

# ПСИХОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННАЯ ЗАРУБЕЖНАЯ

Journal of Modern Foreign Psychology



2020. Том 9 . № 1  
2020. Vol. 9 , no. 1

**СОВРЕМЕННАЯ ЗАРУБЕЖНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**  
**Том 9, № 1 / 2020**

Тема номера  
**Экстремальный стресс:**  
**причины, последствия, психологическая помощь**

Тематический редактор  
В.И. Екимова

**JOURNAL OF MODERN FOREIGN PSYCHOLOGY**

Московский государственный психолого-педагогический университет

Moscow State University of Psychology & Education



«СОВРЕМЕННАЯ ЗАРУБЕЖНАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

**Главный редактор**

Т.В. Ермолова

**Ответственный секретарь**

В.В. Пономарева

**Технический редактор**

О.Н. Борисова

**Редакционная коллегия**

Ю.И. Александров, Т.В. Ахутина, Е.Л. Григоренко, О.В. Рубцова, Т.А. Баилова, И.А. Бурлакова, Т.М. Марютина, Е.А. Сергиенко, А.Б. Холмогорова, Е.Г. Дозорцева, Л.Ф. Обухова, Н.Г. Салмина, М.А. Сафронова, Е.О. Смирнова, Т.А. Строганова, Н.Н. Толстых, Е.В. Филиппова, В.С. Юркевич

**Редакционный совет**

*Председатель*

В.В. Рубцов

*Заместитель председателя редакционного совета*

А.А. Марголис

*Члены редакционного совета*

Г. Дэниэлс (Великобритания), П. Хаккарайнен (Финляндия)

Корректор Р.К. Лопина

Компьютерная верстка: М.А. Баскакова

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

Московский государственный психолого-педагогический университет

Все права защищены.

Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций  
возможны только с письменного разрешения редакции.

Позиция редакции может не совпадать с мнением авторов публикаций.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

### КОЛОНКА РЕДАКТОРА

*Екимова В.И.*

Введение 5

### СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Березина Т.Н., Рыбцова Н.Н., Рыбцов С.А., Фатьянов Г.В.*

Индивидуально-личностные факторы пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа, проживающих в России и иммигрировавших в страны Евросоюза 8

*Петров В.Е., Кокурин А.В., Назарова А.Ю.*

Психология дорожного стресса и агрессивного поведения в современных зарубежных исследованиях 22

### КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Одинцова М.А., Гусарова Е.С., Айсмонтас Б.Б.*

Жизнеспособность семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности в зарубежных исследованиях 29

*Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б.*

Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников 39

*Екимова В.И., Лучникова Е.П.*

Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса 50

*Борисоник Е.В.*

Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения 62

*Храмов Е.В.*

Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков 68

*Эстербрук С.А., Орлова Е.А., Карпекова Т.А., Гребенников Ю.Л.*

Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований) 76

### ОТРАСЛЕВАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Сечко А.В.*

Психологические факторы рецидивизма и его профилактики (по материалам зарубежных исследований) 85

*Розенова М.И., Екимова В.И., Кокурин А.В., Огнев А.С., Ефимова О.С.*

Стресс и страх в экстремальной ситуации 94

### *Вне тематики*

### СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Гриценко В.В., Хухлаев О.Е., Павлова О.С., Ткаченко Н.В., Усубян Ш.А., Шорохова В.А.*

Анализ зарубежных эмпирических моделей межкультурной компетентности и методик для ее оценки 103

### ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ

*Юркевич В.С., Емельянова И.В.*

Феномен лжи в детском возрасте: амбивалентный подход 114

### Наши авторы

125



---

# CONTENTS

## NOTES FROM EDITOR

*Ekimova V.I.*

Introduction 5

## SOCIAL PSYCHOLOGY

*Berezina T.N., Rybtsova N.N., Rybtsov S.A., Fatianov G.V.*

Individually-personal factors of pension stress in representatives of the intellectual type of professions living in Russia and having immigrated to the EU countries 8

*Petrov V.E., Kokurin A.V., Nasarova A.Yu.*

Psychology of road stress and aggressive behavior according to modern foreign studies 22

## CLINICAL PSYCHOLOGY

*Odintzova M.A., Gusarova E.S., Aismontas B.B.*

Family resilience in stressful situations of disability in foreign studies 29

*Matyushkina E.Ya., Roy A.P., Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B.*

Occupational stress and burnout among healthcare professionals 39

*Ekimova V.I., Luchnikova E.P.*

Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress 50

*Borisonik E.V.*

Suicide as situation of extreme stress for immediate surrounding 62

*Khramov E.V.*

Psychological and psychosomatic risk factors for suicidal adolescent behavior 68

*Esterbrook S.A., Orlova E.A., Karpiakova N.A. Grebennikov Yu.L.*

Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies) 76

## SPECIAL (BRANCH) PSYCHOLOGY

*Sechko A.V.*

Psychological conditions for the prevention of recidivism  
(по материалам зарубежных исследований) 85

*Rozenova M.I., Ekimova V.I., Kokurin A.V., Ognev A.S., Efimova O.S.*

Stress and fear in extreme situation 94

## *Outside of the theme rooms*

## SOCIAL PSYCHOLOGY

*Gritstnko V.V., Pavlova O.S., Tkachenko N.V., Usubian S.A., Khukhlaev O.E., Shorokhova V.A.*

Analysis of foreign empirical models of intercultural competence  
and methods for its evaluation 103

## DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

*Yurkevitch V.S., Emelyanova I.V.*

The phenomenon of lies in childhood: an ambivalent approach 114

## Our authors

128

---

## КОЛОНКА РЕДАКТОРА NOTES FROM EDITOR

---

### Введение

*Екимова В.И.*

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)*

### Introduction

*Valentina I. Ekimova*

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)*

В повседневной жизни мы довольно хорошо приспособлены к заданным условиям функционирования благодаря адаптивным целенаправленным стратегиям поведения, контролю над привычно возникающими ситуациями и просто за счет автоматизированных динамических стереотипов.

Однако чем больше условия среды отклоняются от оптимального уровня, чем меньше у нас возможностей для их контроля, тем более мы уязвимы и менее адаптированы.

В современном мире для любого человека неизбежно возрастает вероятность и опасность оказаться в исключительной, рискованной, экстремальной ситуации. Антропогенные и природные катастрофы, насильственные и военные действия, теракты, угрожающие жизни болезни — вот далеко не полный их перечень. При этом, чем больше отклонений от привычных условий функционирования, чем более в ситуации выражен параметр экстремальности, приводящий к частичной или полной потере личностного контроля и стабильности, тем выше ее стрессогенность.

Категория «экстремальности» рассматривалась еще в античной философии и определялась как «предельное состояние» в существовании вещей, состояние, доведенное до крайности, закономерно влекущее катастрофические или разрушительные последствия. В качестве определяющего, сущностного признака экстремальности рассматривается фактор опасности, т. е. непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию или угрозы срыва выполнения какой-либо жизненно важной задачи.

Однако экстремальность характеризует не только и не столько ситуацию или условия, но и психологическую реакцию на них человека, его психическое состояние, то есть экстремальный фактор может быть

определен как результат взаимодействия экстремальных параметров среды и характеристик личности, как «диспозиционное отношение экстремальной среды и личности».

В экпсихологическом контексте экстремальной ситуацией можно считать ту, в которой ее внешние параметры имеют такую интенсивность, что оказывают дестабилизирующее, дисфункциональное воздействие на эмоциональное состояние, личность и даже психологическую целостность человека, а закономерной и неизбежной реакцией на подобное событие является экстремальный стресс.

Экстремальность положения не задается однозначно параметрами события, а в значительной степени определяется отношением к нему человека, поэтому экстремальные, а значит и «крайне возможные» ситуации и условия жизнедеятельности для разных людей разные. Человек способен уменьшить негативное влияние события путем развития сопротивляемости и адаптивных способностей, навыков совладания и эмоциональной устойчивости, которые помогают при взаимодействии с экстремальными ситуациями и средами.

В статье Розеновой М.И., Екимовой В.И., Кокурина А.В., Огнева А.С., Ефимовой О.С. «Стресс и страх в экстремальной ситуации» рассматриваются механизмы функционального взаимовлияния состояний страха и стресса в экстремальной ситуации, отмечаются неоднозначность и противоречия в понимании функционально-иерархической динамики данных состояний зарубежными специалистами, возврат к исходным представлениям о механизмах развития стресса и методах контроля и коррекции его последствий. В то же время в зарубежной психологической литературе проблема взаимовлияния страха и стресса в экстремальной ситуации представлена недостаточно

CC BY-NC

информативно, что позволяет отечественным исследователям заполнить существующий пробел.

В статье Березиной Т.Н., Рыбцовой Н.Н., Рыбцова А.В. и Фатьяновой Г.А. «Индивидуально-личностные факторы пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа, проживающих в России и иммигрировавших в страны Евросоюза», речь идет о феномене пенсионного стресса, вызванного ожиданием и последующим выходом человека на пенсию, выделяются его признаки: ускорение биологического старения, рассогласование психологического и биологического возраста, — рассматриваются индивидуально-личностные факторы биопсихологического старения. Приведены результаты эмпирического исследования биопсихологического возраста у представителей интеллектуального типа профессий, проживающих в странах Евросоюза — россиян по происхождению, и представителей интеллектуального типа профессий из России. Авторы показали, что в российской выборке признаки пенсионного стресса выражены сильнее, что проявляется в ускорение биологического старения в возрасте 51—65 лет. По результатам исследования определены личностные стратегии сохранения относительной молодости, характерные для представителей интеллектуального типа профессий.

В публикации Петрова В.Е, Кокурина А.В. и Назаровой А.Ю. «Психология дорожного стресса и агрессивного поведения в современных зарубежных исследованиях» представлен анализ зарубежных психологических подходов к феноменологии дорожного стресса и агрессивного поведения. Авторы анализируют и обобщают взгляды зарубежных специалистов на психологические причины, обуславливающие существование дорожного стресса в форме гнева, и систематизируют подходы к профилактике дорожного стресса. Материалы обзора могут служить информационно-аналитической основой научных исследований в области психологии безопасности дорожного движения, разработки прикладных вопросов преодоления стресса и агрессии при управлении транспортным средством.

В статье Одинцовой М.А., Гусаревой Е.С. и Айсмонтиса Б.Б. «Жизнеспособность семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности в зарубежных исследованиях» представлен обзор зарубежных публикаций, отражающих проблематику жизнеспособности семьи в современном мире. Показано, что жизнеспособность семьи, имеющей стрессогенный опыт инвалидности, включает: 1) систему семейных убеждений, основанных на позитивном мировоззрении, способствующих самовосстановлению после травматического опыта и принятию своей уязвимости; 2) паттерны семейных реакций на заболевание, позволяющие членам семьи находить смысл жизни в заботе; 3) семейные коммуникативные навыки и активность в решении проблем; 4) семейную связность и гибкость, эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных и общественных организаций.

В работе Матюшкиной Е.Я., Рой А.П., Рахманиной А.А. и Холмогоровой А.Б. «Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников» обобщаются результаты современных зарубежных исследований профессионального стресса и профессионального выгорания у медицинских работников. Авторы обращают особое внимание на данные об экстремально высоком риске профессионального выгорания у работников неотложной медицинской помощи, о неуклонном росте этих показателей в современной системе здравоохранения разных стран и о крайне тяжелых последствиях выгорания для психического и физического здоровья медиков. В работе представлен обзор исследований различных факторов неуклонного повышения уровня профессионального выгорания, важнейшие из которых — непрерывная интенсификация работы и введение новых электронных систем ведения медицинской документации.

Статья Екимовой В.И. и Лучниковой Е.П. «Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса» отражает динамику трансформаций концепции комплексной психологической травмы, как реакции на экстремальный стресс, с момента предложения термина комплексного посттравматического стрессового расстройства (комплексного ПТСР) до его официального признания в качестве диагностического конструкта. Авторы проводят сравнение специфических характеристик различных видов психологических травм, пересекающихся с термином комплексного ПТСР, определяют базовые характеристики комплексной психологической травмы, отличающие ее от близких к ней понятий, и намечают пути дальнейших исследований в данном направлении.

В статье Борисоник Е.В. «Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения» приводятся данные зарубежных исследований о стрессогенном влиянии суицида на близких суицидента и риске возникновения у них аффективных расстройств, проводится анализ факторов, влияющих на выраженность стресса у родственников после завершенного суицида и суицидальной попытки. На основе обзора исследований влияния стигматизации/самостигматизации и параметров семейной системы на уровень переживания стресса делается вывод о том, что понимание механизмов стрессогенного воздействия суицида на близких суицидента позволяет выделить мишени для оказания им эффективной психологической помощи.

В статье Храмова Е.В. «Психологические и психосоматические риск-факторы суицидогенности у подростков» представлен обзор современных зарубежных исследований риск-факторов суицидального поведения подростков в сравнении с результатами исследования психологических и психосоматических коррелятов подростковой суицидальности, проведенного самим автором. Факторы риска, описанные в зарубежных источниках, сведены к четырем классам: соматические (пси-

хосоматические), интрапсихологические, социально-психологические, поведенческие — и показано, что наибольшая связь с суицидальными намерениями и попытками подростков принадлежит депрессивным состояниям и психосоматическим дисфункциям.

В статье Эстербрук С.А., Орловой Е.А., Карпиковой Т.А. и Гребенников Ю.Л. «Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований)» представлены зарубежные публикации по проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и методам, используемым при его терапии. Особый акцент сделан на когнитивно-бихевиоральном подходе к работе с ПТСР: рассматриваются его концептуально-теоретические основы, диагностический инструментарий, методы, техники и общая структура терапевтических программ. Авторы отмечают эффективность когнитивно-бихевиоральной психотерапии, подтвержденную рядом экспериментальных исследований и успешной многолетней практикой использования в работе с людьми, страдающими ПТСР.

В публикации Сечко А.В. «Психологические факторы рецидивизма и его профилактики» на материалах зарубежных публикаций проанализированы результаты исследований рецидивизма, проведенные в Англии, Дании, Канаде, Нигерии, Португалии, Новой Зеландии, США, Шотландии; выявлены объективные

и субъективные детерминанты, позволяющие с высокой долей вероятности прогнозировать последующее уголовно преследуемое нарушение и его временные параметры. Автор уделяет особое внимание возможностям профилактики уголовно-правового рецидивизма, таким как испытательный срок под наблюдением наставника, способного установить доверительные отношения с условно-досрочно освобожденным; последовательные сопровождающие действия с возможностью выполнения роли опекуна по отношению к молодым людям, находящимся в сложной социальной и криминогенной ситуации; оказание помощи при решении экономических проблем и др.

