нередко толкает школьников к асоциальным формам поведения [1]. Под

разным углом эту проблему рассматривают множество наук, таких как педагогика, психология, нейрофизиология, нейропсихология и другие.

Школьники с трудностями в обучении — это учащиеся, которые в силу различных социальных и психологических причин испытывают устойчивые затруднения в усвоении общеобразовательных программ, но при этом у таких детей отсутствуют выраженные нарушения интеллекта, отклонения в развитии слуха, зрения, речи и двигательной сферы [2]. С середины XX века ученые обратили свое внимание на проблемы детей, связанные с освоением процесса письма, чтения, счета учащимися начальных классов. В указанный период начали использовать термин «трудности обучения» (learning disabilities, learning disorders). На сегодняшний день этот термин имеет множество синонимов. Наиболее популярными являются «трудности учения», «школьная неуспеваемость», «трудности в обучении», «школьные трудности» и т.д. Основными возможными характеристиками учащихся данной категории детей являются выраженная неуспеваемость по учебным предметам, несформированность эмоционально-волевой сферы, снижение либо отсутствие мотивации к учебе, несоответствие психических процессов возрасту учащихся, высокая утомляемость, отклонения в поведении, трудности в адаптации, заниженная самооценка и т.д. [3].

Причины трудностей обучения в научной литературе, как и трактовка самого понятия, весьма разнообразны. В психофизиологических исследованиях, в исследованиях по специальной психологии и нейропсихологии обычно выделяют две группы факторов: средовые (экзогенные) и биологические (эндогенные) [4].

В настоящее время возросло количество детей, имеющих разнообразные отклонения в развитии. Таким детям чаще всего требуется помощь педагогов, психологов и врачей. Но зачастую причины, по которым младшие школьники сталкиваются с трудностями в учебе, не лежат на поверхности, и ребенок, не имеющий с точки зрения медицины физических и психологических проблем и находящийся на уровне среднестатистической нормы по уровню развития, испытывает трудности в обучении. Дети в начальной школе не всегда могут стать успевающими учениками даже при их сильном внутреннем желании, при высоком уровне учебной мотивации и при достаточно хорошем соматическом состоянии.

Существующие школьные образовательные программы как правило ориентированы на некое «среднее», нормативное развитие ребенка того или иного возраста, и сформированность соответствующих психических функций является одним из важных факторов успешного обучения школьника. Нейропсихологическая симптоматика нарушений развития зачастую лежит в основе школьной неуспеваемости. Разнообразные проявления индивидуальных вариантов протекания психической деятельности требуют своевременной диагностики и коррекции. Одной из проблем в современной нейропсихологической науке является то, что исследований, посвященных нейропсихологическому обследованию здоровых детей в разные возрастные периоды, недостаточно, они имеют фрагментарный характер [5]. Особенно мало исследований, направленных на изучение психических функций детей младшего школьного возраста. Кроме того, в современной нейропсихологии детского возраста актуальными являются проблемы диагностики особенностей психических функций: отсутствие стандартизации процедуры исследования, а также нормативных данных для различных этапов онтогенеза.

Представителями нейропсихологического подхода к диагностике причин трудностей обучения младших школьников являются такие отечественные психологи как Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, А.В. Семенович, Ю.В. Микадзе, Ж.М. Глозман и другие. По мнению Т.В. Ахутиной «Важной составной частью процесса развития дошкольной и школьной психологической службы является внедрение в нее нейропсихологического подхода к диагностике, профилактике и коррекции трудностей обучения» [6, с. 9].

Ю.В. Микадзе рассматривает проблему школьной неуспеваемости, ее возможные причины и способы коррекции, используя термин ИПР (иррегулярность психического развития). По его мнению, дети с непатологическими отклонениями психического развития (ИПР) часто относятся к числу неуспевающих учеников в школе. Ученый подчеркивает, что коррекция школьной неуспеваемости особенно актуальна в отношении детей младшего школьного возраста, когда результаты коррекционной работы могут быть особенно высоки [7].

Еще один представитель нейропсихологического подхода Ж.М. Глозман в своих трудах рассматривает учащихся, имеющих трудности в обучении, как детей, которые не демонстрируют признаков аномального развития и относятся к «практической норме». Автор подчеркивает, что неуспеваемость в общеобразовательных школах вызывается множеством

причин, которые педагоги зачастую затрудняются определить. Для понимания причин трудностей в обучении и их преодоления необходим нейропсихологический анализ высших психических функций (ВПФ), который позволит определить недостаточно сформированные функциональные системы [8].

В настоящее время понятно, что неуспевающие школьники имеют сниженный уровень развития ВПФ по сравнению с успевающими. Однако до сих пор открытым остается вопрос о значении каждой функции в обеспечение успеваемости и насколько выраженным должен быть нейрокогнитивный дефицит, чтобы компенсаторные возможности оказались бессильны.

В то же время отсутствуют однозначные данные о том, снижение каких конкретных психических функций приводит к школьным неудачам, является ли возрастная несформированность отдельных звеньев ВПФ проявлением нормативной гетерохронии развития и обязательно ли эта несформированность должна провоцировать какие-либо трудности в обучении. Вероятно, дисфункции психического развития вносят неодинаковый вклад в школьную неуспеваемость. Может существовать некая «критическая масса» дисфункций, при наборе которой успеваемость начнет снижаться, тогда как при наличии одиночных дисфункций успеваемость не отличается от нормы [9].

В процессе нейропсихологической диагностики можно определить сохранные, развитые звенья ВПФ, локализовать слабые звенья, а в дальнейшем построить стратегии коррекционных или реабилитационных воздействий. Данный вид диагностики основан на методе факторного анализа, с помощью которого выявляются нейропсихологические симптомы, а также их сочетания (симптомокомплексы). Нейропсихологические симптомы — это нарушения или дезинтеграция какой-либо высшей психической функции вследствие нарушения определенной зоны мозга [10]. Нарушения одной и той же функции (симптом) может иметь различную локализацию из-за нарушения разных звеньев в структуре функции.

Для понимания причин трудностей обучения детей младшего школьного возраста было проведено нейропсихологическое обследование детей 7—9 лет, имеющих трудности в освоении школьной программы. Целью исследования являлось определение нейропсихологических симптомокомплексов у детей с трудностями в обучении. Нами было обследовано 30 детей (8 девочек и 22 мальчика), средний возраст которых составил 8 лет 1 мес. Исследование проводилось на базе средних образовательных школ № 44, № 21, № 13, № 18 г. Костромы. Из 30 школьников 4 человека являлись учащимися 1 класса, 24 человека — 2 класса, 2 человека — 3 класса. Все дети не имели признаков аномального развития, позволившее изучить состояние их ВПФ.

Нейропсихологическое обследование проводилось на основе адаптированной для детей младшего школьного возраста батареи тестов А. Р. Лурии, разработанной и апробированной сотрудниками лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова (Ахутина Т. В. и соавт., 1996), в также использовали ряд проб из методики нейропсихологического обследования в детской популяции, описанной А. В. Семенович. Было использовано 27 проб, направленных на исследование развития произвольных движений (праксиса); акустического (невербального) гнозиса: оценки и восприятия слухового материала, в том числе невербального слухового материала; зрительного гнозиса: оценка сформированности аналитических (левополушарных) и холистических (правополушарных) стратегий механизмов зрительного восприятия и опознания зрительной информации, зрительно-пространственных представлений и зрительно-моторных координаций; возможности грамматически правильно построить фразу; понимания сложных логико-грамматических отношений, активных и пассивных конструкций с прямым и обратным порядком слов, предложных конструкций; памяти: процессов запоминания слухоречевой информации, процессов зрительного запоминания и узнавания вербализируемого и невербализируемого материала; мыслительных операций: наглядно-образное, вербальное и невербальное мышление, соматогнозиса, орального праксиса, а также энергетический компонент деятельности.

Для качественного анализа полученных результатов было выделено 10 показателей ВПФ. Используемые пробы для исследования каждого показателя представлены в таблице (табл. 1).

Таблица 1. Используемые пробы для оценки показателей ВПФ

№ п/п	Показатель	Пробы
1	Программирование, регуляция	Выполнение ритмов по речевой инструкции,

	и контроль (произвольная регуляция) деятельности	реакция выбора, графическая проба, проба на динамический праксис
2	Кинестетический праксис	Проба на реципрокную координацию движений, проба на динамический праксис, графическая проба, проба на праксис позы пальцев
3	Слуховой гнозис	Оценка ритмических структур, воспроизведение ритмов по слуховому образцу, понимание близких по звучанию и значению слов
4	Зрительный гнозис	Опознавание наложенных изображений, опознавание перечёркнутых изображений, недорисованные
5	Зрительно-пространственная ориентировка	Проба на реципрокную координацию движений, графическая проба, Пробы Хэда, конструктивный праксис, рисунок стола, графическая проба
6	Оральный праксис	Понимание близких по звучанию и значению слов, проба на завершение фраз, понимание смысла рассказа по серии сюжетных картинок, пробы на оральный кинестетического и кинестетический праксис
7	Слухоречевая память	Проба на запоминание двух групп по три слова
8	Понятийный аппарат	Исследование свободных и направленных ассоциативных реакций, понимание смысла рассказа по серии сюжетных картинок, «Пятый лишний», пробы на исследование зрительного гнозиса
9	Соматогнозис	Пробы Хэда, локализация прикосновения, Проба Ферстера, название частей тела
10	Нейродинамика	Графическая проба и другие

Из представленной выше таблицы видно, что многие пробы могут быть использованы для оценки нескольких показателей, что свидетельствует об их высокой информативности. Например, особенности выполнения графической пробы могут использоваться для оценки таких показателей ВПФ, как программирование, произвольная регуляция и контроль деятельности, кинестетический праксис, зрительно-пространственная ориентировка, а также уровень энергетического компонента деятельности. Показатель нейродинамического развития может быть исследован с помощью большинства проб, так как он относится к I блоку (по А. Р. Лурии) и свидетельствует о состоянии большинства показателей ВПФ. Для количественной оценки каждого показателя мы использовали пятибалльную систему балльных оценок: чем ниже балл, тем ниже уровень развития показателя ВПФ. Таким образом, каждый показатель оценивался по пятибалльной системе: где 0-1 балл — низкий уровень показателя ВПФ; 2-3 балла — средний уровень показателя ВПФ; 4-5 баллов — высокий уровень показателя ВПФ (табл. 2).