Таким образом, в публикациях данного тематического номера представлены результаты зарубежных и отечественных исследований различных аспектов проблемы экстремального стресса как фактора жизнедеятельности людей в современном мире. В статьях рассматриваются психологические механизмы экстремальных стресс-реакций человека, факторы риска их возникновения и отдаленные последствия, а также методы психотерапевтической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. Феномен рассмотрен в его различных проявлениях: пенсионный стресс, дорожный стресс, хронический стресс — в разных контекстах — семейном, профессиональном и ситуациях завершеного суицида и суицидальной угрозы, уголовно-правового рецидивизма.

#### **Информация об авторах**

*Екимова Валентина Ивановна*, доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

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

*Valentina I. Ekimova*, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

Получена 19.03.2020  
Принята в печать 22.03.2020

Received 19.03.2020  
Accepted 22.03.2020

---

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ SOCIAL PSYCHOLOGY

---

### Индивидуально-личностные факторы пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа, проживающих в России и иммигрировавших в страны Евросоюза

**Березина Т.Н.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8188-237X>, e-mail: [tanberez@list.ru](mailto:tanberez@list.ru)*

**Рыбцова Н.Н.**

*Центр Регенеративной Медицины, Университет Эдинбурга,  
г. Эдинбург, Великобритания  
e-mail: [rybnat@yahoo.com](mailto:rybnat@yahoo.com)*

**Рыбцов С.А.**

*Центр регенеративной медицины, Университет Эдинбурга,  
г. Эдинбург, Великобритания  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>, e-mail: [s.rybtsov@ed.ac.uk](mailto:s.rybtsov@ed.ac.uk)*

**Фатьянов Г.В.**

*Челябинский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО ЧГПУ),  
г. Челябинск, Российская Федерация  
e-mail: [gregoryfatyanov@gmail.com](mailto:gregoryfatyanov@gmail.com)*

В статье описывается феномен пенсионного стресса, вызванного ожиданием и последующим выходом человека на пенсию, выделяются его признаки: ускорение биологического старения, рассогласование психологического и биологического возраста, рассматриваются индивидуально-личностные факторы биопсихологического старения. Приводятся результаты сравнительного исследования биологического возраста представителей профессий интеллектуального типа в возрасте 32—70 лет, проживающих в России (n=101, женщин=62) и иммигрировавших из России в страны Евросоюза (n=101, женщин 56). Показано, что в российской выборке признаки пенсионного стресса выражены сильнее: у испытуемых наблюдается ускорение биологического старения в возрасте 51—65 лет, а также определяются личностные стратегии относительного сохранения молодости для каждой из исследованных групп.

**Ключевые слова:** пенсионный стресс, жизненный путь, интеллектуальный тип профессий, кросс-культурное исследование, биологический возраст, психологический возраст.

**Финансирование:** Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда, проект № 19-18-00058.

**Благодарности:** Авторы благодарят всех участников проекта за помощь в сборе данных для исследования.

**Для цитаты:** Индивидуально-личностные факторы пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа, проживающих в России и иммигрировавших в страны Евросоюза [Электронный ресурс] / Т.Н. Березина, Н.Н. Рыбцова, С.А. Рыбцов., Г.В. Фатьянов // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. №1. С. 8—21. DOI: [10.17759/jmfp.2020090101](https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090101)

### Individually-personal factors of pension stress in representatives of the intellectual type of professions living in Russia and having immigrated to the EU countries

**Berezina T.N.**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia ORCID:  
<https://orcid.org/0000-0002-8188-237X>, e-mail: [tanberez@list.ru](mailto:tanberez@list.ru)*

CC BY-NC



**Rybtsova N.N.**

University of Edinburgh, UK  
e-mail: rybnat@yahoo.com

**Rybtsov S.A.**

University of Edinburgh, UK  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>, e-mail: s.rybtsov@ed.ac.uk

**Fatianov G.V.**

Celebinsky State Pedagogical University, Russia  
e-mail: gregoryfatyanov@gmail.com

The article introduces data from the study of the severity of social anxiety caused by the expectation of retirement and subsequent retirement; highlights signs of retirement stress: acceleration of biological aging, the discrepancy of psychological and biological age. It also regards individual-personal factors of biopsychological aging. The article presents the results of an empirical study of the biopsychological age of people – Russians by origin – pursuing intellectual professions and living in the European Union and in Russia. All the participants were continuing their research activity and were aged from 32 to 70 years, both living in Russia (n=101, women, 62), and having migrated to the European Union countries (n=101, women 56). Methods of assessing biological age with regard on health indicators, subjective psychological age, as well as the questionnaire of life path were applied. The results showed that in Russian sample the signs of retirement stress are more pronounced: the subjects have an acceleration of biological aging at the age of 51–65 years. The personal strategies for preventing retirement stress and maintaining relative juvenility, typical for the intellectual occupation professionals, were singled out: for men – democratic working conditions, positive attitude, collaborative non-ambitious non-aggressive behaviour; and for women – wellbeing, respectful partnership in the couple, friendly working conditions; multiple changes of place of residence. However, the difference in relative juvenility strategy for residents in Russian and EU was also observed.

**Keywords:** retirement stress, life path, intellectual type of professions, cross-cultural research, biological age, psychological age.

**Funding:** This work was supported by grant RSF № 19-18-00058.

**Acknowledgements:** The authors thank all project participants for their assistance in collecting data for the study.

**For citation:** Berezina T.N., Rybtsova N.N., Rybtsov S.A., Fatianov G.V. Individually-personal factors of pension stress in representatives of the intellectual type of professions living in Russia and having immigrated to the EU countries [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 8—21. DOI: 10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ.).

## Введение

Выход на пенсию для человека является сильнейшим стрессором, с одной стороны, как естественный нормативный кризис, характерный для периода старения, хронологически попадающий на период поздней взрослости [10]. С другой стороны, тяжесть возрастного стресса усиливается пенсионной реформой, проходящей в настоящее время в большинстве европейских стран, и неопределенностью социальных изменений, которые она с собой несет. Этим определяется актуальность кросс-культурных исследований пенсионного стресса и изучения личностных и средовых факторов, влияющих на его динамику. В более ранних публикациях нами были описаны биопсихологические признаки пенсионного стресса: ускорение биологического старения организма и рассогласование динамики биологического и психологического возраста человека [5]. Представляется интересным оценить выраженность этих признаков и влияние на них индивидуально-личностных характеристик и особенностей жизненного

пути у представителей интеллектуального типа профессий, имеющих общее происхождение, но различающихся странами проживания: одна группа – лица, проживающие в России, а другая – российские специалисты, переселившиеся в страны Евросоюза, продолжающие работать по специальности.

## Обзор литературы

Как показывают исследования, проведенные во многих странах, выход на пенсию негативно влияет на состояние соматического и психического здоровья человека и увеличивает вероятность преждевременной смерти. К выводу об увеличении риска преждевременной смерти после выхода на пенсию приходят многие авторы, независимо от страны, в которой проводилось исследование: Греция [15], Германия [17], Швеция [27], США [12]. Отмечается также влияние психологических факторов на продолжительность жизни в России [5] и в Казахстане [6].

Много исследований посвящено ухудшению здоровья человека после его выхода на пенсию, при этом большинство авторов показывают, что проблемы со здоровьем возникают как у мужчин, так и у женщин [11]. В России, например, наблюдаются различия в скорости старения мужчин и женщин; так, скорость физиологического старения у мужчин выше, а их биологический возраст в постпенсионный период начинает превышать календарный [8]. В публикациях материалов исследований, проведенных в США, сообщается, что увольнение работников по достижении ими пенсионного возраста приводит к росту риска инфаркта миокарда и инсульта [33]. Анализ статистических данных показал, что за 6-летний период после выхода на пенсию трудности при передвижении увеличиваются на 5–16%, общая заболеваемость – на 5–6%. В большей степени этот негативный эффект проявляется среди лиц, которые не испытывали проблем со здоровьем до выхода на пенсию: среди них трудности при передвижении увеличиваются на 17–22%, общая заболеваемость – на 6%. Однако при частичной занятости после достижения пенсионного возраста заболеваемость увеличивалась лишь на 4,2%, а затруднения при выполнении ежедневной деятельности на 10% [18]. Отмечается, что возрастные изменения могут являться дополнительным стрессором, так как с возрастом у человека меняются образ жизни, режим дня, его социальная роль и статус, что не может не влиять на показатели биологического возраста [1; 14].

Как можно увидеть из результатов научных исследований, на тяжесть переживания пенсионного стресса значительно влияют факторы, связанные с особенностями профессиональной деятельности. Во-первых, это продолжение работы в постпенсионный период. По данным А. Куна [25], в Австрии мужчины, выходящие на пенсию на год раньше срока, имеют более высокую вероятность умереть по сравнению с их сверстниками, продолжающими работать (на 13%). Аналогичные результаты были получены при исследовании английских пожилых мужчин [26]. Во-вторых, это добровольность выхода на пенсию. Так, при принудительном увольнении риск преждевременной смерти у мужчин существенно возрастает [24]. В третьих, это характер профессиональной деятельности, которой индивид занимался до выхода на заслуженный отдых. Чем выше у респондента был социальный статус до выхода на пенсию и чем больше был доход, тем сильнее у него проявляются последствия пенсионного стресса [24].

Что касается специалистов интеллектуального типа профессий (по Дж. Холланду), то исследования, проведенные во многих странах, показали, что представители этого типа в целом имеют более высокую среднюю продолжительность жизни, более высокую ожидаемую среднюю продолжительность жизни и более низкую вероятность преждевременной смерти [23]. Так, например, английскими учеными отмечено, что высокий социальный статус, руководящая работа, карьерный рост являются факторами, увеличивающими продолжительность жизни. В качестве доказатель-

ства приводятся данные исследований сотрудников британской государственной службы, на основе анализа которых был сделан вывод о том, что наименьшая вероятность преждевременной смерти – у администраторов высшего уровня, в то время как у других менеджеров и квалифицированных специалистов она выше в 1,6 раза, у конторских работников – в 2,2 раза, а у рабочих – в 2,7 раза [30]. Более современные исследования подтверждают обнаруженную зависимость. Обзор, проведенный по 17 исследованиям (193 696 участников из разных стран, преимущественно государств Евросоюза) показал, что у мужчин, работающих в сфере умственного труда и иных форм интеллектуальной активности, риск ранней смерти был на 18% ниже по сравнению с теми, кто занимался преимущественно физическим трудом [20].

Для представителей собственно интеллектуальных (исследовательских) профессий (научные работники, преподаватели высшей школы и т. п.) данная закономерность была еще более выражена: высокий интеллект и образование оказались напрямую связаны с продолжительностью жизни и долголетием. Например, исследования среднего возраста смерти 49064 известных представителей профессий интеллектуального и творческого типов от I века дохристианской эры до конца XX века показал, что он для большинства этих профессий выше, чем в среднем по выборке. Первые пять мест по продолжительности жизни среди мужчин занимают нобелевские лауреаты (78,8 года), выдающиеся ученые (72,7 года), члены-корреспонденты (71,7 года), дирижеры (71,1 года) и ученые (71,0 года). Среди женщин первые пять мест занимают дирижеры (83,2 года), арфистки (80,9 года), академики (80,3 года), пианистки (79,1 года) и скрипачки (78,2 года) [3].

В России было проведено несколько исследований взаимосвязи типа профессиональной деятельности с продолжительностью жизни. Л.И. Августова изучала продолжительность жизни известных ученых-психологов (146 ученых). Как оказалось, представители данной профессии живут в среднем достаточно долго: их средняя продолжительность жизни – 70,5 лет [2]. В статье, посвященной исследованию демографических характеристик российской научной элиты (членов-корреспондентов и действительных членов Академии наук) было показано, что средняя продолжительность жизни действительных членов Академии (преимущественно мужчин) – 75 лет, членов-корреспондентов (также преимущественно мужчин) – 72,1 года [7], что выше средней продолжительности жизни мужчин в России. Дополнительно изучалось влияние научной специальности на продолжительность жизни членов Российской академии наук, а также совмещения научной работы с преподавательской деятельностью у респондентов. Более низкой продолжительностью жизни оказалась у математиков (71,2±0,21 года), а самой высокой – у ученых-экономистов (74,6±0,26 года). У ученых, совмещающих исследовательскую работу с преподаванием в университете или колледже, продолжительность жизни

была на 3,5 года больше, чем у тех, кто не был вовлечен в преподавание. Авторы исследования сделали общий вывод, что интенсивный научный труд способствует увеличению продолжительности жизни и долголетию [3].

Феномен пенсионного стресса однозначно влияет также на относительное старение представителей как умственного, так и физического труда. Для оценки относительного старения зарубежные исследователи используют методы определения биологического возраста по активности теломераз и длине теломеров [19], по оценке возрастных параметров головного мозга (the «brain age») [13], по выраженности клинически значимых возрастных неврологических синдромов [28] и др. Для оценки психологического старения за рубежом используются показатели оценки психологического возраста [31].

Как оказалось, для работников умственного труда пенсионный стресс часто приводит к специфическим заболеваниям. Так, исследование состояния здоровья у муниципальных работников, проведенное в Финляндии, выявило, что у мужчин выход на пенсию приводит к росту заболеваний, связанных с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (39–58% против 25–37% среди продолжающих работать). Авторы отметили, что вероятность развития подобных заболеваний выше у работников умственного труда, чем у работников физического труда, а у мужчин — больше, чем у женщин.

## Организация исследования и методы исследования

**Цель:** сравнительное исследование индивидуально-личностных факторов, влияющих на проявления пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа: специалистов, проживающих в настоящее время в РФ, и специалистов, иммигрировавших в страны Евросоюза из России.

1. Методика «Определение биологического возраста по В.П. Войтенко» [8]. В формулы для измерения биологического возраста входят показатели активности сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, опорно-двигательного аппарата и системы равновесия, обмена веществ, а также психологические показатели (субъективной оценки здоровья) [9]. Методика апробирована и валидизирована в России; показано, что биологический возраст, определяемый по данному методу, коррелирует со здоровьем сердечно-сосудистой системы и продолжительностью жизни [8].

2. Методика определения должного биологического возраста для разных возрастных групп — ДБВ. Этот показатель считается статистической нормой биологического возраста для лиц определенного года рождения. Используется для последующей оценки индекса относительного старения.

3. Индекс относительного старения позволяет оценить то, насколько человек по состоянию своего здоровья старше статистической возрастной нормы. Отрицательные значения говорят об индивидуальной

молодости человека, а положительные об индивидуальном старении относительно статистических норм. Данный индекс — основной показатель, использованный нами для оценки динамики относительного старения.

4. Метод самооценки личностного (психологического) возраста, по К.А. Абульхановой и Т.Н. Березиной. Испытуемому предлагается оценить свой возраст по 100-бальной шкале (от 0 до 100), где 0 баллов — возраст новорожденного младенца, а 100 баллов — возраст человека, который уже всего добился и большего добиться не сможет.

5. Индекс относительного психологического старения (психологический возраст — календарный возраст). Отрицательные значения говорят о восприятии себя моложе своего возраста человеком, у которого все еще впереди. Положительные значения говорят о восприятии себя человеком более зрелым, мудрым, достигшим больших результатов, чем другие люди в этом возрасте.

6. Индекс личностной зрелости вычисляется как отношение психологического возраста к биологическому. Он необходим для оценки «темпорального несогласования». Рассогласование выражено в сильной степени, если индекс <0,6, в слабой степени, если индекс <0,7.

7. Анкета жизненного пути — оригинальная разработка. Испытуемому предлагается назвать свои профессию, образование, уровень карьерных достижений, религиозность, место проживания, наличие семьи и детей, наличие вредных привычек (табакокурение, переедание, алкоголизм) и т. п.

8. Анкета увлечений и хобби. Испытуемому предлагается перечислить свои увлечения и хобби, имевшие место в течении жизни, и подсчитывается количество интересов и увлечений по следующим группам: интеллектуальные, творческие, спортивные, предметные (рукоделие).

9. Методика самооценки особенностей личности Дембо—Рубинштейн в авторской модификации. Испытуемые оценивают следующие характеристики личности: агрессивность, активность, общительность, заботливость (наличие объекта заботы), оптимизм. Оценивается уровень развития этих показателей в течение жизни и в настоящий момент. В дальнейшем показатели самооценки сводятся к трем уровням: низкому, среднему и высокому.

10. Оценка стиля взаимодействия (сотрудничества или соперничества) на основе игры «Бегство из плена», построенной на «Дилемме узника» [4]. Испытуемому предлагается решить четыре социальных задач, выбрав для каждой стиль сотрудничества или соперничества. За каждый выбор сотрудничества ставится 1 балл.

11. Методы математической статистики (Программный пакет Statistica 12). Для оценки влияния индивидуально-личностных факторов на относительное биологическое старение был использован регрессионный анализ. Для сравнения возрастных групп между собой использовался критерий Фишера (Fisher LSD), входящий в состав дисперсионного анализа.



Все участники исследования – представители профессий интеллектуального типа (по Дж. Холланду): научные сотрудники, работники НИИ, преподаватели вузов, профессионалы смежных профессий, имеющие научную степень. Тип профессии определялся по основному месту работы респондента. Всего в исследовании приняли участие 202 специалиста, имеющих научную степень, все выпускники московских вузов. Для достижения цели исследования были выделены 2 группы:

— группа специалистов из стран Евросоюза – 101 человек в возрасте от 32 до 70 лет (из них 56 женщин и 45 мужчин); являются иммигрантами из России и стран СНГ, постоянно проживающими в странах Евросоюза не менее 5 лет (среднее время проживания 15 лет, самый меньший период проживания – 5 лет, самый большой – 30 лет), все имеют гражданство страны ЕС или вид на жительство и большинство предполагают продолжать работать в странах Евросоюза до пенсии;

— группа специалистов из России – 101 человек в возрасте от 25 до 82 лет (из них 62 женщины и 39 мужчин). Большинство проживают в г. Москве и работают в столичных вузах и НИИ.

Кроме того, испытуемые были разделены на 4 возрастные группы: до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 51 до 65 лет, от 66 и выше.

## Результаты исследования

### *Результаты исследования относительного биологического старения и факторов, на него влияющих.*

Первым признаком пенсионного стресса является ускорение биологического старения в предпенсионном

и постпенсионном возрасте. Динамика относительного биологического старения по возрастным группам для обеих выборок представлена на рис. 1 и 2.

Как можно заметить, после 35 лет у мужчин-иммигрантов в ЕС наблюдаются отрицательные значения относительного биологического старения, также как в группе, на которую падает вся тяжесть современной пенсионной реформы (51–65 лет), иначе говоря, у них наблюдается замедление биологического старения, а не его ускорение, то есть данный признак пенсионного стресса практически не выражен. Что касается мужчин-специалистов из РФ, то у них после 35 лет также наблюдаются отрицательные значения относительного биологического старения, хотя и менее выраженное, чем у жителей стран ЕС. Однако в возрасте 51–65 лет в данной группе появляется первый признак пенсионного стресса: ускорение биологического старения организма. Динамика изменений достоверна: показатель относительного биологического старения специалистов из России в данной возрастной группе достоверно выше, чем в более молодой группе ( $p < 0,01$ ), а также отличается на уровне тенденции от более старшей группы. Различия по месту проживания в данной возрастной категории (51–65) мужчин также достоверны ( $p < 0,01$ ).

Как видно из рисунка, у женщин интеллектуального типа профессий практически во всех подгруппах наблюдаются отрицательные показатели старения, то есть они воспринимают себя как более молодых. Также можно заметить, что ускорение биологического старения, как признак пенсионного стресса, у женщин из ЕС не выражен: показатели возрастной группа 51–65 лет ничем не отличаются от оценок в более молодых и старших группах. Однако в РФ у женщин первый признак пенсионного стресса все же проявля-

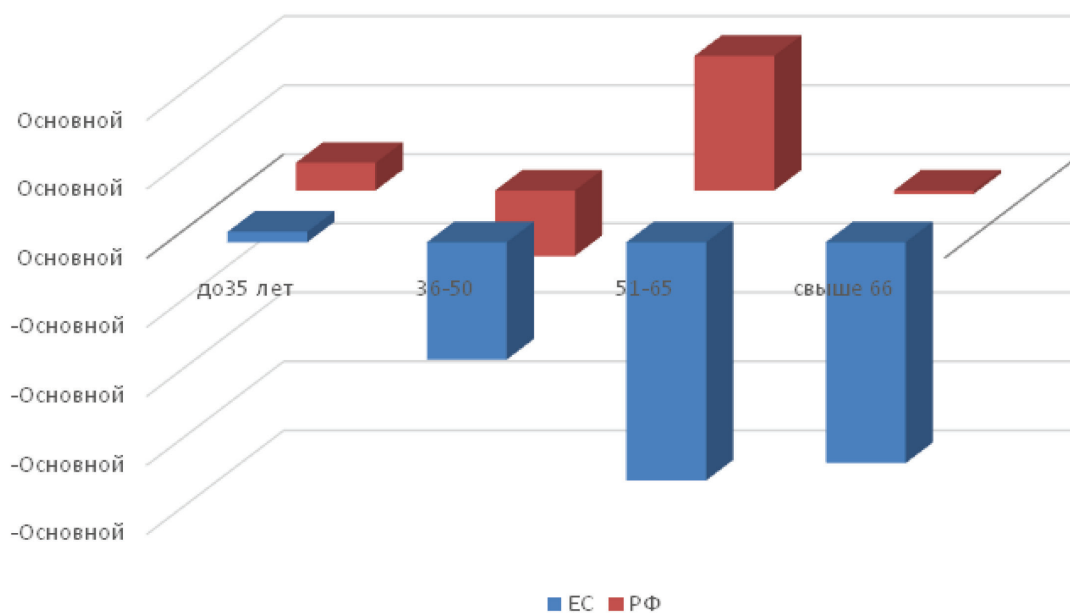


Рис. 1. Динамика относительного биологического старения у мужчин профессий интеллектуального типа в РФ и ЕС по возрастам

ется, о чем свидетельствует тот факт, что показатель относительного биологического старения в возрастной группе 51–65 лет достоверно выше, чем в старшей возрастной группе ( $p < 0,05$ ).

Различия между странами наблюдаются в двух возрастных категориях: 36–50 лет и 51–65 лет; у жителей РФ относительное старение выражено сильнее, чем у специалистов, проживающих в ЕС ( $p < 0,01$ ).

Для оценки влияния особенностей жизненного пути на относительное биологическое старение специалистов из ЕС и РФ использовался регрессионный анализ.

Регрессионное уравнение, полученное по показателям мужчин, проживающих в ЕС, имеет следующий вид:

$$\text{ОБС} = 4,2 \text{ агрессивность}^* - 4,82821 \text{ оптимизм}^* - 1,74904 \text{ сотрудничество}^* + 14,97229^*$$

ОБС – относительное биологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,01$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(5,22) = 8,5039$  ( $p < 0,00013$ ) и объясняет 66% дисперсии ( $R^2 = 0,65901651$ ).

Как видно из уравнения, у мужчин, проживающих в ЕС, относительное биологическое старение зависит от агрессивности (усиливает), от оптимизма (снижает) и преобладания сотрудничества как стиля взаимодействия (снижает), свободный член также достоверен и также усиливает старение.

По результатам опроса женщин, проживающих в ЕС, регрессионное уравнение имеет следующий вид.

$$\text{ОБС} = 5,2 \text{ дети}^* - 2,79 \text{ курение}^* - 2,5 \text{ интеллектуальные хобби}^* - 6,67673^*$$

ОБС – относительное биологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,01$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(4,43) = 5,9039$  ( $p < 0,00071$ ) и объясняет 35% дисперсии ( $R^2 = 0,35450504$ ).

У женщин, проживающих в Евросоюзе, старение усиливается из-за наличия детей, а также парадоксальным образом снижается благодаря табакокурению и интеллектуальным хобби.

В Российской Федерации показатель относительного биологического старения, как признака пенсионного стресса, зависит от других факторов.

Для группы мужчин уравнение регрессии имеет следующий вид.

$$\text{ОБС} = 20,1161 \text{ общительность}^* + 18,8306 \text{ целеустремленность}^* + 7,8239 \text{ агрессивность}^* + 5,1534 \text{ дети}^* - 15,9693 \text{ семья}^* - 13,1656 \text{ работа Ч-Ч}^* - 35,6056 \text{ употребление алкоголя}^* - 20,1494 \text{ интеллектуальные хобби}^* - 9,6363 \text{ наличие объекта заботы}^* - 15,9693^*$$

ОБС – относительное биологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,01$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(9,18) = 855,87$  ( $p < 0,0000$ ) и объясняет 99% дисперсии ( $R^2 = 0,99766865$ ).

Из уравнения следует, что относительное старение российского мужчины-представителя профессий интеллектуального типа усиливается при наличии детей и выраженных характеристик поведенческого типа А (активности, агрессивности, общительности), а замедляется при наличии семьи, объекта заботы, работы в сфере «Человек—Человек», большого количества интеллектуальных хобби и умеренного употребления алкоголя. По поводу последнего показателя следует уточнить, что в данной группе он никогда не поднимался выше отметки «частично», то есть в выборке не было ни одного мужчины со значением показателя «в

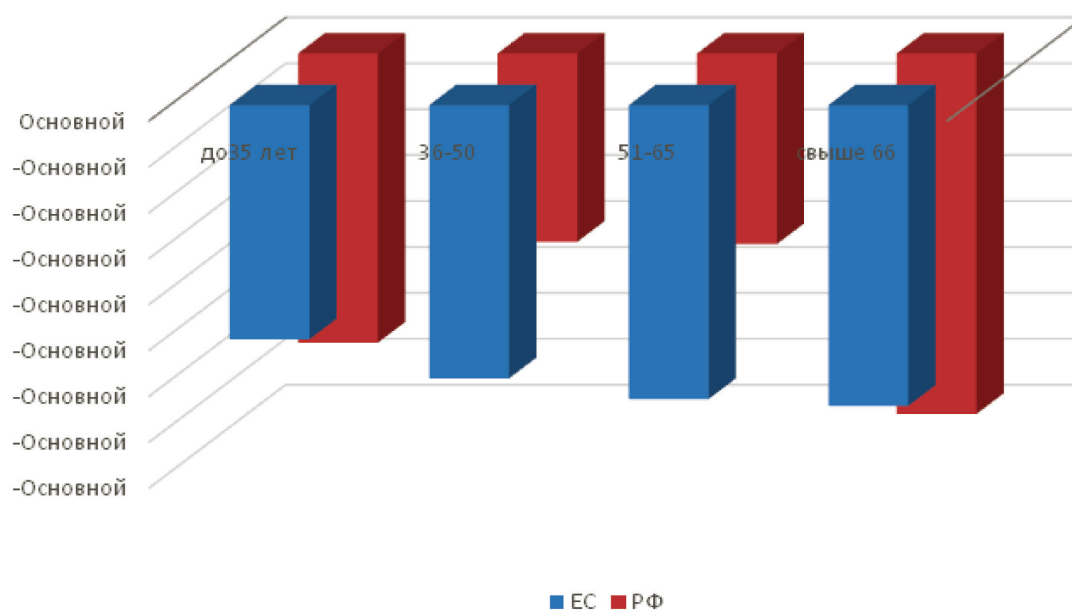


Рис. 2. Динамика относительного биологического старения у женщин профессий интеллектуального типа в РФ и ЕС по возрастам

значительной степени», однако благоприятным оказалось умеренное употребление алкоголя по отношению к позиции «практически не употребляю».

Для группы женщин-специалистов из РФ уравнение регрессии имеет следующий вид.

ОБС=2,98509 материальное положение -2,38994 количество переездов -2,24055 сотрудничество -5,30548

ОБС – относительное биологическое старение.

Все слагаемые действуют только на уровне тенденции с  $p < 0,1$ .

Однако само уравнение достоверно –  $F(3,29)=4,2279$  ( $p < ,01349$ ) и объясняет 30% дисперсии ( $R^2=0,30428521$ )

Как следует из формулы, у женщин, проживающих в РФ, существует тенденция усиления биологического старения при финансовых достижениях и замедление – при увеличении количества переездов и при использовании сотрудничества как стиля взаимоотношений.