Таблица 2. Оценка развития показателей ВПФ по 5-балльной шкале

Показатели	Количество человек		
	0-1 балл	2-3 балла	4-5 баллов
Программирование, регуляция и контроль (произвольная регуляция) деятельности	9	16	5
Кинестетический праксис	4	9	17
Слуховой гнозис	1	1	28
Зрительный гнозис	1	2	27
Зрительно-пространственная ориентировка	8	12	10
Оральный праксис	6	7	17
Слухоречевая память	2	16	12
Понятийный аппарат	0	5	25
Соматогнозис	0	1	29

Нейродинамика	1	0	29
---------------	---	---	----

В результате нейропсихологических диагностик выявлено, что наибольшее количество младших школьников имеет заниженные результаты по таким показателям, как «программирование, регуляция и контроль (произвольная регуляция) деятельности», «зрительно-пространственная ориентировка» и «слухоречевая память». Несформированность кинестетического и орального праксиса наблюдается у порядка половины учащихся, прошедших обследование. Наилучшие результаты младшие школьники получили по показателям «соматогнозис», «зрительный гнозис», «слуховой гнозис», «понятийный аппарат», а также «нейродинамика». Последние два показателя имеют наиболее высокий уровень развития у детей. Количество школьников, получивших низкие и средние показатели развития ВПФ представлены в таблице (табл. 3).

Таблица 3. Количество школьников, получивших низкие и средние показатели развития ВПФ

Показатель	Общее количество человек с низким и средним показателями	Количество человек с низкими показателями	Количество человек со средними показателями
Программирование, регуляция и контроль (произвольная регуляция) деятельности	25	9	16
Кинестетический праксис	13	4	9
Слуховой гнозис	2	1	1
Зрительный гнозис	3	1	2
Зрительно-пространственная ориентировка	20	8	12
Оральный праксис	13	6	7
Слухоречевая память	18	2	16
Понятийный аппарат	5	0	5
Соматогнозис	1	0	1
Нейродинамика	1	1	0

В результате исследования показателя «Программирование, регуляция и контроль (произвольную регуляцию) деятельности» обнаружилось, что у 25 младших школьников уровень развития данного показателя находится на низком или среднем уровне. На это указывали существенные ошибки во время проведения пробы «динамический праксис», «реакция выбора», «выполнение ритмов по речевой инструкции», «графическая проба». Кроме того, на недостаточный уровень сформированности данного показателя указывали жалобы школьников на усталость, их частая отвлекаемость и невозможность сконцентрировать внимание на выполнении заданий. Такие дети часто торопились, не выслушав задание начинали его выполнять, перебивали.

Оценка показателя «кинестетический праксис» свидетельствует о недостаточной сформированности данного показателя у 13 детей: при выполнении проб на реципрокную координацию движений, на динамический праксис и графическую пробу младшие школьники часто не могли переключаться с одного движения на другое, с трудом организовывали и автоматизировали серию движений.

Проба на запоминание двух групп по три слова показала заниженные результаты слухоречевой памяти у 18 детей. Большинство учащихся смогли воспроизвести правильно лишь 3 слова из 6 возможных. Наиболее частые ошибки при этом были следующие: нарушение порядка элементов внутри группы, перенос слова из одной группы в другую, повторение слова дважды. Меньше всего наблюдались ошибки: звуковая замена (изменение одного звука), искажение слова (изменение более одного звука в слове), а также вплетение (добавление непредъявлявшегося слова).

Низкие и средние значения баллов сформированности слухового гнозиса получили 2 детей: младшие школьники неудачно прошли пробы на оценку ритмических структур, воспроизведение ритмов по слуховому образцу, а также понимание близких по звучанию и значению слов.

В ходе исследования зрительного гнозиса были обнаружены проблемы у 3 младших школьников с опознанием наложенных, перечеркнутых изображений, а также изображений с неполным набором признаков. Также указывали на несформированность зрительного гнозиса у таких детей ошибки при составлении рассказа по серии сюжетных картинок. Например, в случае, когда ребенок не улавливал смысл сюжета целиком, а выделял один предмет из картинки и уже по нему сочинял рассказ.

Недостаточная сформированность зрительно-пространственной ориентировки была обнаружена у 20 исследуемых младших школьников. При выполнении графической пробы ученики с недостаточностью этой функции не могли сориентировать рисунок на листе, не удерживали строку, размер элементов был различным. При выполнении пробы «рисунок стола» школьники допускали грубые метрические, проекционные и топологические ошибки. При выполнении пробы на конструктивный праксис не могли нарисовать рисунок человека. Пробы Хэда вызвали затруднение у 10 человек.

Выполнение проб на сформированность орального праксиса вызвала затруднение также у 13 детей. У таких детей вызвало затруднение выполнение по речевой инструкции действий: «щелкать языком», «надувать щеки», «поднимать брови вверх» и другое.

Недостаточное развитие понятийного аппарата наблюдалось у 5 учащихся: дети с трудом подбирали правильные названия предметов и животных при пробах на опознание наложенных изображений, опознание перечеркнутых изображений, недорисованных предметов. Также у таких детей наблюдался скудный словарный запас при составлении рассказа по картинкам, школьники не могли подобрать правильные названия животных, например, аиста ребенок называл лебедем, осла — козлом. При исследовании свободных и направленных ассоциативных реакций учащиеся вспоминали лишь несколько «любых слов», «действий», «растений», а иногда не могли вспомнить ни одного слова из какой-либо группы. При выполнении пробы «пятый лишний» школьники часто выбирали неправильное слово, при этом не могли объяснить свой выбор.

Один обследуемый школьник неудачно прошел пробы на исследование соматогностической функции: ребенок не мог показать до какого места на его теле коснулся взрослый, дать название этой части тела.

Низкий уровень энергетического компонента деятельности наблюдался у 1 исследуемого ребенка: в середине диагностики ребенок становился более медлительным, его приходилось подбадривать, переспрашивать, к концу диагностики школьник и вовсе отказался выполнять задания путем молчания.

В результате нейропсихологического исследования обнаружилось, что 24 младших школьника имеют нейропсихологический симптомокомплекс: у них обнаружен недостаточный уровень развития по двум и более показателям ВПФ. Наибольшее количество учащихся — 9 человек имеют недостаточный уровень развития 4 показателей ВПФ, 7 человек получили недостаточные результаты по 3 показателям. Равное количество человек (3 человека) получили низкие и средние баллы по 1, 5 и 6 показателям. У 2 человек обнаружился недостаточный уровень 2 показателей. При этом обнаруживается разное не только количество, но и сочетание симптомов.

Таким образом, проблема трудностей обучения младших школьников в общеобразовательных учреждениях очень актуальна в современном образовательном процессе. В последнее время развивающаяся быстрыми темпами нейропсихология детского возраста рассматривает причины возникновения трудностей в обучении с позиции незрелости мозговых структур, несформированности функциональных систем головного мозга. Нейропсихологическая диагностика позволяет выявить актуальный уровень развития ВПФ, а также особенности их развития. Полученные в ходе нейропсихологического исследования результаты говорят о том, что младшие школьники, испытывающие трудности в обучении, имеют нейропсихологические симптомы и симптомокомплексы. У 80 % младших школьников, прошедших нейропсихологическое исследование, выявлен симптомокомплекс, состоящий из 2 и более симптомов. Уровень развития различных ВПФ у наибольшего количества детей недостаточен, что, безусловно, сказывается на качестве усвоения школьного материала.

Список источников

1. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Нейропсихология и школа // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. – 2012. – № 2. – С. 116–123.

2. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты: методическое пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: Владос, 2001. – 136 с.
3. Бганба А.С. Особенности коммуникативного сотрудничества учащихся с трудностями в обучении (в условиях образовательных учреждений Абхазии) // Мир науки, культуры, образования. – 2024. – № 2 (105). – С. 20–23.
4. Амбалова С.А., Бекоева М.И. К вопросу о психологических особенностях учебной деятельности и агрессивном поведении младших школьников // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5, № 2. – С. 183–185.
5. Петракова П.В. Особенности зрительно-пространственных функций в младшем, среднем и старшем школьном возрасте // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова. – 2016. – № 17. – С. 95–99.
6. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет: коллективная монография / под ред. Т.В. Ахутиной. – М.: В. Секачев, 2016. – 278 с.
7. Микадзе Ю.В., Чурсина Н.П., Маслов О.Р. Нейропсихологическая диагностика и коррекция старших дошкольников и младших школьников (по методике ДИАКОР): учебно-методическое пособие. – М.: МИОО, 2012. – 128 с.
8. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении / под общ. ред. Ж.М. Глозман. – 4-е изд. – М.: Генезис, 2022. – 336 с.
9. Хохлов Н.А., Словенко Е.Д. Нейропсихологические предикторы школьной неуспеваемости // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. – 2020. – № 3. – С. 291–313.
10. К вопросу о факторном анализе по А.Р. Лурия при нейропсихологическом исследовании и нейропсихологической реабилитации / В.А. Миненков, М.Г. Жести-кова, Н.Ю. Киселев [и др.] // Вестник российской академии естественных наук (Западно-Сибирское отделение). – 2016. – № 18. – С.191–197.

References

1. Akhutina T.V., Pylaeva N.M. Neuropsychology and school. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psikhologiya – Lomonosov Psychology Journal, 2012, no. 2, pp. 116–123. (In Russ.).
2. Shevchenko S.G. Korrektsionno-razvivayushchee obuchenie: organizatsionno-pedagogicheskie aspekty [Correctional and developmental training: organizational and pedagogical aspects]. Moscow, Vlados Publ., 2001. 136 p.
3. Bganba A.S. Features of communicative cooperation of students with learning difficulties (in conditions of educational institutions of Abkhazia). Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya – The world of science, culture and education, 2024, no. 2, pp. 20–23. (In Russ.).
4. Ambalova S.A., Bekoeva M.I. The issue of psychological peculiarities of educational activity and aggressive behavior of younger schoolboys. Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya – Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology, 2016, vol. 5, no. 2, pp. 183–185. (In Russ.).
5. Petrakova P.V. Features of visual-spatial functions in younger, middle and senior school age. Vestnik Khakasskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.F. Katanova, 2016, no. 17, pp. 95–99. (In Russ.).
6. Akhutina T.V., ed. Metody neiropsikhologicheskogo obsledovaniya detei 6–9 let [Methods of neuropsychological examination of children 6-9 years old]. Moscow, V. Sekachev Publ., 2016. 278 p.
7. Mikadze Yu.V., Chursina N.P., Maslov O.R. Neiropsikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya starshikh doshkol'nikov i mladshikh shkol'nikov (po metodike DIAKOR) [Neuropsychological diagnostics and correction of senior preschoolers and younger schoolchildren (according to the DIAKOR method)]. Moscow, MIOO Publ., 2012. 128 p.
8. Glozman Zh.M., ed. Prakticheskaya neiropsikhologiya. Opyt raboty s det'mi, ispytyvayushchimi trudnosti v obuchenii [Practical neuropsychology. Experience working with children with learning difficulties]. 4th edition. Moscow, Genezis Publ., 2022. 336 p.
9. Khokhlov N.A., Slovenko E.D. Neuropsychological predictors of poor school performance. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psikhologiya – Lomonosov Psychology Journal, 2020, no. 3, pp. 291–313. (In Russ.).
10. Minenkov V.A., Zhestikova M.G., Kiselyov N.Yu., Zorkin I.I. To the question of factor analysis by A.R. Luria in neuropsychological research and neuropsychological

rehabilitation. Vestnik rossiiskoi akademii estestvennykh nauk (Zapadno-Sibirskoe otделение), 2016, no. 18, pp. 191–197. (In Russ.).