#### **Исследование относительного психологического старения и факторов, на него влияющих.**

Вторым признаком пенсионного стресса является рассогласование психологического и биологического возраста человека, а именно тот вариант, когда психологически человек оценивает себя значительно моложе, чем это показывает его биологический возраст.

Динамика относительного психологического старения по возрастным группам для обоих выборок представлена на рисунках 3 и 4.

Как можно заметить, относительное психологическое старение у мужчин с возрастом замедляется в обеих группах: молодые мужчины склонны считать

себя психологически старше, чем они есть, а более взрослые мужчины предпочитают считать себя моложе. Эта закономерность достоверна и для ЕС ( $p < 0,05$ ), и для РФ ( $p < 0,05$ ).

Достоверные различия между выборками наблюдаются во всех возрастных группах на 1%-ом уровне значимости ( $p < 0,01$ ), кроме более старшей – в ней достоверность различий несколько ниже ( $p < 0,05$ ).

Как можно заметить, у женщин наблюдается та же закономерность, что и у мужчин: молодые женщины склонны завышать свой психологический возраст, а взрослые – занижать. Для российских женщин это статистически достоверная закономерность ( $p < 0,05$ ), а для женщин из ЕС она проявляется на уровне тенденции.

Также имеются достоверные различия между выборками в двух возрастных диапазонах – «до 35», «51–65» ( $p < 0,05$ ) – и различия на уровне тенденции (после 66 лет).

В целом, в России относительное психологическое старение выражено сильнее, чем в странах ЕС. Российские представители профессий интеллектуального типа склонны считать себя старше, успешнее и мудрее, чем их календарный возраст, в то время как специалисты из ЕС, напротив, склонны считать себя моложе и менее реализованными. У женщин различия достоверны в группах до 35 лет и 51–65 лет, а для группы старше 65 лет проявляются на уровне тенденции. У мужчин различия достоверны для всех возрастных групп (для тех, кто старше 65 – на уровне тенденции).

Ниже представлены результаты оценки факторов, влияющих на относительное психологическое старение у специалистов, проживающих в ЕС.

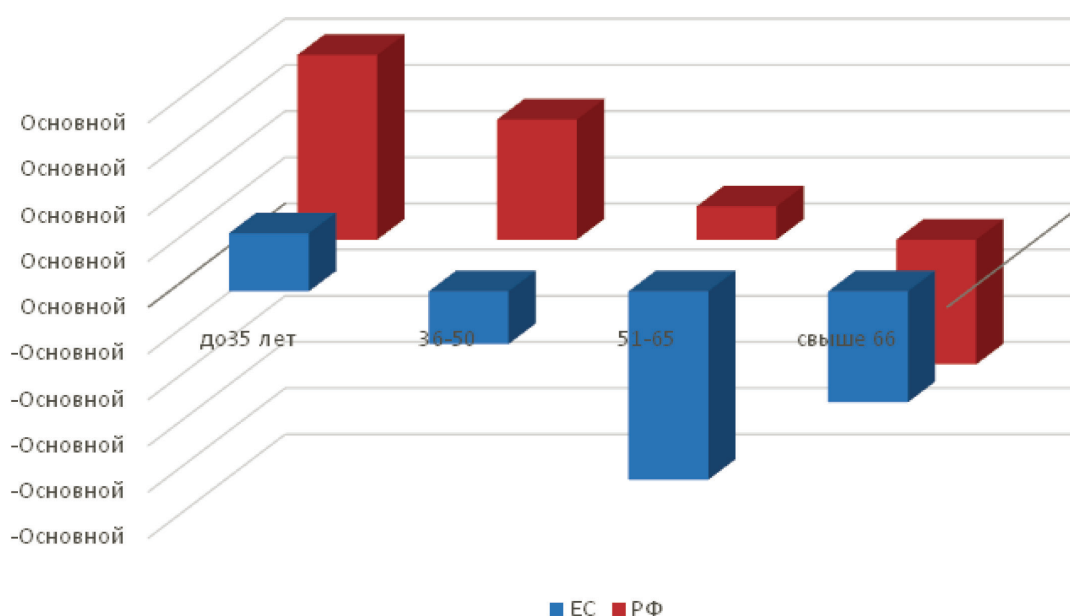


Рис. 3. Динамика относительного психологического старения у мужчин профессий интеллектуального типа в РФ и ЕС по возрастам

Уравнение регрессии для психологического старения у мужчин в ЕС:

$$\text{ОПС} = 48,2476 \text{ дети}^* + 8,8251 \text{ местожительство}^* + 3,881 \text{ спортивные хобби}^* + 6,0722 \text{ материальное положение}^* - 7,7857 \text{ отношение к пенс реформе}^* - 16,5329 \text{ переедание}^* - 6,1542 \text{ творческие хобби}^* - 2,0878 \text{ предметные хобби}^* - 45,8499 \text{ объект заботы}^* + 31,5021^*$$

ОПС – относительное психологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,01$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(11, 18) = 24,394$  ( $p < ,00000$ ) и объясняет 94% дисперсии ( $R^2 = 0,93713530$ ).

Как видно из уравнения, относительное психологическое старение мужчин-представителей профессий интеллектуального типа в ЕС усиливают: наличие детей, проживание в крупном городе, наличие спортивных хобби, хорошее материальное положение. Респонденты с такими данными склонны считать себя более взрослыми и более реализованными. Снижают показатель относительного психологического старения: положительное отношение к пенсионной реформе, склонность к перееданию, наличие творческих и предметных хобби, наличие объекта заботы (тех, о ком надо заботиться, супруги, родители и т. п.). Субъекты с такими характеристиками склонны считать себя моложе своего календарного возраста.

Уравнение регрессии для показателя психологического старения у женщин, проживающих в ЕС:

$$\text{ОПС} = -5,74315 \text{ отношение к пенс реформе}^* - 1,56247 \text{ спортивные хобби}^* - 2,05083 \text{ сотрудничество}^* + 12,76623^*$$

ОПС – относительное психологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,05$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(3,44) = 4,9703$  ( $p < ,00468$ ) и объясняет 25% дисперсии ( $R^2 = 0,25310987$ ).

Как видно из уравнения, относительное психологическое старение женщин в ЕС снижают: положительное отношение к пенсионной реформе, наличие спортивных хобби, сотрудничество как стиль взаимоотношений. Женщины с такими характеристиками чувствуют себя моложе своего календарного возраста. Усиливает психологическое старение только содержательно не определенный свободный член уравнения – действие прочих факторов.

В российской выборке показатель психологического старения зависит от других факторов. Для мужской выборки уравнение регрессии выглядит так:

$$\text{ОПС} = -8,71875 \text{ местожительство}^* - 8,40000 \text{ учеба в настоящее время}^* + 63,78125^*$$

ОПС – относительное психологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,01$ .

Все уравнение также достоверно –  $F(2,21) = 18,012$  ( $p < ,00003$ ) оно объясняет 63% дисперсии ( $R^2 = 0,63172842$ ).

Как видно из формулы, риск психологического старения у мужчин-представителей профессий интеллектуального типа в РФ снижают проживание в крупном городе и возможность обучения.

Уравнение регрессии для показателя психологического старения у женщин в РФ:

$$\text{ОПС} = 12,76662 \text{ переедание}^* + 5,98931 \text{ профессия Ч-3}^* - 8,14977 \text{ объект заботы}^* + 0,56861$$

ОПС – относительное психологическое старение  
 \* – Все слагаемые достоверны с  $p < 0,05$ .

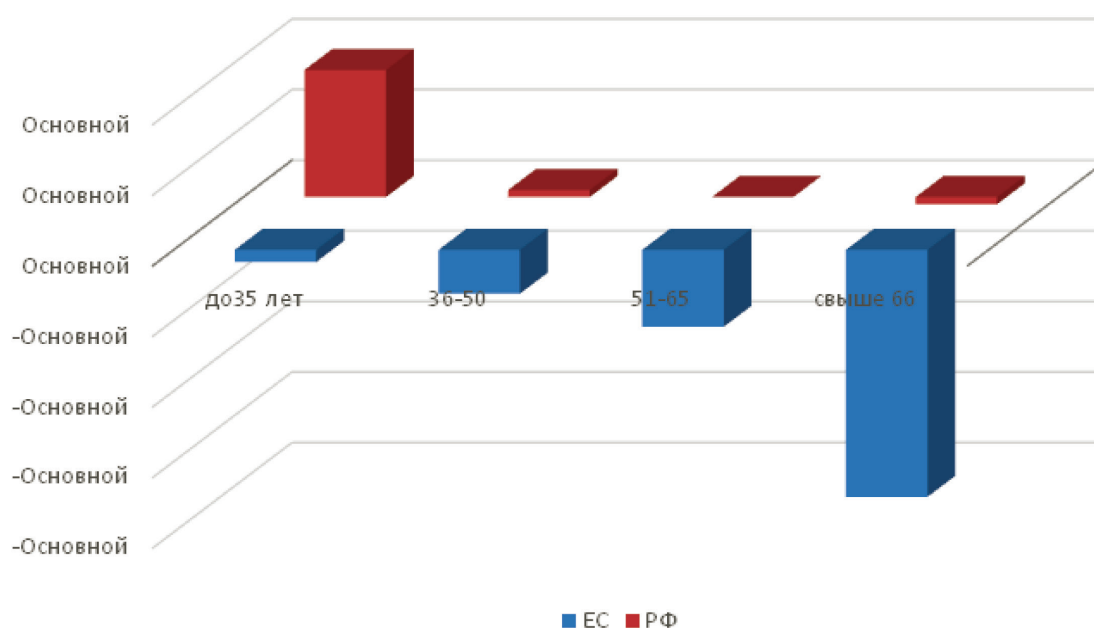


Рис. 4. Динамика относительного психологического старения у женщин профессий интеллектуального типа в РФ и ЕС по возрастам.



Все уравнение также достоверно –  $F(3,22)=7,8436$  ( $p<,00097$ ) и объясняет 52% дисперсии ( $R^2=0,51681160$ ).

Как видно из формулы, риск психологического старения женщин-специалистов в РФ усиливает вредная привычка переедания и работа в сфере «Человек-Знак», а замедляет – наличие объекта заботы.

Следует, однако, заметить, что признаком стресса является не относительное психологическое старение как таковое, а наличие значительного рассогласования между психологическим и биологическим возрастом, когда на фоне значительного биологического возраста (и, соответственно, состояния здоровья) человек имеет значительно более низкий психологический возраст.

В табл. 1 представлен процент людей, имеющих такое рассогласование в РФ и ЕС.

Как видно из таблицы, по данному признаку можно выделить группы мужчин, в большей степени специалистов из ЕС, у которых рассогласование субъективного и фактического возраста выше, чем в группах женщин. Однако темпоральные характеристики такого рода (рассогласование динамики биологического и психологического возраста) принято рассматривать как проявление тревожной стадии стресса. В то время как признаком стресса выступает ускорение биологического старения, снижение субъективного возраста является признаком мобилизации сил [6].

## Обсуждение результатов

Пенсионный стресс включает в себя две составляющие: предпенсионный стресс или стресс ожидания выхода на пенсию и постпенсионный стресс, возникающий после выхода на заслуженный отдых. Ранее были описаны две характеристики пенсионного стресса для выборок России и Казахстана [6]. Во-первых, это ускорение биологического старения в возрастном диапазоне 50—65 лет. Во-вторых, это рассогласование течения биологического и психологического времени в том же возрастном диапазоне. Мы объяснили феномен пенсионного стресса неопределенностью, которая была вызвана пенсионной реформой, происходящей в стране. Например, пенсионная реформа в России характеризовалась тем, что она вызвала огромный социальный резонанс, несравнимый с многими другими странами, негативное отношение к нововведениям большинства россиян и массовыми дискуссиям, что было связано с неожиданным значительным увеличе-

нием пенсионного возраста. Особенно сильный стресс реформа вызвала у лиц предпенсионного возраста, которые ожидали скорого выхода на пенсию.

Как показало представленное здесь исследование, у специалистов интеллектуального типа профессий, в настоящее время проживающих в России, был выражен только один признак пенсионного стресса: ускорение относительного биологического старения в возрастной группе от 50 до 65 лет, то есть в тот период, который включает в себя годы, предшествующие выходу на пенсию (для женщин 55,5 лет и 60,5 лет для мужчин) и возрастной период сразу после выхода на пенсию. В то же время рассогласования динамики психологического и биологического времени у респондентов не было выявлено. Следует заметить, что показатели относительного биологического старения у участников данного исследования были менее выражены, чем у представителей других профессиональных групп, проживающих в России.

В частности, ранее нами были определены индексы относительного старения женщин в России [32]: в возрасте 51—55 лет этот показатель составил -0,74, в возрасте 56—60 лет он был равен 2,0, а возрасте 61—65 лет – 1,5. Однако у женщин-представителей интеллектуальных профессий, проживающих в России, значение индекса относительного старения оказалось значительно ниже, а именно, -8,3 года. Для мужчин наблюдалась похожая тенденция. Так, если у мужчин-россиян из других профессиональных групп индекс относительного старения принимал следующие значения: в 51—55 лет он был равен 4,0, в 56—60 лет – 4,3, в 61—65 лет – 4,0, — то у мужчин-представителей профессий интеллектуального типа индекс относительного старения в этих возрастных группах не превышал 3,9.

Второго признака пенсионного стресса – рассогласования психологического и биологического возраста (когда биологически организм стареет быстрее, а психологически люди считают себя моложе) у представителей профессий интеллектуального типа в России не было обнаружено. Наоборот, индекс относительного психологического старения россиян до 65 лет является положительным, то есть они оценивают свой психологический возраст выше календарного, а не ниже — как представители других профессиональных групп в России. Возможно, это связано с тем, что субъективный возраст является возрастом психологической и личностной зрелости, а также отражением достижений. Для представителей профессий интеллектуального типа оказалось важным подчеркнуть свои достиже-

Т а б л и ц а 1

### Наличие рассогласования психологического и биологического возраста у мужчин и женщин, представителей интеллектуального типа профессий в РФ и ЕС

	Рассогласование в слабой степени в%	Рассогласование в значительной степени в%
Мужчины (ЕС)	38%	21%
Женщины (ЕС)	0%	4%
Мужчины (РФ)	20%	0%
Женщины (РФ)	6%	0%

ния и тем самым увеличивать свой субъективный возраст. Данная особенность отличается от обычной для России тенденции взрослых людей преуменьшать свой субъективный возраст относительно календарного.