Symptoms of disorders of higher mental functions in younger students with learning difficulties

Adeeva T.N.¹

E-mail: t_adeeva@ksu.edu.ru

Dyatlova E.N.¹

E-mail: katenka.diatlova@yandex.ru

¹ Kostroma State University

17 Dzerzhinskogo St., Kostroma, 156005, Russia

Phone: +7 (4942) 49-80-00

Abstract. The article deals with the problem of learning difficulties for younger students. The neuropsychological approach is described as one of the promising methods in studying the problem of learning difficulties in primary school children. The results of a neuropsychological study of the higher mental functions of younger schoolchildren are presented. Various symptoms of disorders of higher mental functions have been identified.

Keywords: primary school age, learning difficulties, higher mental functions, neuropsychological symptom, neuropsychological symptom complex

For citation

Adeeva T.N., Dyatlova E.N. Symptoms of disorders of higher mental functions in younger students with learning difficulties. Med. psiol. Ross., 2023, vol. 15, no. 4, p. 5. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81) 2023



УДК 159.9

НОВЫЙ ПУТЬ К НАРКОТИЗАЦИИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТУДЕНТАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Рычкова О.В. (Москва, Россия)



Рычкова Ольга Валентиновна

Доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии; Московский государственный психолого-педагогический университет, ул. Сретенка, д. 29, Москва, 127051, Россия. Тел. 8 (495) 632-92-02.

E-mail: rychkovaov@mgppu.ru

Аннотация. По данным зарубежных исследований последних лет практики потребления психоактивных веществ (ПАВ) изменяются во всем мире, особенно заметны изменения таких практик в развитых странах. В числе активно формирующихся в студенческой популяции практик — применение стимулирующих препаратов, в том числе медикаментозных, для целей повышения продуктивности и академической результативности. В исследовании, проведенном в России, с использованием on-line опроса на условиях анонимности (анализировались ответы 606 студентов российских вузов), получено подтверждение высокого уровня переживаемого респондентами стресса, зафиксированы симптомы эмоционального неблагополучия у части респондентов. Исследование показало, что значительная часть лиц из обследованной выборки прибегает к использованию ПАВ, в том числе лекарственных средств, призванных повысить работоспособность, улучшить запоминание материала и достичь желаемой академической успешности. Нашли подтверждение факты обращения студентов российских вузов к широкому кругу препаратов, используемых для улучшения когнитивных функций. Была продемонстрирована роль переживаемого стресса как фактора, значимо повышающего обращение к ПАВ. Удалось установить связь отдельных установок студентов, особенностей восприятия ими учебного процесса с частотой обращения к ПАВ. Полученные в настоящем пилотажном исследовании результаты важны для планирования дальнейшего изучения проблемы использования ПАВ студентами вузов, выявления социальных и личностных факторов такого потребления, указывают перспективные направления профилактической работы.

Ключевые слова: психоактивные вещества, улучшение когнитивных функций, студенческий стресс, стимуляторы, ноотропы

Для цитаты Рычкова О.В. Новый путь к наркотизации: использование студентами психоактивных веществ для улучшения когнитивных функций // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 6. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Употребление наркотических веществ было и остается практикой, сопряженной с тяжелыми медицинскими и социальными последствиями, и проблемой, сложной для научного изучения. Эпидемиологические данные, публикуемые учреждениями наркологического профиля, равно как и данные иных ведомств, не отражают объемов реального потребления, а появление новых синтетических наркотиков, производство которых трудно отследить и оценить по масштабу, усложнило ситуацию. Эксперты Международного комитета по

контролю над наркотиками ООН в документах последних лет подчеркивают глубокое разочарование в возможностях законодательного и силового сдерживания наркотизации, отмечая рост наркопотребления в мире [1]. Особенно употребление ПАВ распространено среди молодежи в возрасте от 18 до 25 лет, причем «именно здоровье молодых людей больше всего страдает от связанных с этим (наркотизацией) последствий» [2].

Использование наркотических веществ в юношеском возрасте является актуальной проблемой и в современной России. Специалистами неоднократно предпринимались попытки изучения наркотизации у лиц юношеского возраста, системного анализа причин ее существования, определения факторов риска и готовности личности к употреблению наркотиков, путей профилактики. В соответствии с теоретическими моделями, использованными авторами, предлагались программы по предупреждению наркозависимости, как правило, ориентированные на подростков. Ограниченный объем статьи не позволяет провести подробный анализ таких программ, но стоит отметить, что в большинстве случаев в отечественной литературе склонность к употреблению ПАВ подростками и лицами юношеского возраста описывается в логике моделей девиантного или саморазрушающего поведения [3; 4; 5], где последнее скорее свидетельствует о симптомах патологии формирующейся личности или иных психических расстройств. Второй часто используемой моделью является трактовка потребления ПАВ как рекреационного, осуществляемого в контексте совместного времяпрепровождения и группового отдыха, отражающего мотивы гедонистические или следования нормам социального окружения, с предпочтением алкоголизации.

Неоднократно предлагались программы превенции, в качестве причины обращения к ПАВ определяющие личностную predisposition. Она может быть описана по-разному, в зависимости от предпочитаемой авторами программ модели личности: с акцентом на биологических, характерологических, поведенческих, ценностно-смысловых, связанных с собственным «Я», иных аспектах, либо их сочетании. Подобные программы опираются на представление о людях, обращающихся к ПАВ, особенно к наркотикам, как о личностно несостоятельных, дезадаптированных, а трактовка наркопотребления звучит как проявление личностного фиаско. Указанная загодя присутствующая стигматизирующая, конфронтационная установка усиливает сопротивление у предполагаемых участников программ и снижает результативность последних. Модель рекреационного потребления предполагает наличие в программах профилактики фокуса на формировании ценностей здорового образа жизни и предложение альтернативных форм досуга. Эти программы вызывают меньше сопротивления, но сложнее организуемы, требуют значительных ресурсов.

Важно, что современное положение дел с наркопотреблением сложнее указанных, ставших общеупотребительными, моделей. Возникают и оформляются новые значимые практики, за которыми стоят иные выборы и мотивы обращения к ПАВ, и на смену «традиционной» модели рекреационного использования алкоголя или употребления опиатов маргинальными группами населения приходят иные тенденции, значительно менее исследованные, но очень опасные. Это и переход к новым синтетическим или «дизайнерским» наркотикам, которые не только легче синтезировать, но и сложнее обнаружить. Это и новая мифология потребления с идеями якобы возможного контролируемого использования «легких» наркотиков, безвредности и допустимости последних. Изменяется мотивация потребления, отношение к наркотикам в обществе, возникают новые молодежные субкультуры, диктующие свои правила; данные тенденции недостаточно освещены отечественными специалистами, пока о них пишут преимущественно социологи [6; 7; 8; 9]. Обращает на себя внимание тот факт, что к ПАВ стали прибегать вполне осознанно люди без очевидных признаков психологических проблем или иных психических дефицитов, не только соответствующие критериям психического здоровья, но и высоко продуктивные, успешные. Подобные практики пока не стали предметом внимания и целенаправленного изучения российских специалистов, как например — использование ПАВ, в первую очередь — разрешенных медицинских препаратов, воздействующих на нервную систему, в целях улучшения когнитивных функций [10].

Исследования потребления ПАВ студентами вузов

Проблема употребления ПАВ студентами вузов изучена в России также недостаточно; отдельные исследования проводятся на малых выборках, оценивают использование двух-трех групп веществ, и строятся на основе указанных выше моделей рекреационного потребления [3], либо с опорой на концепцию дезадаптивного копинга со стрессом [4]. Немногие систематические исследования отражают тенденции современного

наркопотребления. В диссертационном исследовании Цветковой Л.А. [5] использование наркотических веществ студентами определено как «наркопотребление психически здоровых людей, которое является отражением общесоциальных проблем и культуральных особенностей общества», с акцентом на происходящей «нормализации» наркопотребления. При современном звучании формулировок автор исследования принципиально важным для вовлечения студентов в наркопотребление полагает опыт взаимодействия со сверстниками с девиантным поведением в период до поступления в вуз, роль неблагополучия в родительской семье. Описаны некоторые повышающие вероятность использования ПАВ ценностные установки: «высокая значимость денег, низкая оценка уважения со стороны окружающих, отсутствие значимости образования». Злоупотребление ПАВ связывается с признаками девиантного, «рискованного» поведения (неупорядоченное сексуальное поведение, абсентеизм в учебной деятельности, низкая успеваемость); то есть основной моделью наркопотребления студентов в цитируемой работе остается подход, используемый в девиантологии.

Относительно недавние исследования на студенческой выборке свидетельствуют о приобщении к приему ПАВ уже в подростковом возрасте, который определен как «наиболее уязвимый», и ведущим фактором определено также социальное окружение [11]. Авторы дают аккуратные комментарии в отношении роли семьи, оценивая ее как статистически незначимую и скорее протективную (при наличии семейной поддержки). К сожалению, констатируя роль «значимой группы» как способствующей вовлечению в процесс наркотизации [Там же], авторы упускают роль интернет-общения, участия студентов во многих онлайн группах, состоящих из незнакомых им в реальной жизни людей, тогда как роль такого рода социального общения в настоящее время невозможно переоценить. Обосновываемые результатами проведенного исследования профилактические программы здесь также формулируются в логике обозначенных выше направлений: как широкомасштабные неспециализированные, направленные «на социальные и личностные факторы риска возникновения данного поведения, в том числе на формирование личностной зрелости», на социальное окружение. К сожалению, такие программы не являются специализированными, не отвечают требованиям мишене-ориентированности, не учитывают современные модели потребления ПАВ.

Важно, что независимо от типа и теоретической основы профилактических программ, ключевой для них является идея о непосредственном и неоспоримом вреде наркотических веществ для физического и психического здоровья человека. К сожалению, эта идея звучит не столь убедительно, когда речь заходит о новых классах препаратов, активно предлагаемых легально, на медицинском рынке. Большое число лекарств ноотропного и стимулирующего действия позиционируется авторитетными врачами как способные оказать положительное влияние на психическое состояние человека, увеличить сопротивляемость стрессу, повысить работоспособность. Фарминдустрия также предлагает противотревожные средства, антидепрессанты, в том числе «природного» происхождения, то есть безвредные, по мнению рекламодателей. Потребление широкого круга разнообразных лекарственных веществ презентуют пользователям в качестве легкого и безопасного способа преодоления стресса и/или неблагоприятного эмоционального и физического состояния, и/или как возможность повысить эффективность интеллектуальной деятельности. Следствием подобной рекламы является обращения к лекарственным препаратам, используемым как аналоги наркотических веществ, и этот широко известный врачам-психиатрам-наркологами феномен практически не изучен отечественными исследователями, изолированные публикации преимущественно принадлежат сотрудникам правоохранительных органов [12].

В западных странах с проблемой злоупотребления медицинскими препаратами столкнулись несколько десятилетий назад, когда медицинские специалисты обнаружили рост числа лиц, использующих рецептурные медицинские препараты без достаточных оснований и без соответствующих рекомендаций врача [13]. Фактическое культуральное поощрение подобной практики, ее «нормализация» [14; 15; 16] нашли отражение в появлении таких терминов как «study drugs» («умные лекарства»), «academic steroids» («академические стероиды»). Постепенно сформировался новый тип потребления ПАВ для достижения эффектов, получивших название «pharmacological cognitive enhancement», или препараты для «улучшения когнитивных функций» — УКФ.

Первоначально потребление ограничивалось веществами, от которых ожидали стимулирующего эффекта, улучшения показателей умственной работоспособности, выносливости, облегчения усвоения материала и повышения академической успеваемости.

Препаратами выбора для студенчества стали рекомендованные для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Рост продаж таких лекарств как Adderall, а позже Vyvanse, Concerta, Ritalin в США был стремительным, и этот факт стал предметом внимания широкой общественности. Проявили интерес к теме и исследователи, в результате на рубеже веков стали появляться публикации, оценивающие распространенность подобной практики, вызывающие ее факторы [10]. Проводилась оценка обоснованности ожиданий УКФ при приеме стимулирующих препаратов психически здоровыми людьми [14; 17]. Заметим, что список веществ (и ожидаемых от них эффектов) позже расширился, дополнился антидепрессантами, транквилизаторами, опиоидными анальгетиками; и такая практика вносит существенный вклад в рост числа химически зависимых лиц [2].

За 20 лет изучения западными коллегами потребления УКФ препаратов установлен ряд значимых фактов. Доказано, что оно распространено во многих странах мира, и растет в последние годы [17; 18]. Различия между странами преимущественно касаются выбора веществ, используемых для целей УКФ [18]. Подобная практика дополняет более традиционные для конкретной страны формы потребления [19]. Особенно широко прием УКФ препаратов распространен в США, и чаще у «молодых, привилегированных студентов колледжей, которые ищут конкурентных преимуществ» [20].

Оценка последствий и вреда приема препаратов для УКФ

Вопрос о реальном влиянии УКФ препаратов на академическую результативность не имеет однозначного ответа. Результаты эмпирической оценки эффективности свидетельствуют о незначительном позитивном влиянии рецептурных стимуляторов на простые параметры, такие как переключаемость внимания, скорость обработки информации, и менее убедительны в отношении влияния на способности к ее усвоению, на более сложные когнитивные функции [21]. Повышение академической результативности при использовании УКФ лекарств объясняют действием плацебо-эффекта [22], либо расценивают как следствие повышения настроения перед академическими испытаниями из-за роста уверенности потребителя в успехе [14]. При этом побочные эффекты стимулирующих препаратов — в виде гиперактивации, аффективной лабильности, инсомнии, астении, с последующим снижением продуктивности психической деятельности — представляются уверенно доказанными, неизбежными.

И наконец, главным негативным следствием становится высокий риск формирования зависимости от стимуляторов с переходом в перспективе от лекарств на наркотические вещества [23]. Причем наркотики со стимулирующим эффектом активно предлагает нелегальный рынок, а число лиц, обращающихся к ним, неуклонно растет [1; 2].

Вопрос целесообразности, правомерности приема психостимуляторов для УКФ лоббирует мощное движение сторонников «нормализации» подобной практики как часть движения за легализацию «легких» наркотических веществ. Факты свидетельствуют о том, что распространенность практики УКФ фармпрепаратами в зарубежных странах широка, и ее влияние на рынок наркотических веществ значительно. И именно поэтому представляется, что необходимо изучение использования ПАВ (как легальных, так и нелегальных) студентами в России с акцентом на выявлении новых моделей использования — в целях УКФ и повышения академических достижений. Сигналы того, что подобная практика нашла отражение и в российском обществе, уже есть, реальная клиника наркозависимых дает примеры такой мотивации потребления на начальном этапе обращения к ПАВ.

Настоящее пилотажное исследование было спланировано на основе предположения о распространенности приема ПАВ студентами российских вузов не для рекреационных целей, но для целей УКФ и повышения академических успехов. Как свидетельствуют данные литературы, для современного общества характерен рост конкуренции на разных этапах жизни человека, в том числе — уже на этапе обучения, что связано с давлением перфекционистских установок и сильно увеличивает уровень студенческого стресса [24]. Потому предполагалось желательным и возможным уже на этапе пилотажного исследования выделить некоторые факторы выбора этой модели потребления и спланировать значимые аспекты изучения проблемы.

Организация исследования

Целью исследования стала проверка предположения о высокой частоте встречаемости в российской студенческой популяции использования медицинских препаратов для совладания со стрессом, оптимизацией психического состояния, улучшения когнитивных функций и достижения более высоких академических показателей. Пилотажное исследование проведено с использованием on-line опроса. Респонденты приняли участие в исследовании, заполнив Гугл-форму с вопросами анкеты и ряда тестов, на добровольной

основе и в условиях анонимности. Приглашение к участию в исследовании было размещено в социальных сетях (ВКонтакте и Facebook), к нему прилагалась ссылка на Гугл-форму. Мотивирующее письмо содержало указание на то, что на условиях анонимности приглашаются к участию студенты вузов, обучающиеся по очной форме и достигшие возраста 18 лет, и в исследовании изучаются «трудности, возникающие у студентов в период обучения, и способы преодоления этих трудностей», в том числе опыт использования «когнитивно-протективных препаратов». Заметим, что анкета содержала пункты, отражающие использование студентами и иных стратегий совладания с академическим стрессом и неоптимальным психофизическим состоянием. Часть пунктов заведомо носили характер «шума», так как в фокусе исследования был основной предмет — практика использования студентами российских вузов препаратов для целей УКФ и поддержания/стимулирования академической успешности, и влияющие на выбор такого потребления факторы.

Дизайн исследования был одобрен экспертами отдела планирования и сопровождения научных проектов и мероприятий ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Тот факт, что в мотивирующем письме не было указано прямо основной цели исследования, также был подвергнут этической оценке, но не стал препятствием к проведению исследования. Многочисленные работы, посвященные потреблению ПАВ, свидетельствуют о значительных сложностях получения достоверных результатов. Тенденция респондентов преуменьшать масштабы использования ПАВ обусловлена не только проявлениями недооценки респондентами собственного потребления, но и влиянием установки на социально-желательные ответы, избеганием признания компрометирующих сведений. Несколько смещенный акцент при назывании цели исследования респондентам был призван обеспечить большую достоверность ответов.

Материал исследования был собран в период до начала пандемии COVID-19 (тем самым полученные результаты отражают обычную практику использования ПАВ студентами, вне влияния особой эпидемической ситуации).

Эмпирическая база исследования

В исследовании приняли участие более шестисот студентов из России, обучающихся в вузах Москвы, Санкт-Петербурга и других городов, по различным направлениям (распределение респондентов в выборке см. Таблицы 1 и 2). Число полностью заполненных анкет составило 606, возраст испытуемых был не ниже 18 лет (что было условием участия в исследовании), и в среднем составил $20,9 \pm 0,26$ года для юношей и $21,6 \pm 0,2$ для девушек.

Методики исследования:

Анкета, разработанная для исследования, включала пункты, отражающие социально-демографические характеристики респондентов, высказывания, касающиеся оценки студентами разных аспектов обучения: отношение к учебной программе и выбранной специальности (общее число вопросов анкеты в этом блоке — 26), восприятие учебных трудностей и способов совладания с ними, включая использование различных ПАВ (22 пункта), а также пункты опросников. Для каждого пункта анкеты предлагалось оценить степень согласия с формулировкой в градации от 1 до 5 (шкала Ликерта) или в дихотомической шкале. На вопросы, относящиеся к стратегиям совладания со стрессом либо касающиеся препаратов, используемых для улучшения своего психического состояния, были предложены списки пунктов со свободным выбором ответов. Некоторая избыточность формулировок, наличие пунктов, не относящихся непосредственно к исследуемому предмету, были призваны закамуфлировать основную цель исследования и снизить сопротивление (о чем сказано выше).

Для оценки уровня переживаемого стресса использован тест DASS-21 для скрининг-диагностики депрессии, тревоги и стресса [25]. Для статистического анализа (SPSS for Windows v. 17) применялись частотные и описательные статистики, подсчет значения непараметрического U-критерия Манна—Уитни, нормальность распределения ответов проверялась с помощью критерия Колмогорова—Смирнова, для расчета сопряженности использовался двухвыборочный критерий Вилкоксона (из-за значительного объема выборки преобразованный в показатель z-score), для пунктов анкеты, предполагающих выбор одного ответа из двух возможных, был использован точный критерий Фишера.

Социально-демографические характеристики респондентов выборки

Данные респондентов обследованной выборки, полностью ответивших на все пункты анкеты, приведены с учетом направлений обучения и пола (см. Таблица 1).

Таблица 1. Распределение респондентов по направлениям обучения

		Всего респондентов (N,%)	Гендерный состав выборки (N,%)		Возраст респондентов(M±S)*	
			муж	жен	муж	жен
		606	167 27,6 %	439 72,4 %	20,9 ± 0,26	21,6 ± 0,198
Направления обучения						
1	Психология(все направления)	79 13,0 %	7 1,2 %	72 11,9 %	25,0±3,07	25,0±0,82
2	Гуманитарные специальности	75 12,4 %	7 1,2 %	68 11,2 %	24,0±2,09	21,8±0,46
3	Инженерно-технические специальности, биология	119 19,6 %	55 9,1 %	64 10,6 %	21,4±0,45	21,4±0,41
4	Программирование и IT	87 14,4 %	46 7,6 %	41 6,8 %	20,4±0,33	19,7±0,26
5	Медицинские ВУЗы или факультеты	155 25,6 %	40 6,6 %	115 19,0 %	20,2±0,32	20,1±0,25
6	Юриспруденция, экономика, международные отношения	64 10,6 %	10 1,7 %	54 8,9 %	19,7±0,58	20,5±0,34
7	Творческие	27 4,5 %	2 0,3 %	25 4,1 %	21,5±0,50	20,2±0,50

Как можно видеть из Таблицы 1, среди респондентов преобладают лица женского пола — 439 (72,4%), мужчин — 167 (27,6%), при этом гендерная пропорция различается в зависимости от направления обучения (групп специальностей). Превалирование девушек-студенток по направлению «Психология» и «Гуманитарные науки» отражает реальное положение дел в аспекте состава обучающихся, тогда как по направлению «Программирование и IT» число мужчин в выборке больше. Полагаем, что подобное распределение респондентов обеспечивает достаточную для пилотажного исследования студенческой выборки репрезентативность.