У представителей профессий интеллектуального типа, вышедших из России, переехавших и продолжающих профессиональную деятельность в ЕС, не было обнаружено ни одного признака пенсионного стресса. Так, их биологический возраст изменяется в соответствии с календарным, и даже в период 51–65 лет эта тенденция сохраняется. Не наблюдается также никакого ускорения биологического старения, вызываемого неопределенностью, связанной с пенсионной реформой, отсутствует феномен рассогласования психологического и биологического времени. Эти тенденции характерны прежде всего для женщин и, частично, для мужчин. По своим биографическим данным специалисты из ЕС практически не отличаются от россиян, оставшихся после окончания института работать и учиться на территории своей страны. Однако после работы от 5 до 30 лет в странах Евросоюза у специалистов появились значимые различия в динамике показателей относительного старения. У них практически отсутствуют признаки пенсионного стресса, что, возможно, связано с тем, что они, как мигранты, сменили несколько мест жительства и не привязывают себя к какой-то одной стране с конкретным вариантом пенсионной реформы. Большинство из них предпочитают жить настоящим, а не фиксироваться на будущих проблемах.

Тот факт, что на показатель относительного биологического старения (первый признак пенсионного стресса) у специалистов из РФ и ЕС оказывают влияние разные индивидуально-личностные характеристики, позволил нам на основе результатов регрессионного анализа выделить четыре разные стратегии поддержания субъективного биологического благополучия, характерные для каждой из исследованных групп. Следует учитывать, что регрессионный анализ позволяет определять целостный симптомокомплекс, а входящие в формулу показатели — это не отдельные характеристики, которые благоприятны или неблагоприятны. Они оказывают свое воздействие именно в данном комплексе, а благоприятным или неблагоприятным является именно их сочетание или стратегия поведения.

Итак, были выделены четыре стратегии поддержания благополучия, следование которым позволяет представителям данных групп сохранять относительную биологическую молодость:

Первая стратегия позволяет сохранить молодость мужчинам (научным работникам, педагогам высшей школы, сотрудникам производственных лабораторий, проживающим в ЕС. Для того чтобы сохранить биологическую молодость, им необходимо сохранять оптимизм, во взаимоотношениях с коллегами придерживаться стиля сотрудничества, избегать явных проявлений соперничества, а также снижать уровень личностной и ситуативной агрессивности. Следует обратить внимание на то, что среди описанных позитивных

признаков подчеркиваются характеристики, противоположные поведению типа А.

Поведение типа А описано М. Фридманом и Р. Розенманом как поведение, усиливающее риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [22], для такого поведения характерно: 1) наличие личностных установок на успех и конкуренцию; 2) особенности тайм-менеджмента — такие люди ощущают нехватку времени, им трудно расслабиться; 3) наличие внутренних конфликтов. Позднее к этому списку была добавлена агрессивность, как личностная черта, и враждебность [16].

В целом, логично представить, что поведение противоположное типу А будет не только снижать риск сердечно-сосудистых заболеваний, но и сохранять тем самым относительную молодость организма.

Вторая стратегия характерна для женщин-специалистов из Евросоюза. Она предполагает наличие семьи и детей, несмотря на то, что дети входят в уравнение регрессии с обратным знаком, то есть забота о них забирает часть здоровья и молодости женщины (парадокс, возможно, объясняющийся тем, что женщина может получать пособие на детей или содержание от супруга), но замыкаться в стенах дома такая женщина не должна, ей нужно иметь множество различных хобби, самые важные из которых интеллектуальные, поскольку интеллект — известный фактор увеличения продолжительности жизни [29]. Для данной стратегии сохранения молодости характерно получение удовольствия, так как в нее вошла умеренная психологическая зависимость (табакокурение), являющаяся вредной привычкой и негативно действующая на здоровье. Тем не менее, она оказалась позитивной, как один из факторов жизни в свое удовольствие.

Третья стратегия сохранения молодости характерна для российских мужчин-представителей профессий интеллектуального типа. Они, как правило, занимаются педагогической деятельностью, а не научно-исследовательской, и работают преподавателями вуза, что для них также благоприятно. Данная стратегия сохранения молодости исключает поведение типа А, но наряду с агрессивным компонентом такого поведения исключает амбиции, активность и целеустремленность, а также дополнительное и повышенное общение. В то же время для этих специалистов значимы семейные ценности: для сохранения молодости им необходима семья и наличие объекта заботы; вероятно, они предполагают заботиться о жене, потому что дети мешают их молодости, но, как мы уже говорили выше, хоть дети и забирают часть здоровья, но из формулы данный фактор исключить нельзя. Интересно, что российские мужчины-представители профессий интеллектуального типа чем-то похожи на европейских специалистов-женщин: они тоже стараются жить в свое удовольствие, что является обязательной составляющей данной стратегии долголетия. Как и европейские женщины, российские мужчины должны иметь много хобби, самые важные из которых — интеллектуальные, а также позволять себе некоторые вредные привычки, в данном случае это умеренные дозы алкоголя.

Четвертая стратегия сохранения молодости характерна для российских женщин-специалистов. Для поддержания биологического благополучия они, как и европейские мужчины, должны много работать, ездить в командировки, менять работу и место жительства для нахождения лучших условий жизни. Во взаимоотношениях с коллегами им важно избегать поведения типа А (склонности к соперничеству), для них лучший способ взаимодействия — сотрудничество. Для данной стратегии важно материальное положение, впрочем, оно входит в стратегию с обратным знаком, вероятно, из-за того, что отнимает часть здоровья, однако без финансовой составляющей российским женщинам-представителям профессий интеллектуального типа сохранить относительную молодость будет затруднительно.

Впрочем, в отличие от мужчин, чья стратегия определяет почти 99% дисперсии показателя биологического старения, женская стратегия в большей степени работает на уровне тенденции, то есть российской женщине-специалисту для сохранения молодости необходимы какие-то дополнительные ресурсы, не учтенные в нашем исследовании.

### Заключение

Обзор отечественных и зарубежных публикаций и сравнительное исследование особенностей проявления пенсионного стресса у представителей профессий интеллектуального типа, проживающих в России и иммигрировавших из РФ в страны Евросоюза, позволило прийти к следующим выводам:

— в среднем, у представителей профессий интеллектуального типа относительное биологическое старение происходит медленнее, чем у большинства их сверстников из других сфер профессиональной деятельности;

— пенсионный стресс, наблюдающийся у специалистов из РФ, влияет на показатель относительного биологического старения организма: в период 51–65 лет, как у мужчин, так и у женщин, ухудшаются биологически характеристики здоровья, что ведет к ускоренному старению организма, чего не наблюдается в других возрастных группах;

— у специалистов-иммигрантов в страны Евросоюза из РФ признаков пенсионного стресса, приводящего к индивидуальному старению организма, не обнаружено;

— в целом, биологическое старение представителей профессий интеллектуального типа в России выражено сильнее, чем в странах Евросоюза: во всех возрастных категориях, специалисты, переехавшие в Европу, оказываются биологически моложе их сверстников, проживающих в России;

— существуют различия в динамике показателей психологического старения у представителей профессий интеллектуального типа: специалисты до 65 лет, проживающие в России, оценивают свой субъективный возраст как примерно равный календарному или чуть выше, в то время как специалисты-иммигранты в ЕС склонны оценивать субъективный возраст ниже календарного (женщины в возрасте 51–65 лет — на 10 лет, а мужчины — на 20 лет).

На основании регрессионного анализа индивидуально-психологических особенностей личности, влияющих на переживание пенсионного стресса, были определены четыре личностные стратегии поддержания субъективного биологического благополучия и сохранения молодости, характерные для каждой из исследованных групп. Первая стратегия характерна для мужчин-специалистов из ЕС, она предполагает сочетание демократического стиля взаимодействия с оптимизмом и отказом от агрессивности в поведении. Вторая стратегия характерна для женщин-специалистов из Евросоюза, она предполагает выделение времени для себя, своих интересов, хобби, прежде всего интеллектуальных, потакание некоторым своим слабостям, а также заботу о детях, несмотря на то, что это требует затрат сил и здоровья. Третья стратегия характерна для российских мужчин-представителей профессий интеллектуального типа; она включает в себя отказ от амбиций, активности и целеустремленности, от излишнего общения и от агрессивности, а также развитие семейных ценностей, своих интересов и хобби, прежде всего интеллектуальных, и потакание некоторым своим слабостям. Четвертая стратегия сохранения молодости характерна для российских женщин-представителей интеллектуальных профессий, она предполагает затраты сил и здоровья для создания материальных благ, много переездов, активности и взаимодействие с коллегами в стиле сотрудничества.

### Литература

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Личностная организация индивидуальной продолжительности жизни [Электронный ресурс] // Человеческий капитал. 2018. Том 119. № 11–2. С. 180–185. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36435231> (дата обращения: 23.03.2020).
2. Августова Л.И. К вопросу о продолжительности жизни представителей психологической науки // Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-99» / Под ред. А.А. Крылова. СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1999. С. 84–85.
3. Анисимов В.Н., Жаринов Г.М. Средний возраст смерти и долгожительство мужчин-ученых различных специальностей // Вестник Московского университета. Серия 16. Биология. 2016. № 4. С. 12–18.
4. Березина Т.Н. Воспитание добра. М.: Спутник+, 2015. 99 с.
5. Березина Т.Н. Пенсионный стресс — как психофизиологический феномен // Психология и Психотехника. 2019. № 4. С. 15–27. DOI:10.7256/2454-0722.2019.4.30910



6. Березина Т.Н., Стельмах С.А., Дергачева Е.В. Влияние пенсионного стресса на биопсихологический возраст в России и в Республике Казахстан: кросс-культурное исследование // Психолог. 2019. № 5. С. 11—26. DOI:10.25136/2409-8701.2019.5.31159
7. Березкин В.Г., Буляница А.Л. О некоторых демографических характеристиках членов российской академии наук в XX веке [Электронный ресурс] // Успехи геронтологии. 2007. Том 20. № 1. С. 29—39. URL: [http://www.medline.ru/public/uspechi-ger/29-39\\_berez.pdf](http://www.medline.ru/public/uspechi-ger/29-39_berez.pdf) (дата обращения: 23.03.2020).
8. Войтенко В.П. Биологический возраст // Биология старения / Под ред. Н.И. Арипчин. Л.: Наука, 1982. С. 102—115.
9. Маркина Л.Д. Определение биологического возраста человека методом В.П. Войтенко [Электронный ресурс]. Владивосток, 2001. 29 с. URL: [https://www.studmed.ru/view/markina-ld-opredelenie-biologicheskogo-vozrasta-cheloveka-metodom-vp-voitenko\\_d7e0de85f91.html](https://www.studmed.ru/view/markina-ld-opredelenie-biologicheskogo-vozrasta-cheloveka-metodom-vp-voitenko_d7e0de85f91.html) (дата обращения: 23.03.2020).
10. Стрижицкая О.Ю. Современные проблемы психологии старения // Здоровая личность / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2013. С. 336—355.
11. Третьякова Е.А., Хасанова Р.Р. Влияние выхода на пенсию на состояние здоровья пожилых: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Вестник НГУЭУ, 2018. № 1. С. 168—185. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-vyhoda-na-pensiyu-na-sostoyanie-zdorovya-pozhilyh-obzor-zarubezhnyh-issledovaniy/viewer> (дата обращения: 23.03.2020).
12. Age at Retirement and Long Term Survival of an Industrial Population: Prospective Cohort Study / S.P. Tsai [et al.] // British Medical Journal. 2005. Vol. 331. P. 995—997. DOI:10.1136/bmj.38586.448704.E0
13. At risk of being risky: the relationship between “brain age” under emotional states and risk preference / M.D. Rudolph [et al.] // Developmental Cognitive Neuroscience. 2017. Vol. 24. P. 93—106. DOI:10.1016/j.dcn.2017.01.010
14. Back to the Future: Examining Age Differences in Processes Before Stressor Exposure / S.D. Neupert [et al.] // The Journals of Gerontology: Series B. 2019. Vol. 74. № 1. P. 1—6. DOI:10.1093/geronb/gby074
15. Vamias C., Trichopoulos A., Trichopoulos D. Age at retirement and mortality in a general population sample: the Greek EPIC study // American Journal of Epidemiology. 2008. Vol. 167. № 5. P. 561—569. DOI:10.1093/aje/kwm337
16. Barefoot J.C., Williams R.B., Dahlstrom W.G. Hostility, CHD Incidence, and Total Mortality: A 25-Year Follow-Up Study of 255 Physicians // Psychosomatic Medicine. 1983. Vol. 45. № 1. P. 59—63.
17. Brockmann H., Muller R., Helmert U. Time to retire – Time to die? A prospective cohort study of the effects of early retirement on long-term survival // Social Science and Medicine. 2009. Vol. 69. № 2. P. 160—164. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.04.009
18. Dave D., Rashad R.I., Spasojevic J. The effects of retirement on physical and mental health outcomes // Southern Economic Journal. 2008. Vol. 75. № 2. P. 497—523. DOI:10.3386/w12123
19. Differential effects of endurance, interval, and resistance training on telomerase activity and telomere length in a randomized, controlled study / C.M. Werner [et al.] // European Heart Journal. 2019. Vol. 40. № 1. P. 34—46. DOI:10.1093/eurheartj/ehy585
20. Do highly physically active workers die early? A systematic review with meta-analysis of data from 193 696 participants / P. Coenen [et al.] // British Journal of Sports Medicine. 2018. Vol. 51. № 20. P. 1320—1326. DOI:10.1136/bjsports-2017-098540
21. Effect of retirement on health and work ability among municipal employees [Электронный ресурс] / K. Tuomi [et al.] // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 1991. Vol. 17. P. 75—81. URL: <https://www.jstor.org/stable/40965946?seq=1> (дата обращения: 23.03.2020).
22. Friedman M., Rosenman R. Type A behavior and your heart. New York: Knopf, 1974. 276 p.
23. Goh J., Pfeffer J., Zenios S. Exposure To Harmful Workplace Practices Could Account For Inequality In Life Spans Across Different Demographic Groups // Health Affairs. 2015. Vol. 34. № 10. P. 1761—1768. DOI:10.1377/hlthaff.2015.0022
24. Haynes S.G., McMichael A.J., Tyroler H.A. Survival after early and normal retirement // Journal of Gerontology. 1978. Vol. 33. № 2. P. 269—278. DOI:10.1093/geronj/33.2.269
25. Kuhn A., Wuellrich J.P., Zweimuller J. Fatal attraction? Access to early retirement and mortality // IZA Discussion Paper 5160. Germany: Bonn, Institute for the Study of Labor, 2010. 58 p.
26. Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. Loss of employment and mortality // British Medical Journal. 1994. Vol. 308. №. 6937. P. 1135—1139. DOI:10.1136/bmj.308.6937.1135
27. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden / N.E. Karlsson [et al.] // Scandinavian Journal of Public Health. 2007. Vol. 35. № 4. P. 341—347. DOI:10.1080/14034940601159229
28. Predicting brain-age from multimodal imaging data captures cognitive impairment / F. Liem [et al.] // Neuroimage. 2017. Vol. 148. P. 179—188. DOI:10.1016/j.neuroimage.2016.11.005
29. Snowdon D. Aging with Grace: What the Nun Study Teaches Us About Leading Longer, Healthier, and More Meaningful Lives. Random House Publishing Group, 2008. 256 p.
30. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient / N. Adler [et al.] / American Psychologist. 1994. Vol. 49. № 1. P. 15—24. DOI:10.1037/0003-066X.49.1.15
31. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Feeling older and risk of hospitalization: evidence from three longitudinal cohorts // Health Psychology. 2016. Vol. 35. № 6. P. 634—637. DOI:10.1037/hea0000335