Следующим параметром, характеризующим выборку, является местоположение вуза, в котором обучались респонденты. В отсутствие лиц, обучающихся по заочной форме, местоположение вуза предопределяет место жительства респондентов. При планировании исследования предполагалось, что использование ПАВ, в том числе для целей УКФ, важно проанализировать с учетом проживания в мегаполисе (Москва, Санкт-Петербург) или нет. Данные по местоположению вуза респондентов приведены в Таблице 2.

Таблица 2. Распределение респондентов по местоположению вуза

Местоположение вуза респондентов	Всего респондентов (N, % от объема выборки)	
	мужчины	женщины
Москва	384 (63,4%)	
	122 (20, 1 %)	262(43, 2%)
Санкт-Петербург	130(21, 5 %)	
	28 (4, 6%)	102(16, 8%)
Другие регионы	92 (15, 2 %)	
	17 (2, 8%)	75(12, 4%)

Как можно видеть из Таблицы 2, большинство респондентов проживают и обучаются в вузах Москвы и Санкт-Петербурга, меньшая часть в других городах России.

Анализ и обсуждение результатов оценки использования ПАВ студентами из выборки исследования

Серьезной проблемой любого исследования использования ПАВ является достоверность получаемых результатов. Однако искажение было ожидаемым и заранее учитывалось при составлении анкеты; так удалось в значительной степени обойти влияние установки на отрицание проблемы, хотя возникали определенные сложности при обработке результатов. Способом минимизации установки на сокрытие потребления УКФ медикаментов стало постепенное введение темы в анкету, дублирование относящихся к ней пунктов с использованием разных формулировок (при невозможности для респондента вернуться назад и исправить ранее данный ответ). Первым пунктом, касающимся потребления, был вопрос с множественным вариантом выбора ответа, заданный в формулировке: «Какие из представленных ниже способов Вы используете для разрешения возникающих в ответственные периоды обучения трудностей?», где среди многих пунктов имелись следующие: «иногда выпиваю (спиртное)», «обращаюсь к лекарственным средствам», «легкие наркотические вещества». Кроме указанных, перечень стратегий совладания с учебными трудностями включал широкий набор способов — от пассивных («терплю, жду окончания тяжелого периода») до основанных на оптимизации физического (изменение режима дня, использование физических упражнений, изменения в питании) или психического состояния (медитация, различные приемы переключения внимания). Таким образом, на начальном этапе заполнения анкеты тема обращения к ПАВ была введена как рядовой среди прочих возможных coping с трудностями, возникающими в период обучения. Полученные на этом этапе данные можно скорее обозначить не как собственно обращение к ПАВ у респондентов, но как приемлемость, «нормативность» такого типа coping в числе прочих. Результаты оценки приведены в Таблице 3.

Таблица 3. Признание респондентами использования ПАВ как coping с состоянием, обусловленным учебными трудностями

Местоположение вуза респондентов	Использование алкоголя		Использование лекарственных средств (N,%)		Использование наркотических средств (N,%)		Любое вещество(или несколько) (N,%)	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Москва N=384	97 (25,3 %)		73 (19,0 %)		13 (3,4 %)		152 (39,6 %)	
	36 29,5%	61 23,3%	18 14,8%	55 21,0%	9 7,4%	4 1,5%	50 41,0%	102 38,9 %
Санкт-Петербург N=130	42 (32,3 %)		36 (27,7 %)		6 (4,6 %)		65 (50,0 %)	
	9 32,1%	33 32,4%	5 17,9%	31 30,4%	3 10,7%	3 2,9%	12 42,9%	53 52,0 %
Другие регионы N=92	26 (28,3 %)		19 (20,7 %)		2 (2,2 %)		40 (43,5 %)	
	4 23,5%	22 29,3%	1 5,9%	18 24,0%	0 0	2 2,7%	5 29,4%	35 46,7 %
Всего по выборке N=606	165(27,2 %)		128(21,1 %)		21(3,5 %)		257(42,4 %)	
	49 29,3 %	116 26,4 %	24 14,0 %	104 23,7 %	12 7,2 %	9 2,1 %	67 40,1 %	190 43,3 %

Как видно из Таблицы 3, обращение к лекарственным препаратам является приемлемым для многих студентов российских вузов типом coping с возникающими во время обучения трудностями. Результат интересен, но удивления не вызывает: исследователи и врачи постоянно сталкиваются с широко распространенной практикой самолечения среди населения России.

Кроме того, анализ показал, что частота встречаемости обращения студентов к лекарственным препаратам сопоставима с частотой использования алкоголя, она лишь немного ниже. Статистический анализ, проведенный для оценки значимости различий в использовании ПАВ и лекарств, не дает оснований для уверенных выводов из-за небольшого размера выборки и различий числа потребителей разных веществ (данные статистического подсчета здесь не приводятся).

Уровень стресса респондентов и его влияние на использование копинга в виде употребления ПАВ

Предположение, что частота употребления ПАВ студентами вузов выше при более высоком уровне переживаемого стресса, проверялось на основе данных теста DASS-21, предназначенного для скрининг-диагностики и дающего возможность оценить степень выраженности симптомов депрессии, тревоги и стресса, а также получить суммарный показатель уровня переживаемого психического дискомфорта. Данные оценки приведены в Таблице 4, с учетом респондентов потребляющих и не использующих ПАВ.

Таблица 4. Средние значения показателей переживаемого стресса у респондентов, использующих и не использующих ПАВ (тест DASS-21)

Показатели DASS-21(баллы)				
	Суммарный показатель	Депрессия	Беспокойство (тревога)	Стресс
Группа респондентов	N			
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
Вся выборка	606 (100%)			
	49,19(28,81)	17,75(11,54)	12,06(10,06)	19,39(10,84)
Не потребляющие ПАВ	349(57, 6%)			
	42,96(27,42)	15,77(11,1)	9,67(9,18)	17,51(10,58)
Потребляющие алкоголь	165(27, 2%)			
	57,49(27,89)	20,62(11,83)	14,78(9,75)	22,1(10,54)
Потребляющие препараты УКФ	128(21, 1%)			
	62,94(28,61)	22,08(11,36)	17,58(10,77)	23,28(10,65)
Потребляющие наркотики	21(3, 5%)			
	64,95(30,44)	22,48(11,59)	18,48(11,52)	24(10,53)
Потребляющие любое ПАВ	257(42, 4%)			
	57,67(28,55)	20,44(11,6)	15,29(10,32)	21,94(10,68)

Как видно из Таблицы 4, получено подтверждение высокого уровня переживаемого стресса у значительной части лиц из обследованной группы, зафиксированы повышенные значения показателей эмоционального неблагополучия. Для оценки влияния фактора переживаемого стресса на обращение к ПАВ был проведен сравнительно-статистический анализ для оценки различий между двумя независимыми выборками, с использованием непараметрического U-критерия Манна—Уитни. Сравнивались при этом показатели теста DASS-21 лиц, вообще не употребляющих ПАВ и употребляющих ПАВ определенного вида. Результаты данного анализа приведены в Таблице 5.

Таблица 5. Значения величины U-критерия Манна – Уитни для показателей теста DASS-21

Показатели по тесту DASS-21	Не употребляет/употребляет			
	Алкоголь	Препараты для УКФ	Наркотики	Хотя бы одно из ПАВ
Суммарный показатель	283,55/356,82 U=27585,5 (p<0,01)	281,51/385,61 U=200081,5 (p<0,01)	300,24/394,19 U=4238 (p<0,01)	265,02/355,75 U=31417,5 (p<0,01)
Депрессия	287,51/346,22 U=29333 (p<0,01)	285,96/369 U=22208,5 (p<0,01)	300,95/374,64 U=4648,5 (p<0,01)	273,55/344,18 U=34392,5 (p<0,01)
Беспокойство (тревога)	282,66/359,2 U=27192,5 (p<0,01)	278,89/395,41 U= (p<0,01)	299,76/407,57 U=3957 (p<0,01)	259,79/362,86 U=29592 (p<0,01)
Стресс	287,28/346,86 U=29228 (p<0,01)	286,98/365,2 U=22695 (p<0,01)	300,96/374,17 U=4658,5 (p<0,01)	273,83/343,79 U=34492 (p<0,01)

Примечание. Приведены значения: Средний ранг показателя вообще не употребляющих ПАВ / Средний ранг показателя употребляющих ПАВ определенного вида, U-критерия Манна – Уитни и уровня значимости.

Полученные данные убедительно свидетельствуют, что практика обращения к использованию ПАВ более распространена у студентов, ощущающих высокий уровень академического стресса. Данный результат не удалось статистически подтвердить применительно к использующим наркотические вещества респондентам. Это легко объяснить небольшим числом лиц, признавших такое использование (оно составило 21 человек или 3, 5 % от выборки), а также тем, что употребление наркотиков чаще происходит в рекреационных целях, то есть напрямую с уровнем переживаемого стресса не связано. Тогда как обращение к алкоголю или лекарственным препаратам, призванным повысить работоспособность, улучшить запоминание материала и достичь желаемой академической успешности, более ожидаемое в логике настоящего исследования, нашло подтверждение.

Выбор веществ для УКФ и целей оптимизации своего психического состояния

В анкету были введены пункты, непосредственно обращенные к опыту применения УКФ веществ, выявляющие частные аспекты такого потребления, связанные с ним обстоятельства. Так, использована формулировка: «Приходилось ли Вам обращаться к использованию разрешенных медицинских средств для улучшения своего состояния?», где предлагалось оценить использование лекарственных веществ для достижения конкретных эффектов. Предложены два вопроса со множественным выбором в следующих формулировках: «Какие из перечисленных средств Вы чаще использовали для оптимизации своего состояния и работоспособности?» (Список пунктов включал кофе, чай, энергетические напитки, ряд продуктов питания, пищевые добавки, а также марихуану, амфетамины, алкоголь, сигареты или вейпы, др. не были включены опиаты и психодислептики) и «Какие из перечисленных лекарственных препаратов Вы использовали для оптимизации своего состояния и работоспособности?» Последний пункт дополнялся обширным списком лекарственных препаратов, как рецептурных, так и безрецептурных, с указанием действующего вещества и торговых наименований, распространенных в России. Общее число препаратов — 36 (число торговых наименований, дженериков более 100). Заметим, что исследование заявленной проблемы невозможно без упоминания конкретных препаратов и, таким образом, знакомства с ними респондентов. Для исключения ятрогенного воздействия этой информации на несовершеннолетних опрашиваемых и было введено возрастное ограничение (к участию приглашались лица старше 18 лет).