32. The expectation of retirement as a psychological stress affecting the person's biological age (on the materials of the Russian Federation) / T.N. Berezina [et al.] // *Religación. Revista de ciencias sociales y humanidades*. 2019. Vol. 4. № 19. P. 988—994.
33. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey / W.T. Gallo [et al.] // *Occupational and Environmental Medicine*. 2006. Vol. 63. № 10. P. 683—687. DOI:10.1136/oem.2006.026823

## References

1. Abulkhanova K.A., Berezina T.N. Lichnostnaya organizatsiya individual'noi prodolzhitel'nosti zhizni [The personal organization of individual life expectancy] [Elektronnyi resurs]. *Chelovecheskii kapital [Human capital]*, 2018. Vol. 119, no. 11—2, pp. 180—185. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36435231> (Accessed 23.03.2020). (In Russ.).
2. Avgustova L.I. K voprosu o prodolzhitel'nosti zhizni predstavitelei psikhologicheskoi nauki [To the question of the life expectancy of representatives of psychological science]. In Krylova A.A. (ed.), *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Anan'evskie chteniya-99» [Theses of the scientific-practical conference «Ananiev readings-99»]*. St. Petersburg: Izd-vo S.-Peterburgskogo un-ta, 1999, pp. 84—85. (In Russ.).
3. Anisimov V.N., Zharinov G.M. Srednii vozrast smerti i dolgozhitel'stvo muzhchin-uchenykh razlichnykh spetsial'nostei [The average age of death and the longevity of male scientists of various specialties]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 16. Biologiya [Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 16. Biologiya]*, 2016. Vol. 4, pp. 12—18. (In Russ.).
4. Berezina T.N. Vospitanie dobra [The education of good]. Moscow: Sputnik+, 2015. 99 p. (In Russ.).
5. Berezina T.N. Pensionnyi stress — kak psikhofiziologicheskii fenomen [Retirement stress as a psychophysiological phenomenon]. *Psikhologiya i Psikhotekhnika [Psychology and Psychotechnics]*, 2019. Vol. 4, pp. 15—27. DOI:10.7256/2454-0722.2019.4.30910 (In Russ.).
6. Berezina T.N., Stelmakh S.A., Dergacheva E.V. Vliyanie pensionnogo stressa na biopsikhologicheskii vozrast v Rossii i v Respublike Kazakhstan: kross-kul'turnoe issledovanie [Influence of Retirement Stress on Biopsychological Age in Russia and the Republic of Kazakhstan: Cross-Cultural Research]. *Psikholog [Psychologist]*, 2019. Vol. 5, pp. 11—26. DOI:10.25136/2409-8701.2019.5.31159 (In Russ.).
7. Berezkin V.G., Bulyanitsa A.L. O nekotorykh demograficheskikh kharakteristikakh chlenov rossiiskoi akademii nauk v XX veke [About some demographic characteristics of members of the Russian Academy of Sciences in the XX century] [Elektronnyi resurs]. *Uspekhi gerontologii [Successes of gerontology]*, 2007. Vol. 20, no. 1, pp. 29—39. URL: [http://www.medline.ru/public/uspechi-ger/29-39\\_berez.pdf](http://www.medline.ru/public/uspechi-ger/29-39_berez.pdf) (Accessed 23.03.2020). (In Russ.).
8. Voitenko V.P. Biologicheskii vozrast [Biological age]. In Aripchin N.I. (ed.), *Biologiya stareniya [Biology of Aging]*. Leningrad: Nauka, 1982, pp. 102—115. (In Russ.).
9. Markina L.D. Opredelenie biologicheskogo vozrasta cheloveka metodom V.P. Voitenko [Determination of the biological age of a person by V.P. Voitenko] [Elektronnyi resurs]. Vladivostok, 2001. 29 p. URL: [https://www.studmed.ru/view/markina-ld-opredelenie-biologicheskogo-vozrasta-cheloveka-metodom-vp-voytenko\\_d7e0de85f91.html](https://www.studmed.ru/view/markina-ld-opredelenie-biologicheskogo-vozrasta-cheloveka-metodom-vp-voytenko_d7e0de85f91.html) (Accessed 23.03.2020). (In Russ.).
10. Strizhitskaya O.Yu. Sovremennye problemy psikhologii stareniya [Modern problems of the psychology of aging]. In Nikiforova G.S. (et al.), *Zdorovaya lichnost' [Healthy personality]*. Saint Petersburg: Rech', 2013, pp. 336—355. (In Russ.).
11. Tretyakova EA, Khasanova R.R. Vliyanie vykhoda na pensiyu na sostoyanie zdorov'ya pozhilykh: obzor zarubezhnykh issledovaniy [The effect of retirement on the health status of the elderly: a review of foreign studies] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik NGUEU [Bulletin of NSUU]*, 2018. Vol. 1, pp. 168—185. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-vyhoda-na-pensiyu-na-sostoyanie-zdorovya-pozhilykh-obzor-zarubezhnykh-issledovaniy/viewer> (Accessed 23.03.2020).
12. Tsai S.P. et al. Age at Retirement and Long Term Survival of an Industrial Population: Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 2005. Vol. 331, pp. 995—997. DOI:10.1136/bmj.38586.448704.E0
13. Rudolph M.D. et al. At risk of being risky: the relationship between “brain age” under emotional states and risk preference. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2017. Vol. 24, pp. 93—106. DOI:10.1016/j.dcn.2017.01.010
14. Neupert S.D. et al. Back to the Future: Examining Age Differences in Processes Before Stressor Exposure. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019. Vol. 74, no. 1, pp. 1—6. DOI:10.1093/geronb/gby074
15. Bamia C., Trichopoulou A., Trichopoulos D. Age at retirement and mortality in a general population sample: the Greek EPIC study. *American Journal of Epidemiology*, 2008. Vol. 167, no. 5, pp. 561—569. DOI:10.1093/aje/kwm337
16. Barefoot J.C., Williams R.B., Dahlstrom W.G. Hostility, CHD Incidence, and Total Mortality: A 25-Year Follow-Up Study of 255 Physicians. *Psychosomatic Medicine*, 1983. Vol. 45, no. 1, pp. 59—63.
17. Brockmann H., Muller R., Helmert U. Time to retire — Time to die? A prospective cohort study of the effects of early retirement on long-term survival. *Social Science and Medicine*, 2009. Vol. 69, no. 2, pp. 160—164. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.04.009
18. Dave D., Rashad R.I., Spasojevic J. The effects of retirement on physical and mental health outcomes. *Southern Economic Journal*, 2008. Vol. 75, no. 2, pp. 497—523. DOI:10.3386/w12123
19. Werner C.M. et al. Differential effects of endurance, interval, and resistance training on telomerase activity and telomere length in a randomized, controlled study. *European Heart Journal*, 2019. Vol. 40, no. 1, pp. 34—46. DOI:10.1093/eurheartj/ehy585

20. Coenen P. et al. Do highly physically active workers die early? A systematic review with meta-analysis of data from 193 696 participants. *British Journal of Sports Medicine*, 2018. Vol. 51, no. 20, pp. 1320–1326. DOI:10.1136/bjsports-2017-098540
21. Tuomi K. et al. Effect of retirement on health and work ability among municipal employees [Elektronnyi resurs]. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 1991. Vol. 17, pp. 75–81. URL: <https://www.jstor.org/stable/40965946?seq=1> (Accessed 23.03.2020).
22. Friedman M., Rosenman R. Type A behavior and your heart. New York: Knopf, 1974, 276 p.
23. Goh J., Pfeffer J., Zenios S. Exposure To Harmful Workplace Practices Could Account For Inequality In Life Spans Across Different Demographic Groups. *Health Affairs*, 2015. Vol. 34, no. 10, pp. 1761–1768. DOI:10.1377/hlthaff.2015.0022
24. Haynes S.G., McMichael A.J., Tyroler H.A. Survival after early and normal retirement. *Journal of Gerontology*, 1978. Vol. 33, no. 2, pp. 269–278. DOI:10.1093/geronj/33.2.269
25. Kuhn A., Wuellrich J.P., Zweimuller J. Fatal attraction? Access to early retirement and mortality. *IZA Discussion Paper 5160*. Germany: Bonn, Institute for the Study of Labor, 2010. 58 p.
26. Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*, 1994. Vol. 308, no. 6937, pp. 1135–1139. DOI:10.1136/bmj.308.6937.1135
27. Karlsson N.E. et al. Mortality in relation to disability pension: findings from a 12-year prospective population-based cohort study in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007. Vol. 35, no. 4, pp. 341–347. DOI:10.1080/14034940601159229
28. Liem F. et al. Predicting brain-age from multimodal imaging data captures cognitive impairment. *Neuroimage*, 2017. Vol. 148, pp. 179–188. DOI:10.1016/j.neuroimage.2016.11.005
29. Snowdon D. Aging with Grace: What the Nun Study Teaches Us About Leading Longer, Healthier, and More Meaningful Lives. Random House Publishing Group, 2008. 256 p.
30. Adler N. et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994. Vol. 49, no. 1, pp. 15–24. DOI:10.1037/0003-066X.49.1.15
31. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Feeling older and risk of hospitalization: evidence from three longitudinal cohorts. *Health Psychology*, 2016. Vol. 35, no. 6, pp. 634–637. DOI:10.1037/hea0000335
32. Berezina T.N. et al. The expectation of retirement as a psychological stress affecting the person's biological age (on the materials of the Russian Federation). *Religación. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 2019. Vol. 4, no. 19, pp. 988–994.
33. Gallo W.T. et al. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 2006. Vol. 63, no. 10, pp. 683–687. DOI:10.1136/oem.2006.026823

### Информация об авторах

Березина Татьяна Николаевна, доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Мо-сква, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8188-237X>, e-mail: [tanberez@list.ru](mailto:tanberez@list.ru)

Рыбцова Наталья Николаевна, кандидат биологических наук, менеджер проекта, Центр Регенеративной Медицины, Университет Эдинбурга, г. Эдинбург, Великобритания, e-mail: [rybnat@yahoo.com](mailto:rybnat@yahoo.com)

Рыбцов Станислав Александрович, кандидат биологических наук, научный сотрудник, Медицинский Исследовательский Совет, Центр регенеративной медицины, Университет Эдинбурга, г. Эдинбург, Великобритания, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>, e-mail: [s.rybtsov@ed.ac.uk](mailto:s.rybtsov@ed.ac.uk)

Фатьянов Г.В., психолог факультета психологии, Челябинский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО ЧГПУ), г. Челябинск, Россия, e-mail: [gregoryfatyanov@gmail.com](mailto:gregoryfatyanov@gmail.com)

### Information about the authors

Tatiana N. Berezina, Doctor of Psychology, Professor, Department of Scientific Basis of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-8188-237X, e-mail: [tanberez@list.ru](mailto:tanberez@list.ru)

Nataliya N. Rybtsova, PhD in Biology, Project Manager, MRC, Center for Regenerative Medicine, University of Edinburgh, UK, e-mail: [rybnat@yahoo.com](mailto:rybnat@yahoo.com).

Stanislav A. Rybtsov, PhD in Biology, Research Fellow, MRC, Center for Regenerative Medicine, University of Edinburgh, UK, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>, e-mail: [s.rybtsov@ed.ac.uk](mailto:s.rybtsov@ed.ac.uk)

Fatyanov G.V., psychologist, Celebinsky State Pedagogical University, Russia, e-mail: [gregoryfatyanov@gmail.com](mailto:gregoryfatyanov@gmail.com)

Получена 28.01.2020

Received 28.01.2020

Принята в печать 13.03.2020

Accepted 13.03.2020

## Психология дорожного стресса и агрессивного поведения в современных зарубежных исследованиях

**Петров В.Е.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>, e-mail: [v.e.petrov@yandex.ru](mailto:v.e.petrov@yandex.ru)*

**Кокурин А.В.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)*

**Назарова А.Ю.**

*Московский государственный областной университет (ГОУ ВО МГОУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>, e-mail: [nazarova.alex@yandex.ru](mailto:nazarova.alex@yandex.ru)*

Статья посвящена анализу зарубежных психологических подходов к феноменологии дорожного стресса и агрессивного поведения водителей. Обсуждается психологическая сущность понятий «дорожный стресс», «дорожный гнев/ярость». Опасное вождение рассматривается в неразрывной взаимосвязи с дорожным стрессом. Агрессия при управлении транспортным средством позиционируется как личностная характеристика и как стрессовая реакция на сложившуюся дорожную ситуацию. Исследуются точки зрения зарубежных специалистов на психологические причины, обуславливающие существование дорожного стресса в форме гнева. Систематизированы подходы к профилактике дорожного стресса. Материал статьи позволяет повысить психологическую культуру водителей, а также выступает информационно-аналитической базой для проведения научных исследований в области психологии безопасности дорожного движения, разработки прикладных вопросов преодоления стресса и агрессии при управлении транспортным средством.