На основе анализа приведенных пунктов второго типа была сформирована группа респондентов, которые признали реальный опыт обращения к лекарственным препаратам, в том числе в целях УКФ. Число таковых респондентов оказалось значительным, составило 293 человека (48, 3 % от всей выборки). Данные о респондентах этой группы с учетом места проживания и гендера приведены в Таблице 6.

Таблица 6. Обращения к лекарственным препаратам, в том числе в целях УКФ, у респондентов из разных регионов России

Местоположение вуза и число респондентов (N, муж, жен)	Использование лекарственных средств (N, % от объема выборки)	
	муж	жен
Москва, N=384 122 муж. 262 жен.	172 (58,9 %)	
	41 (33,6%)	131 (50%)
Санкт-Петербург, N=130 (28 муж. 102 жен.)	74 (56, 9%)	
	8 (28, 6%)	66 (64,7%)
Другие регионы, N=92 (17 муж. 75 жен.)	47 (51,1 %)	
	7 (41, 2 %)	40 (53, 3%)
Всего по выборке N=606 (167 муж. 439 жен.)	293 (48, 3 %)	
	56 (33, 5 %)	237 (51%)

Выделенная таким образом группа была определена как основная в исследовании, тогда как группой сравнения стала включающая респондентов, отрицающих применение любых ПАВ, включая лекарственные средства; контрольная группа состоит из 228 человек (37,6 % выборки), в том числе 67 мужчин и 190 женщин.

Были проанализированы данные основной группы исследования для оценки частоты использования различных препаратов. Выявлено, что число выборов лекарств из предложенного списка в целом по группе составило 605, то есть каждый респондент в среднем указывал 2-3 препарата. На рисунке 1 дана гистограмма, отражающая частоты обращения к разным лекарствам.

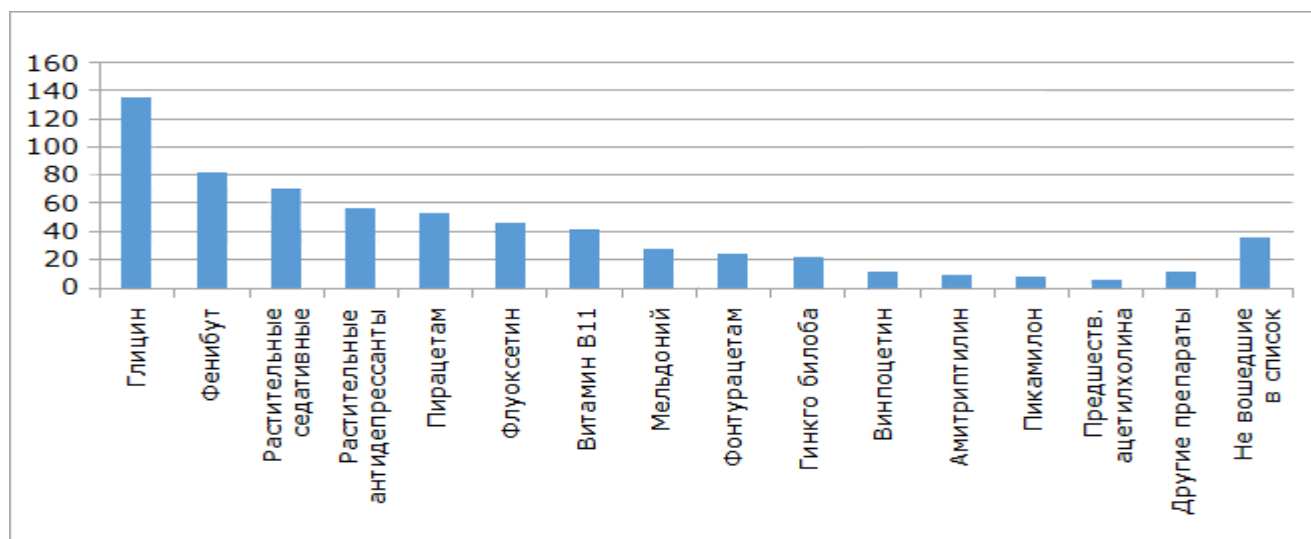


Рисунок 1. Частотное распределение препаратов, используемых респондентами основной выборки (число респондентов 293, число выборов 605).

Как можно видеть, в качестве наиболее часто используемого выступил Глицин — нейромедиатор, содержащий аминоксаноновую кислоту, ноотроп, часто назначаемый российскими врачами для улучшения мозгового метаболизма, обладающий легким седативным и антидепрессивным действием [26]. Далее следует фенибут, также относящийся к ноотропам, по описанию фармацевтов — облегчающий GABA-опосредованную передачу нервных импульсов и оказывающий, таким образом, транквилизирующее, психостимулирующее, антиоксидантное действие. Для обоих препаратов в описании фармакологического действия указано повышение умственной работоспособности. Таким образом, можно думать, что по крайней мере часть принимающих лекарства респондентов стремились достичь УКФ эффектов.

Следующими по частоте встречаемости стали лекарства, позиционируемые на фармацевтическом рынке как растительные препараты с седативным и антидепрессивным эффектом. В список предъявленных для выбора респондентами лекарств в качестве

«растительных антидепрессантов» были включены настойки — женьшеня, родиолы розовой, лимонника. Наблюдения в рутинной врачебной практике свидетельствуют, что такие настойки часто воспринимаются пациентами как препараты не столько антидепрессивного, сколько стимулирующего действия, причем именно повышающие умственную работоспособность (хотя в отношении этих лекарств существуют и иные мифы). Далее в числе используемых обозначены препараты ноотропного действия (Пирацетам, Фонтуроцетам, Винпоцетин, Пикамилон), близкие к ним по действию фитопрепараты с Гинкго Билоба, улучшающие мозговое и периферическое кровообращение, антидепрессанты (Флуоксетин, Амитриптилин) и улучшающий метаболизм Мельдоний. Редко (1 или 2 раза) указывали Деприм, Азафен, Цереброзилин, Аддерал, Метилфенидат, Элеутерококк в таблетках, Модафинил, Мемантин, Пиритинол.

Анализ ответов свидетельствуют о том, что настоящее исследование своевременно, отражает формирующуюся в студенческой популяции практику использования фармацевтических препаратов для целей УКФ. Практику, требующую своего прицельного изучения, анализа, оценки последствий. Однако уже полученные данные позволяют наметить некоторые значимые направления исследований.

В числе важных проблем — поиск ответа на вопрос о том, насколько значимо для выбора фармакологических средств эмоциональное состояние человека и оценка его психического здоровья (субъективная, поскольку объективно оценить состояние психического здоровья респондентов on-line опроса не представляется возможным). Для этого рассмотрены суждения респондентов основной группы в отношении своего психического здоровья (см. Рис. 2).

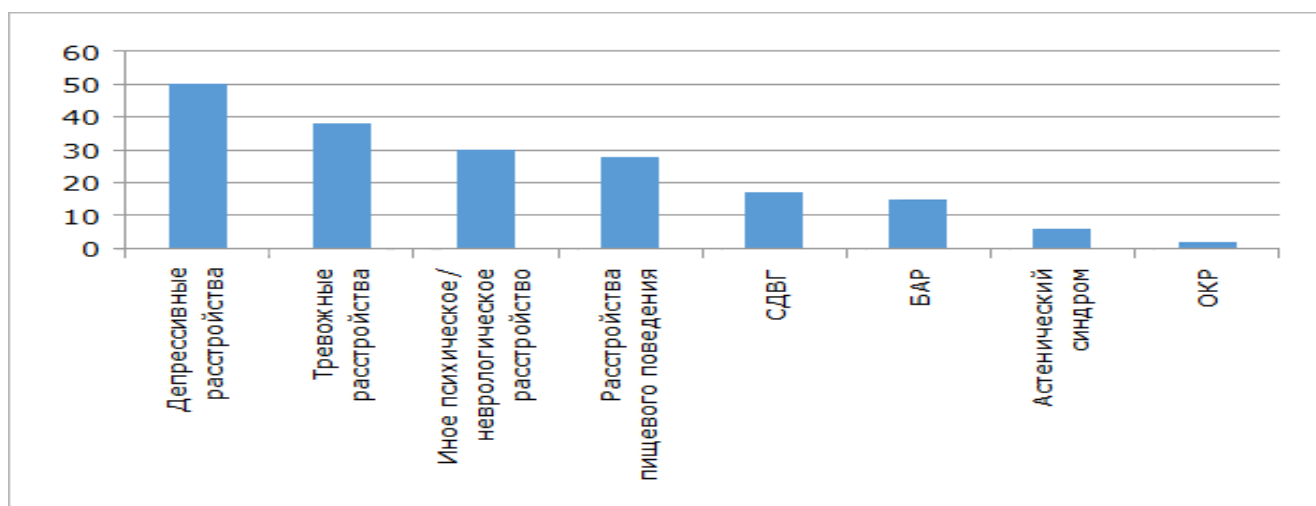


Рисунок 2. Частотное распределение психопатологических расстройств, признаваемых у себя респондентами основной группы (общее число лиц, признающих у себя психопатологические состояния, $n = 112$).

Установлено для лиц из основной группы, что 112 человек (или 38,2 %) находят у себя признаки психического неблагополучия. Превалируют указания на симптомы депрессивных и тревожных расстройств, биполярное аффективное расстройство. Важно подчеркнуть неготовность студентов обращаться за специализированной медицинской помощью, использование респондентами формулировок, отражающих негативное отношение к врачам, с ожидаемой вследствие этого ориентацией на самодиагностику и самолечение. В ответах встречались формулировки: «тревожное расстройство, хотя не были установлены никакие диагнозы, не хожу к специалистам», «я ставлю диагнозы себе самостоятельно», «не были установлены никакие диагнозы, ... но сама выявляю у себя симптомы циклотимии», иные. Важно, что в анализируемой группе ни разу не встретилось указание респондентов на наличие признаков какого-либо «специфического расстройства когнитивных функций или обучения» (пункт в анкете присутствовал).

Факторы, связанные с использованием УКФ препаратов респондентами

Несмотря на то, что исследование носило пилотажный характер, была предпринята попытка проверки частных гипотез о сопряженности с употреблением ПАВ ряда установок и особенностей восприятия респондентами учебного процесса. Вопросы анкеты включали ряд формулировок, оценивающих перфекционистские установки респондентов. Такие как:

«Оцените от 1 до 5 степень престижности в обществе Вашей будущей специальности», «Насколько часто Вы сравниваете свою успешность с результатами Ваших одноклассников»), а также выражающие отношение к собственным академическим затруднениям и внешним требованиям («Оцените от 1 до 5 степень влияния Ваших способностей на успешность сдачи сессии», «Оцените от 1 до 5 насколько внешние факторы помогли Вам при сдаче сессии», «Оцените от 1 до 5 насколько внутренние факторы помогли Вам при сдаче сессии»). Вошли в состав анкеты формулировки, выражающие отношение к требованиям современного общества («Считаете ли Вы, что требования современной жизни и общества к человеку чрезмерны?»). Также в Анкету были включены формулировки, отражающие отношение респондентов к употреблению ПАВ («Считаете ли Вы, что человек вынужден прибегать к разным способам улучшения своего состояния и работоспособности для того, чтобы быть конкурентоспособным?», «Считаете ли Вы употребление препаратов со стимулирующим действием проблемой в студенческой среде?»).

Поскольку распределение данных по пунктам анкеты не было нормальным (нормальность проверялась с помощью критерия Колмогорова — Смирнова), сравниваемые группы не были связаны, и пункты анкеты представляют собой порядковую шкалу, для расчета сопряженности использовался двухвыборочный критерий Вилкоксона (из-за значительного объема выборки преобразованный в показатель z-score). Для пунктов анкеты, предполагающих выбор одного ответа из двух возможных, был использован точный критерий Фишера. Таким способом были установлены пункты анкеты, сопряженные с опытом обращения к лекарственным препаратам (то есть значимо чаще выбираемыми респондентами основной группы).

В числе пунктов, с которыми значимо чаще соглашались респонденты основной группы, — отражающие высокий внутренний локус контроля. Об этом свидетельствует частота признания респондентами этой группы степени их личного желания в выборе специальности и восприятия последней как важной, значимой. Также лица, использующие УКФ препараты, полагают высокой степень влияния своих способностей на успешность сдачи сессии (в противовес признанию преимущественного влияния внешних факторов на такую успешность). О низкой степени удовлетворенности респондентами этой группы собственными способностями и восприятии окружающего мира как диктующего высокие требования свидетельствует согласие с утверждением: «Требования современной жизни и общества к человеку чрезмерны».

Для лиц, использующих алкоголь, более свойственно сравнивать себя с другими, стремление улучшить свое состояние для того, чтобы быть конкурентоспособным и более продуктивным. За указанными формулировками скорее прослеживается стратегия совладания с неоптимальным эмоциональным состоянием путем использования алкоголя; данная модель использования ПАВ является широко распространенной и доказана во многих исследованиях.

Для лиц, использующих наркотические вещества, не удастся установить на основании использованной анкеты однообразный паттерн установок и черт, что может быть объяснено малым числом респондентов данной группы.

Еще один значимый аспект анкеты касается восприятия респондентами требований, предъявляемых к ним социумом. Удалось установить, что респонденты основной группы чаще признают в качестве верных такие формулировки: «Предполагаете высокое материальное благополучие в связи с будущей работой по специальности», «Требования современной жизни и общества к человеку чрезмерны» и «Человек вынужден прибегать к разным способам улучшения своего состояния и работоспособности для того, чтобы быть конкурентоспособным».

Неудивительно, что респонденты основной группы чаще согласием отвечали на такие пункты, как: «Есть ли у Вас друзья, которые используют лекарства для улучшения самочувствия?», «Советовали ли друзья использовать лекарства для улучшения самочувствия?» и «Советуете ли Вы окружающим прибегать к медикаментозной поддержке в стрессовые периоды?»

Все полученные данные настоящего пилотажного исследования оценены нами как предварительные, требующие проверки в широкомасштабном рандомизированном исследовании. Тем не менее, они представляются интересными и позволяют сформулировать ряд выводов.

Выводы пилотажного исследования

1. Значительная часть обследованной выборки российских студентов прибегает к использованию стимулирующих или иных по воздействию ПАВ, включая рецептурные препараты, для оптимизации своего психического состояния.
2. Практика обращения к ПАВ, в том числе к лекарственным препаратам, более распространена у студентов, ощущающих высокий уровень академического стресса, ощущающих более высокий уровень тревоги, внутреннего беспокойства, депрессии и стресса.
3. Частота использования студентами российских вузов алкоголя сопоставима с частотой использования медицинских препаратов, призванных оказывать воздействие на психическую деятельность, что отражает новую практику употребления ПАВ лицами юношеского возраста.
4. Частота использования алкоголя у юношей-студентов выше, нежели у девушек, при том, что у девушек выше частота использования медицинских препаратов.
5. В части случаев обращение к ПАВ обусловлено мотивацией УКФ: стремлением повысить работоспособность, улучшить запоминание материала, достичь оптимального состояния и добиться желаемой академической успешности.
6. Пилотажное исследование подтвердило факт обращения студентов российских вузов к широкому кругу препаратов, присутствующих на российском рынке и используемых для целей УКФ.
7. Не удалось установить зависимость частоты обращения к лекарственным препаратам для УКФ от проживания в мегаполисах или иных городах.

Ограничения исследования

В настоящем исследовании не учитывались роль и тип преобладающей учебной мотивации респондентов. Гипотеза об обращении к УКФ препаратам студентов элитных вузов, где велики академическое давление, конкуренция, правомерна, но не могла быть проверена, так как в целях сохранения анонимности и безопасности респондентов от них не требовалось называть вуз, в котором учатся (только профиль обучения и специальность).

Поскольку исследование проводилось онлайн и анонимно, не оценивалось объективными методами психическое здоровье респондентов и наличие/отсутствие признаков химических зависимостей. Также не осуществлялось оценки рекреационного потребления ПАВ, чтобы не увеличивать степень выраженности сопротивления обследованию и искажения результатов.

Не оценивались в исследовании реальные эффекты использования респондентами препаратов для цели УКФ, равно как и нежелательные (побочные) эффекты применения.

Перспективы исследования

Несмотря на отсутствие у отечественных специалистов традиции систематических исследований обращения к ПАВ лиц из относительно социально благополучных групп, реальная практика работы с пациентами, сформировавшими зависимость от ПАВ, особенно стимулирующего действия, не позволяет игнорировать тему обращения к веществам для целей УКФ. Поэтому считаем, что изучение практики использования разных веществ, в том числе медицинских препаратов для целей УКФ, необходимо как в студенческой выборке, так и у представителей иных социальных групп, в иных возрастных когортах, например, у старших школьников или сотрудников организаций с высокими психоэмоциональными или интеллектуальными нагрузками. Конечно, остро стоит вопрос разработки методов скрининга изучаемой практики, и создание таковых позволило бы в перспективе выявить и оценить вклад разных факторов, значимых для формирования практики использования медицинских препаратов для целей УКФ.

Необходимы исследования в области психофармакотерапии для получения более объективных данных оценки эффектов приема медицинских препаратов для целей УКФ, как положительных, так и нежелательных, что в перспективе позволило бы выявить факторы риска формирования зависимости от ПАВ у обращающихся к таким лекарствам лиц. Имеет значение изучение сочетанного приема лицами разных возрастных групп медицинских препаратов для целей УКФ с препаратами иного действия (антидепрессантами, седативными средствами); учет приема ПАВ для рекреационных целей и для УКФ; в сочетании с практикой самолечения соматических заболеваний.

В более отдаленной перспективе — разработка программы превенции неконтролируемого приема медицинских препаратов, сопряженного с риском формирования зависимости от ПАВ. Подобная программа, в соответствии с современными требованиями, должна быть мишене-ориентированной, нацеленной на фокусные группы, что подразумевает

понимание механизмов формирования, хронификации проблемного поведения, возможностей его изменения, и, соответственно, требует отсутствующих пока исследований.

Благодарности

Исследование выполнено при финансовой поддержке ФГБОУ ВО МГППУ в рамках проекта «Использование психоактивных веществ студентами: в погоне за академическими успехами».

Выражаю благодарность за помощь в проведении исследования выпускнице факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ, клиническому психологу Пустоваловой Анне Викторовне.

Список источников

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2023 год (E/INCB/2023/1) [Электронный ресурс]. – URL: https://unis.unvienna.org/unis/uploads/documents/2024-INCB/2325540R_INCB_Annual_Report.pdf (дата обращения: 20.05.2024).
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год (E/INCB/2019/1) [Электронный ресурс]. – URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Russian_ebook_AR2019.pdf (дата обращения: 20.05.2024).
3. Рыбакова Л.Н. Контролируемое потребление наркотиков: феномен и конструкт // Теория и практика общественного развития. – 2018. – № 12. – С. 40–48. doi: 10.24158/tipor.2018.12.6
4. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Т.В. Волкова [и др.]. – М.: Социальный проект, 2003. – 319 с.
5. Цветкова Л.А. Социальная психология наркотизма в студенческой среде: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2011. – 41 с.
6. Макарова Д.А., Тараканова А.В. Ноотропные препараты как средство достижения социального успеха: к проблеме постчеловечества // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 5. – С. 967–969.
7. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Новые тенденции наркотизации как риски социетального характера // Вестник института социологии. – 2018. – Т. 9, № 1. – С. 115–139. doi: 10.19181/vis.2018.24.1.500
8. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Распространённость употребления наркотических средств среди работающего населения как форма дезадапционного процесса. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – Т. 7, № 3. – С. 120–135. doi: 10.19181/snsp.2019.7.3.6693
9. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Распространённость употребления наркотических средств среди работающего населения как форма дезадапционного процесса. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 180–192. doi: 10.19181/snsp.2019.7.4.6810
10. Рычкова О.В. "Умные" лекарства – опасная модель потребления психо-активных веществ // Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10, № 2. – С. 44–54. doi:10.17759/jmfp.2021100205
11. Анализ тенденций наркопотребления в юношеском возрасте / И.В. Пономаренко, И.А. Курусь, И.В. Лазюк [и др.] // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 1(30). – С. 367–370.
12. Сейтакова Б.М. "Аптечная" наркомания: причины и меры противодействия // Научный компонент. – 2020. – № 3(7). – С. 16–23.
13. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey / S.E. McCabe, J.R. Knight, C.J. Teter [et al.] // Addiction. – 2005. – Vol. 100, no. 1. – P. 96–106. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.00944.x
14. Bagot K.S., Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review // Addiction. – 2014. – Vol. 109, no. 4. – P. 547–557. doi: 10.1111/add.12460
15. Measham F., Shiner M. The legacy of 'Normalisation': the role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people's drug use // The International Journal on Drug Policy. – 2009. – Vol. 20, no. 6. – P. 502–508. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.001