**Ключевые слова:** дорожный стресс, дорожный гнев, психоэмоциональное состояние водителя, агрессивное вождение, агрессия на дороге, опасное вождение, управление транспортным средством, безопасность дорожного движения.

**Для цитаты:** Петров В.Е., Кокурин А.В., Назарова А.Ю. Психология дорожного стресса и агрессивного поведения в современных зарубежных исследованиях [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 22—28. DOI:10.17759/jmfp.2020090102

## Psychology of road stress and aggressive behavior according to modern foreign studies

**Vladislav E. Petrov**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>, e-mail: [v.e.petrov@yandex.ru](mailto:v.e.petrov@yandex.ru)*

**Alexey N. Kokurin**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)*

**Alexandra Yu. Nasarova**

*Moscow Region State University, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>, e-mail: [nazarova.alex@yandex.ru](mailto:nazarova.alex@yandex.ru)*

The article is devoted to the analysis of foreign psychological approaches to the phenomenology of road stress and aggressive behavior. The psychological essence of the concepts of “road stress”, “road anger / rage” is discussed. Dangerous driving is considered inextricably linked to road stress. Aggression when driving a vehicle is positioned as a personal characteristic and as a stressful reaction to the current road situation. The point of view of foreign experts



on the psychological causes of the existence of road stress in the form of anger is investigated. Systematized approaches to the prevention of road stress. The material of the article allows to increase the psychological culture of drivers, and also acts as an informational and analytical base for scientific research in the field of psychology of road safety, the development of applied issues to overcome stress and aggression when driving a vehicle.

**Keywords:** road stress, road rage, psycho-emotional state of the driver, aggressive driving, road aggression, dangerous driving, driving, road safety.

**For citation:** Petrov V.E., Kokurin A.V., Nasarova A.Yu. Psychology of road stress and aggressive behavior according to modern foreign studies. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 12, no. 1, p. 22—28. DOI:10.17759/psyedu.20191102. (In Russ.).

Актуальнейшей проблемой современного общества, активно использующего транспортные средства в личных, социальных, коммерческих, оборонных и иных целях, является обеспечение безопасности дорожного движения. Представители различных отраслей наук (юридических, технических, педагогических, медицинских, социальных, психологических и др.) и практики активно предлагают меры, направленные на поддержание порядка на дорогах, сохранение жизни и здоровья участников дорожного движения, преодоление опасного вождения, дисциплинирование водителей. К решению этих и многих иных вопросов привлекаются достижения практической психологии. Принимая во внимание особую значимость проблемы обеспечения безопасности дорожного движения, а также богатый опыт научных исследований, накопленный в зарубежной психологии, нами был проведен анализ соответствующих психологических подходов к феноменологии дорожного стресса и агрессивного поведения.

Установлено, что психологическая проблематика опасного вождения тесно связана с рядом понятий, в первую очередь, с «опасным управлением транспортным средством», «агрессивным вождением», «дорожным стрессом», «дорожным гневом», «дорожной яростью».

В зарубежной науке и практике (К.С. Дюла и др. [8; 9]; М.Дж. Салман и др. [20; 21; 22]) для идентификации степени опасности управления транспортным средством активно применяются понятия «*dangerous driving*» (опасное вождение) и «*careless driving*» (невнимательная, непредумышленная или неосторожная езда). В терминологический (юридический) оборот в России аналогичное понятие — «опасное вождение» — было введено лишь в 2016 г. (Постановление Правительства Российской Федерации от 30.05.2016 № 477 «О внесении изменения в Правила дорожного движения Российской Федерации»). Следует отметить, что и в отечественной, и в зарубежной психологии опасное управление транспортным средством связывается с дорожным стрессом как одной из характеристик психоэмоционального состояния водителей (Л. Шамоа-Нир и М. Козловский [19]; А.Х. Тейлор и др. [23]). Ведущими психологическими проявлениями дорожного стресса являются гнев, ярость, фрустрация. Психологическая обусловленность агрессии «дорожным гневом/яростью» представлены в трудах А.Х. Тейлор, Л. Дорн [23], К.С. Дюла и др. [8; 9], «фру-

страцией» — в исследованиях С. Кайзер и др. [13], Ф.Л. Филипп и др. [15]. Именно эти феномены зачастую становятся предметом зарубежных научных исследований.

Феноменология «дорожный гнев», «дорожная ярость» («*road rage*») как неуважительное отношение водителей к иным участникам дорожного движения берет начало с 90-х гг. XX в. В известных Голливудских фильмах «Крестный отец», «Бонни и Клайд», «Криминальное чтиво» и др. демонстрировались сюжеты лихачества и агрессии при управлении транспортным средством. Активное общественное обсуждение поведения экранных персонажей ввело в лексический оборот США и ряда европейских государств понятие «дорожный гнев». Данный феномен носит популярный характер, указывая на особенности поведения водителя за рулем. Однако по причине неточности юридического определения в сфере права за рубежом заявленное понятие используется с существенными ограничениями, что показано в исследовании Р.Ф. Блумквист [2]. Полемизуя с юристами и обывателями, К.С. Дюла и Э.С. Геллер [9] рекомендуют отказаться от использования термина «дорожный гнев» из-за его популистской направленности и правовой несостоятельности. Авторы указывают на необходимость сосредоточиться на бихевиористских характеристиках опасного вождения и таких его проявлениях, как намеренные акты агрессии по отношению к другим участникам дорожного движения, негативные эмоции за рулем, склонность к рискованному поведению. Считается, что негативное отношение психологов к феноменологии дорожного гнева обусловлено понятием «цивилизованности» общества и личности (Д. Люптон [14]), мерой свободы и ответственности в поведении.

Несмотря на вполне обоснованную критику применения понятия «дорожный гнев/ярость», в публикациях зарубежных специалистов оно используется достаточно часто, в отличие, например, от отечественной психологической науки и практики.

Как показал проведенный нами анализ литературы, зарубежные исследователи психологических проблем обеспечения безопасности дорожного движения делают акцент на личностных предикторах управления транспортным средством в агрессивном стиле. Так, комментируя результаты научного исследования, Д. Деффенбахера, М. Диттман [7] указывают на следую-

щие негативные характеристики проблемных водителей: враждебный настрой по отношению к иным участникам дорожного движения, агрессивность, тревожность, импульсивность. Обосновывается психологический механизм агрессии на дороге как проявление мгновенной и неконтролируемой реакции человека на триггеры дорожной ситуации, что вызывает чувство фрустрации, а соответственно, провоцирует агрессивное поведение за рулем. Водителям с опасным стилем управления транспортным средством, по мнению Э.Р. Дален, Р.П. Уайт [6], характерны личностная склонность к гневу и «погоня» за острыми ощущениями.

Многими исследователями агрессия при управлении транспортным средством представляется как специфическая стрессовая реакция, производная от психоэмоционального состояния, в результате существования которой развивается девиантность поведения водителя. Так, в исследовании 226 водителей Л. Шамоа-Нир и М. Козловский [19] приходят к выводу, что и «агрессивное вождение», и «дорожный гнев» напрямую определяются уровнем наличествующего у водителя стресса. Однако если первый феномен позиционируется как поведение, направленное на разрешение каких-либо частных (стрессорирующих) проблем на дороге, то второй феномен выступает проявлением враждебности как средства снятия стресса, проявления ненависти, враждебности или злости по отношению к иным участникам дорожного движения. Между тем в работах отмечается [19; 21; 23 и др.], что стрессовые состояния, хотя и могут провоцировать совершение дорожно-транспортных происшествий, но прямой взаимосвязи между стрессом и опасным вождением не установлено.

Схожей точки зрения на агрессию как проявления дорожного стресса придерживаются А.Х. Тейлор, Л. Дорн [23], дополняя вышеуказанный подход влиянием (негативным развитием) когнитивных процессов (в первую очередь, вследствие снижения концентрации внимания и критичности оценки дорожной ситуации), а также М.Дж. Салман [21], К.С. Дюла и М.Е. Баллард [8], указывая на половозрастную инвариантность стиля управления транспортным средством в состоянии стресса (при этом авторы отмечают, что водители-женщины и пожилые водители имеют некоторую склонность к конструктивным попыткам справиться со стрессом или гневом).

Перспективным направлением в исследовании склонности водителей к агрессивному вождению является разработка методов их вероятностной оценки и прогнозирования. К.С. Дюла и его последователи активно апробируют так называемый Индекс опасного вождения «Dula — DDDI» (*The Dula Dangerous Driving Index*). С помощью данного оценочного инструмента К.С. Дюла и М.Е. Баллард [8] подтверждается, что водители с высоким уровнем личностного гнева, злости и агрессии демонстрируют большую опасность при управлении транспортным средством. Несколько иного подхода придерживаются Ш. Мина, Р. Верма, Я.Р.С. Балхара,

Ш-Уль-Хасан [17], настаивая на необходимости использования сети Internet для проведения онлайн-опросов по проблемам агрессии за рулем (в том числе генерализации и проявлений дорожного гнева).

Активно разрабатываются внешнедиагностические признаки дорожной агрессии и выражения гнева на дороге, которые в понятийном обороте объединяются специальным термином — DAX (*Driving Anger Expression Inventory*). В исследовании К. Вейна и др. [11] применялись опросник «Шкала гнева за рулем» — DAS (*The Driving Anger Scale*) и методика оценки дорожного гнева — DAX (перечень выражений дорожного гнева). Показано, что негативные эмоции (в том числе гнев) возникали в стрессовых ситуациях, связанных с продолжительным и значимым нарушением скоростного режима. Одновременно ученые подтвердили тот факт, что отмеченный выше инструментарий может успешно использоваться в работе с водителями. Подтверждение хороших психометрических характеристик DAX находим в работе А.Н. Стивенс и М.Дж. Салман [20]. Отмечается, что водителям с опасным стилем вождения свойственны: персонифицированное физическое и вербальное проявление агрессии, а также использование автомобиля как средства выражения гнева. Схожие сведения присутствуют в работе М.Дж. Салман, Дж. Паксон и А.Н. Стивенс [22]. При этом авторами делается частный, но принципиально важный вывод о том, что женские черты характера, не тождественные полу, индицируют склонность успешно адаптироваться в постоянно меняющихся дорожных ситуациях (так называемое конструктивное дорожное поведение), а маскулинность связывается со склонностью к вербальному выражению гнева и агрессии. Укажем, что гендерная проблематика агрессии за рулем активно дискутируется в научной среде (Э. Бердулат и др. [1]; А.М. Брюэр [3]).

Оценка иными участниками дорожного движения агрессивности управления автотранспортом может проводиться с помощью опросника «Шкала восприятия агрессивного вождения» — PAD (*Perception of aggressive driving Scale*). В исследовании Ф. Алонсо и др. [4] приводится опыт успешного применения указанной методики. По мнению авторов, восприятие агрессивных действий зависит от идентификации с водителем и дорожной ситуацией, а также от его личностных характеристик (в том числе харизмы, привлекательности, социального статуса и т. п.).

Выделяются психологические предпосылки агрессивного управления транспортным средством. Так, Э. Бердулат, Д. Вавассори, М.Т. Муньос-Састре [1] считают, что с опасным вождением интегрируются три предиктора — личностная агрессивность, дорожный гнев и импульсивность. К неординарной можно отнести точку зрения С. Кайзер, Г. Фуриан и Ч. Шлембах [13] на детерминацию дорожной агрессии, а именно — агрессивное поведение водителей объясняется их высокой эмоциональной сдержанностью и служит оправданием собственной агрессии на дорогах. На неспецифические психологические факторы детерми-

нации агрессивного стиля вождения указывают А. Сансоне и Л. Сансоне [18], выделяя смещено-проективную агрессию, психические нарушения, вызванные употреблением алкоголя (наркотиков или иных психотропных средств, препаратов), диссоциальные расстройства личности.

Взаимоотношению между страстью как характеристикой личности и агрессивным вождением посвятили свое исследование Ф.Л. Филипп и др. [15]. По результатам сравнительного анализа показано, что обсессивная страсть к вождению ассоциируется с агрессивным поведением, в то время как сбалансированная страсть с ним не связана. Показатели перечня DAX коррелируют на трех уровнях (сферах): 1) в повседневной жизни водителей; 2) в недавно имевших место реальных случаях поведения за рулем; 3) в лабораторных условиях, воспроизводящих фрустрирующую дорожную обстановку. Авторами делается вывод, что гнев служит медиатором между обсессивной страстью и агрессивным поведением за рулем, что проявляется как в самооценочных показателях, так и в демонстрируемом поведении при управлении транспортным средством (определяется объективными средствами фото- и видео- фиксации).

На основе исследования мнений 77 мотоциклистов г. Сиднея Д. Люптон [14] резюмирует, что дорожный гнев является специфической реакцией водителей на стрессогенность управления транспортным средством в городе из-за перегруженности дорожной сети, а также результатом влияния таких организационных факторов, как высокая рабочая нагрузка водителей и дефицит времени (оперативность доставки товара, клиента и т. п.). В публикациях иных зарубежных специалистов также акцентируется внимание на агрессии как на реакции на некоторые схожие факторы внешней среды: запредельный дорожный трафик и пройденный дневной километраж (А. Сансоне, Л. Сансоне [18]; Р.Г. Сمارт и др. [16]).

Агрессивное управление транспортным средством связывается с личностной невнимательностью и недисциплинированностью водителей. Рассмотрев случаи превышения скоростного режима, нарушения движения на регулируемых перекрестках и несоблюдение требований дорожных знаков, С.М. Фахри и К. Салаита [12] подтвердили взаимосвязь легкомысленности мотоциклистов (неучета динамики развития дорожной ситуации) и опасного вождения.

Факторы, детерминирующие гнев на дороге, изучались Р.Л. Дюкс и др. [10]. Оценивалось соотношение психических состояний-триггеров и триггеров-характеристик водителей. В ходе эксперимента 144 водителям было предложено два сценария управления транспортным средством: движение на дорогах с плотным трафиком (пассивная агрессия) и инициативное опасное или неосторожное вождение (активная агрессия). При реализации каждого из сценариев измерялся уровень испытываемой агрессии, желания навредить другим водителям и намерение сообщить полиции об

инциденте. Результаты исследования показали, что большую ярость (гнев) демонстрировали водители с активной агрессией. При этом иные характеристики водителей и дорожной ситуации (пол, возраст, пользование телефоном за рулем и т. п.) существенного влияния на выбор стиля управления транспортным средством не оказывали.