16. Verdi G., Weyandt L.L., Zavras B.M. Non-medical prescription stimulant use in graduate students: relationship with academic self-efficacy and psychological variables // Journal of Attention Disorders. – 2016. – Vol. 20, no. 9. – P. 741–753. doi: 10.1177/ 1087054714529816
17. Ilieva I.P., Hook C.J., Farah M.J. Prescription stimulants' effects on healthy inhibitory control, working memory, and episodic memory: A meta-analysis // Journal of Cognitive Neuroscience. – 2015. – Vol. 27, no. 6. – P. 1069–1089. doi: 10.1162/ jocn_a_00776
18. Maier L.J., Ferris J.A., Winstock A.R. Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals – A cross-sectional study in 15 countries // The International Journal on Drug Policy. – 2018. – Vol. 58. – P. 104–112. doi: 10.1016/ j.drugpo.2018.05.009
19. Hupli A., Didžiokaite G., Ydema M. Toward the Smarter Use of Smart Drugs: Perceptions and Experiences of University Students in the Netherlands and Lithuania // Contemporary Drug Problems. – 2016. – Vol. 43, no. 3. – P. 242–257. doi: 10.1177/ 0091450916660143
20. Farah M. The unknowns of cognitive enhancement // Science. – 2015. – Vol. 350, no. 6259. – P. 379–380. doi: 10.1126/science.aad5893
21. Smith M.F., Farah M.J. Are prescription stimulants "smart pills"? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals // Psychological Bulletin. – 2011. – Vol. 137, no. 5. – P. 717–741. doi: 10.1037/a0023825
22. Mixed-amphetamine salts expectancies among college students: Is stimulant induced cognitive enhancement a placebo effect? / K.L. Cropsey, S. Schiavon, P.S. Hendricks [et al.] // Drug and Alcohol Dependence. – 2017. – Vol. 178. – P. 302–309. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.024
23. Vo K., Neafsey P.J., Lin C.A. Concurrent use of amphetamine stimulants and antidepressants by undergraduate students // Patient preference and Adherence. – 2015. – Vol. 9. – P. 161–172. doi: 10.2147/PPA.S74602
24. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Цацулин Т.О. Динамика показателей перфекционизма и симптомов эмоционального неблагополучия в российской студенческой популяции за последние десять лет: когортное исследование // Культурно-историческая психология. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 41–50. doi: 10.17759/ chp.2019150305
25. Руженкова В.В., Руженков В.А., Хамская И.С. Русскоязычная адаптация теста DASS-21 для скрининг-диагностики депрессии, тревоги и стресса // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 10. – С. 39–46.
26. Справочник лекарственных препаратов Видаль [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.vidal.ru/> (дата обращения: 24.05.2024)

References

1. Report of the International Narcotics Control Board for 2023 (E/INCB/2023/1). (In Russ.). Available at: https://unis.unvienna.org/unis/uploads/documents/2024-INCB/2325540R_INCB_Annual_Report.pdf (accessed 20 May 2024).
2. Report of the International Narcotics Control Board for 2019 (E/INCB/2019/1). (In Russ.). Available at: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Russian_ebook_AR2019.pdf (accessed 20 May 2024).
3. Rybakova L.N. Controlled drug use: the phenomenon and construct. Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya, 2018, no. 12, pp. 40–48. (In Russ.). doi: 10.24158/tipor.2018.12.6
4. Sirota N.A., Yaltonskii V.M., Volkova T.V., Buzina T.S. Rukovodstvo po profilaktike zloupotrebleniya psikhoaktivnymi veshchestvami v studencheskoi srede [Guidelines for the prevention of substance abuse in the student environment]. Moscow, Sotsial'nyi proekt Publ., 2003. 319 p.
5. Tsvetkova L.A. Sotsial'naya psikhologiya narkotizma v studencheskoi srede. Avtoref. dis. d-ra psikhol. nauk [Social psychology of drug addiction in the student environment. Dr. psychol. sci. diss.]. St. Petersburg, 2011.
6. Makarova D.A., Tarakanova A.V. Nootropnye preparaty kak sredstvo dostizheniya sotsial'nogo uspekha: k probleme postchelovechestva. Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii – Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016, vol. 6, no. 5, pp. 967–969. (In Russ.).
7. Pozdnyakova M.E., Bruno V.V. The societal risk in the new tendencies for increasing drug use. Vestnik instituta sotziologii – Bulletin of the Institute of Sociology, 2018, vol. 9, no. 1, pp. 115–139. (In Russ.). doi: 10.19181/vis.2018.24.1.500

8. Pozdnyakova M.E., Bruno V.V. Prevalence of Drug Use Among the Working Population as a Form of Disadaptation Process. Part I. Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika, 2019, vol. 7, no. 3, pp. 120–135. (In Russ.). doi: 10.19181/ snsp.2019.7.3.6693
9. Pozdnyakova M.E., Bruno V.V. Prevalence of Drug Use Among the Working Population as a Form of Disadaptation Process. Part II. Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika, 2019, vol. 7, no. 4, pp. 180–192. (In Russ.). doi: 10.19181/ snsp.2019.7.4.6810
10. Rychkova O.V. Smart drugs are as a dangerous model of psychoactive substance use. Sovremennaja zarubezhnaja psikhologija – Journal of Modern Foreign Psychology, 2021, vol. 10, no. 2, pp. 44–54. (In Russ.). doi: 10.17759/jmfp.2021100205
11. Ponomarenko I.V., Kurus' I.A., Lazyuk I.V., Selivanov V.S., Maramygin D.S., Zabela A.V., et al. Analysis of drug use trends in adolescence. Azimut nauchnykh issledovanii: pedagogika i psikhologiya – Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology, 2020, vol. 9, no. 1, pp. 367–370. (In Russ.).
12. Seytakova B.M. "Pharmacy" drug addiction: causes and counteraction measures. Nauchnyi komponent, 2020, no. 3, pp. 16–23. (In Russ.).
13. McCabe S.E., Knight J.R., Teter C.J., Wechsler H. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. Addiction, 2005, vol. 100, no. 1, pp. 96–106. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.00944.x
14. Bagot K.S., Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review. Addiction, 2014, vol. 109, no. 4, pp. 547–557. doi: 10.1111/add.12460
15. Measham F., Shiner M. The legacy of 'Normalisation': the role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people's drug use. The International Journal on Drug Policy, 2009, vol. 20, no. 6, pp. 502–508. doi: 10.1016/ j.drugpo.2009.02.001
16. Verdi G., Weyandt L.L., Zavras B.M. Non-medical prescription stimulant use in graduate students: relationship with academic self-efficacy and psychological variables. Journal of Attention Disorders, 2016, vol. 20, no. 9, pp. 741–753. doi: 10.1177/ 1087054714529816
17. Ilieva I.P., Hook C.J., Farah M.J. Prescription stimulants' effects on healthy inhibitory control, working memory, and episodic memory: A meta-analysis. Journal of Cognitive Neuroscience, 2015, vol. 27, no. 6, pp. 1069–1089. doi: 10.1162/jocn_a_00776
18. Maier L.J., Ferris J.A., Winstock A.R. Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals – A cross-sectional study in 15 countries. The International Journal on Drug Policy, 2018, vol. 58, pp. 104–112. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.05.009
19. Hupli A., Didžiokaite G., Ydema M. Toward the Smarter Use of Smart Drugs: Perceptions and Experiences of University Students in the Netherlands and Lithuania. Contemporary Drug Problems, 2016, vol. 43, no. 3, pp. 242–257. doi: 10.1177/ 0091450916660143
20. Farah M. The unknowns of cognitive enhancement. Science, 2015, vol. 350, no. 6259, pp. 379–380. doi: 10.1126/science.aad5893
21. Smith M.F., Farah M.J. Are prescription stimulants "smart pills"? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals. Psychological Bulletin, 2011, vol. 137, no. 5, pp. 717–741. doi: 10.1037/ a0023825
22. Cropsey K.L., Schiavon S., Hendricks P.S., Froelich M., Lentowicz I., Fargason R. Mixed-amphetamine salts expectancies among college students: Is stimulant induced cognitive enhancement a placebo effect? Drug and Alcohol Dependence, 2017, vol. 178, pp. 302–309. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.024
23. Vo K., Neafsey P.J., Lin C.A. Concurrent use of amphetamine stimulants and antidepressants by undergraduate students. Patient preference and Adherence, 2015, vol. 9, pp. 161–172. doi: 10.2147/PPA.S74602
24. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Tsatsulin T.O. Dynamics of indicators of perfectionism and symptoms of emotional distress in the Russian student population over the past ten years: cohort study. Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya – Cultural-Historical Psychology, 2019, vol. 15, no. 3, pp. 41–50. (In Russ.). doi: 10.17759/ chp.2019150305
25. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Khamskaya I.S. Russian adaptation of the DASS-21 for screening and diagnosis of depression, anxiety and stress. Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirokhirurgii – Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 2019, no. 10, pp. 39–46. (In Russ.).
26. Spravochnik lekarstvennykh preparatov Vidal' [Vidal's Handbook of Medicines]. Available at: <https://www.vidal.ru/> (accessed 24 May 2024).

A new path to drug addiction: students' use of psychoactive substances to enhance cognitive functions

Rychkova O.V.1

E-mail: rychkovaov@mgppu.ru

1 Moscow State University of Psychology and Education

29 Sretenka st., Moscow, 127051, Russia

Phone: +7 (495) 632-92-02

Abstract. According to foreign studies of recent years, the practices of using psychoactive substances are changing all over the world, especially noticeable are changes in such practices in developed countries. Among the practices that are being actively formed in the student population is the use of stimulating drugs, including medications, in order to increase productivity and academic effectiveness. In a study conducted in Russia, using an on-line survey on condition of anonymity (the answers of 606 students of Russian universities were analyzed), confirmation of the high level of stress experienced by the respondents was obtained, symptoms of emotional distress were recorded in some of the respondents. The study showed that a significant proportion of the sample used psychoactive substances, including medications designed to increase performance, improve memorization of material, and achieve the desired academic success. The facts of students of Russian universities turning to a wide range of drugs used to improve cognitive functions has been confirmed. The role of experienced stress as a factor that significantly increases the use of psychoactive substances was demonstrated. It was possible to establish a connection between individual attitudes of students, the features of their perception of the educational process, and the frequency of turning to psychoactive substances. The results obtained in this pilot study are important for planning further study of the problem of the use of psychoactive substances by university students, identifying social and personal factors of such consumption, and indicate promising areas of preventive work.

Keywords: psychoactive substances, enhancement of cognitive functions, student stress, stimulants, nootropics

For citation

Rychkova O.V. A new path to drug addiction: students' use of psychoactive substances to enhance cognitive functions. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 4, p. 6. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 10.10.2023

Accepted for publication 10.10.2023 for all articles № 4(81) 2023