Применяя термин «виктимизация поведения на дороге», Р.Г. Сمارт и др. [16] доказывают, что водители машин с более высокими техническими характеристиками автомобилей (мощность двигателя, предельная скорость и др.) проявляют дорожную агрессию чаще потому, что они испытывают фрустрацию от невозможности использовать весь потенциал своего транспортного средства на дорогах с плотным трафиком движения.

К сожалению, в настоящее время потенциальные факторы различной этиологии, определяющие дорожный гнев, в исчерпывающей степени неизвестны (А.М. Брюэр [3]), однако даже имеющиеся в психологической науке и практике представления позволяют наметить некоторые, разной степени результативности, профилактические меры.

В зарубежном информационном пространстве активно обсуждаются меры, направленные на *профилактику проявления агрессии* при управлении транспортным средством. К реализации предлагаются как организационные, непсихологические, так и психологические мероприятия.

*Психологический подход.* Среди психопрофилактических подходов особо выделяется помощь водителям в снятии стресса, управлении гневом, освоении приемов и навыков саморегуляции. Например, М. Диттман [7] предлагает две техники: релаксация (снижение уровня проявлений дорожной агрессии) и изменение мысленных установок (переосмысление негативных ситуаций). Для определения мер борьбы с агрессией на дорогах С. Кайзер, Г. Фуриан, Ч. Шлембах [13] ориентируются на концепцию фундаментальной ошибки атрибуции. Ряд специалистов указывают на значимость проведения мероприятий по превентивной психологической оценке личностных особенностей водителей, в том числе в части проявления агрессии при управлении транспортным средством (К.С. Дюла и др. [8; 9], К. Вейна и др. [11]).

*Непсихологический подход.* Принципиальную позицию занимают А. Сансоне, Л. Сансоне [18], которые считают, что следует лечить или не допускать к управлению транспортным средством водителей с диссоциальным расстройством личности или имеющих нарушения психики, вызванные употреблением алкоголя (наркотиков или иных психотропных средств, препаратов). Следует отметить, что подобная ситуация в России практически исключена процедурой периодического медицинского освидетельствования в соответствующих наркологических и психиатрических диспансерах.

Д. Кримминс, Ч. Каллахан [5] уделяют внимание мерам совершенствования социальной рекламы как



средству повышения безопасности на дорогах. Именно неправильная (попустительская) и необъективная позиция рекламного сообщества определяет правосознание участников дорожного движения, т. е. понимание феноменологии дорожного гнева, грубого и опасного проявления агрессии на дорогах. По мнению ученых, социальная реклама должна быть превентивной, действенной и учитывающей ее направленность.

*Организационный подход.* Уникальным можно считать подход Р. Парсонс и др. [24], ориентированный на работу с визуальными образами — пейзажами, природными ландшафтами и экологией. Исследователями показано, что загрязненный дорожный ландшафт и непривлекательный вид из окна автомобиля повышает физические показатели стресса (давление и кожно-гальваническую реакцию), что отрицательно влияет на психосоматическую (электромиографическую) активность. Авторы предлагают использовать результаты научного (лабораторного) исследования для оптимизации городского пространства, улично-дорожной сети.

Таким образом, проведя анализ зарубежных подходов к феноменологии дорожного стресса и агрессивного управления транспортным средством, можно сделать следующие выводы.

1. В зарубежных психологических исследованиях существует вариативность категориального аппарата, описывающего опасное вождение, например, «агрессивное вождение», «опасное управление транспортным средством», «дорожный стресс», «дорожный гнев», «дорожная ярость». По своей сути они различаются, а также не всегда совпадают с понятиями, применяемыми в России.

2. Актуальными направлениями психологии обеспечения безопасности дорожного движения являются: разработка понятийно-категориального аппарата «дорожной психологии», исследование психологических причин возникновения дорожного стресса и агрессивного поведения участников дорожного движения; разработка и апробация психологических методик оценки склонности водителей к агрессивному вождению, уточнение мер профилактики агрессивного вождения.

Изучение зарубежного опыта позволяет расширить информационно-аналитическую базу для проведения научных исследований в области психологии безопасности дорожного движения, а также совершенствовать прикладные разработки, направленные на диагностику склонности водителей к опасному вождению, на профилактику стрессового воздействия дорожной обстановки на водителей, коррекции стиля управления транспортным средством.

## Литература

1. *Berdoulat E., Vavassori D., Muñoz-Sastre M.T.* Driving anger, emotional and instrumental aggressiveness, and impulsiveness in the prediction of aggressive and transgressive driving // *Accident Analysis & Prevention*. 2013. Vol. 50. P. 758—767. DOI:10.1016/j.aap.2012.06.029
2. *Blomquist R.F.* American «Road Rage»: A Scary and Tangled Cultural-Legal Pastiche [Электронный ресурс] // *Nebraska Law Review*. 2001. Vol. 80. № 1. P. 17—63. URL: <https://digitalcommons.unl.edu/nlr/vol80/iss1/3/> (дата обращения: 30.01.2020).
3. *Brewer A.M.* Road rage: What, who, when, where and how? // *Transport Reviews*. 2000. Vol. 20. P. 49—64. DOI:10.1080/014416400295338
4. Conceptualization of aggressive driving behaviors through a Perception of aggressive driving scale (PAD) / F. Alonso [et al.] // *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. 2019. Vol. 60. P. 415—426. DOI:10.1016/j.trf.2018.10.032
5. *Crimmins J., Callahan Ch.* Reducing Road Rage: The Role of Target Insight in Advertising for Social Change // *Journal of Advertising Research*. 2003. Vol. 43. № 4. P. 381—389. DOI:10.1017/S002184990303040X
6. *Dahlen E.R., White R.P.* The Big Five factors, sensation seeking, and driving anger in the prediction of unsafe driving // *Personality and Individual Differences*. 2006. Vol. 41. № 5. P. 903—915. DOI:10.1016/j.paid.2006.03.016
7. *Dittmann M.* Anger on the road [Электронный ресурс] // *Monitor on Psychology*. 2005. Vol. 36. № 7. P. 26. URL: <http://www.apa.org/monitor/jun05/anger> (дата обращения: 30.01.2020).
8. *Dula C.S., Ballard M.E.* Development and evaluation of a measure of dangerous, aggressive, negative emotional, and risky driving // *Journal of Applied Social Psychology*. 2003. Vol. 33. № 2. P. 263—282. DOI:10.1111/j.1559-1816.2003.tb01896.x
9. *Dula C.S., Geller E.S.* Risky, aggressive, or emotional driving: addressing the need for consistent communication in research // *Journal of Safety Research*. 2003. Vol. 34. № 5. P. 559—566. DOI:10.1016/j.jsr.2003.03.004
10. Effects of aggressive driving and driver characteristics on road rage / R.L. Dukes [et al.] // *The Social Science Journal*. 2001. Vol. 38. № 2. P. 323—331. DOI:10.1016/S0362-3319(01)00117-3
11. Expressing Anger Is More Dangerous than Feeling Angry when Driving / Q. Weina [et al.] // *PLoS One*. 2016. Vol. 11. № 6. DOI:10.1371/journal.pone.0156948
12. *Fakhry S.M., Salaita K.* Aggressive driving: a preliminary analysis of a serious threat to motorists in a large metropolitan area [Электронный ресурс] // *The Journal of Trauma*. 2002. Vol. 52. № 2. P. 217—223. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11834978> (дата обращения: 30.01.2020).
13. *Kaiser S., Furian G., Schlembach Ch.* Aggressive Behaviour in Road Traffic — Findings from Austria // *Transportation Research Procedia*. 2016. Vol. 14. P. 4384—4392. DOI:10.1016/j.trpro.2016.05.360

14. Lupton D. Road rage: drivers' understandings and experiences // *Journal of Sociology*. 2002. Vol. 38. № 3. P. 275—290. DOI:10.1177/144078302128756660
15. Passion for Driving and Aggressive Driving Behavior: A Look at Their Relationship / F.L. Philippe [et al.] // *Journal of Applied Social Psychology*. 2009. Vol. 39. № 12. P. 3020—3043. DOI:10.1111/j.1559-1816.2009.00559.x
16. Road Rage Experience and Behavior: Vehicle, Exposure, and Driver Factors / R.G. Smart [et al.] // *Traffic Injury Prevention*. 2004. Vol. 5. № 4. P. 343—348. DOI:10.1080/15389580490509482
17. Road Rage: Prevalence Pattern and Web Based Survey Feasibility / Sh. Mina [et al.] // *Psychiatry Journal*. 2014. Vol. 2014. Article ID 897493. 7 p. DOI:10.1155/2014/897493
18. Sansone R.A., Sansone L.A. Road Rage: What's Driving It? // *Psychiatry (Edgmont)*. 2010. Vol. 7. № 7. P. 14—18. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922361/> (дата обращения: 30.01.2020).
19. Shamo-Nir L., Koslowsky M. Aggression on the Road as a Function of Stress, Coping Strategies and Driver Style // *Psychology*. 2010. Vol. 1. № 1. P. 35—44. DOI:10.4236/psych.2010.11006
20. Stephens A.N., Sullman M.J.M. Development of a short form of the driving anger expression inventory // *Accident Analysis & Prevention*. 2014. Vol. 72. P. 169—176. DOI:10.1016/j.aap.2014.06.021
21. Sullman M.J.M. The expression of anger on the road // *Safety Science*. 2015. Vol. 72. P. 153—159. DOI:10.1016/j.ssci.2014.08.013
22. Sullman M.J.M., Paxion J., Stephens A.N. Gender roles, sex and the expression of driving anger // *Accident Analysis & Prevention*. 2017. Vol. 106. P. 23—30. DOI:10.1016/j.aap.2017.05.016
23. Taylor A.H., Dorn L. Stress, Fatigue, Health, and Risk of Road Traffic Accidents Among Professional Drivers: The Contribution of Physical Inactivity // *Annual Review of Public Health*. 2006. Vol. 27. № 1. P. 371—391. DOI:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102117
24. The View from the Road: Implications for Stress Recovery and Immunization [Электронный ресурс] / R. Parsons [et al.] // *Journal of Environmental Psychology*. 1998. Vol. 18. № 2. P. 113—139. URL: <https://hortsciences.tamu.edu/syllabi/435/Articles/parsons.pdf> (дата обращения: 30.01.2020).

## References

1. Berdoulat E., Vavassori D., Muñoz-Sastre M.T. Driving anger, emotional and instrumental aggressiveness, and impulsiveness in the prediction of aggressive and transgressive driving. *Accident Analysis & Prevention*, 2013. Vol. 50, pp. 758—767. DOI:10.1016/j.aap.2012.06.029
2. Blomquist R.F. American «Road Rage»: A Scary and Tangled Cultural-Legal Pastiche [Elektronnyi resurs]. *Nebraska Law Review*, 2001. Vol. 80, no. 1, pp. 17—63. URL: <https://digitalcommons.unl.edu/nlr/vol80/iss1/3/> (Accessed 30.01.2020).
3. Brewer A.M. Road rage: What, who, when, where and how? *Transport Reviews*, 2000. Vol. 20, pp. 49—64. DOI:10.1080/014416400295338
4. Alonso F. et al. Conceptualization of aggressive driving behaviors through a Perception of aggressive driving scale (PAD). *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 2019. Vol. 60, pp. 415—426. DOI:10.1016/j.trf.2018.10.032
5. Crimmins J., Callahan Ch. Reducing Road Rage: The Role of Target Insight in Advertising for Social Change. *Journal of Advertising Research*, 2003. Vol. 43, no. 4, pp. 381—389. DOI:10.1017/S002184990303040X
6. Dahlen E.R., White R.P. The Big Five factors, sensation seeking, and driving anger in the prediction of unsafe driving. *Personality and Individual Differences*, 2006. Vol. 41, no. 5, pp. 903—915. DOI:10.1016/j.paid.2006.03.016
7. Dittmann M. Anger on the road [Elektronnyi resurs]. *Monitor on Psychology*, 2005. Vol. 36, no. 7, pp. 26. URL: <http://www.apa.org/monitor/jun05/anger> (Accessed 30.01.2020).
8. Dula C.S., Ballard M.E. Development and evaluation of a measure of dangerous, aggressive, negative emotional, and risky driving. *Journal of Applied Social Psychology*, 2003. Vol. 33, no. 2, pp. 263—282. DOI:10.1111/j.1559-1816.2003.tb01896.x
9. Dula C.S., Geller E.S. Risky, aggressive, or emotional driving: addressing the need for consistent communication in research. *Journal of Safety Research*, 2003. Vol. 34, no. 5, pp. 559—566. DOI:10.1016/j.jsr.2003.03.004
10. Dukes R.L. et al. Effects of aggressive driving and driver characteristics on road rage. *The Social Science Journal*, 2001. Vol. 38, no. 2, pp. 323—331. DOI:10.1016/S0362-3319(01)00117-3
11. Weina Q. et al. Expressing Anger Is More Dangerous than Feeling Angry when Driving. *PLoS One*, 2016. Vol. 11, no. 6. DOI:10.1371/journal.pone.0156948
12. Fakhry S.M., Salaita K. Aggressive driving: a preliminary analysis of a serious threat to motorists in a large metropolitan area [Elektronnyi resurs]. *The Journal of Trauma*, 2002. Vol. 52, no. 2, pp. 217—223. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11834978> (Accessed 30.01.2020).
13. Kaiser S., Furian G., Schlembach Ch. Aggressive Behaviour in Road Traffic — Findings from Austria. *Transportation Research Procedia*, 2016. Vol. 14, pp. 4384—4392. DOI:10.1016/j.trpro.2016.05.360



14. Lupton D. Road rage: drivers' understandings and experiences. *Journal of Sociology*, 2002. Vol. 38, no. 3, pp. 275—290. DOI:10.1177/144078302128756660
15. Philippe F.L. et al. Passion for Driving and Aggressive Driving Behavior: A Look at Their Relationship. *Journal of Applied Social Psychology*, 2009. Vol. 39, no. 12, pp. 3020—3043. DOI:10.1111/j.1559-1816.2009.00559.x
16. Smart R.G. et al. Road Rage Experience and Behavior: Vehicle, Exposure, and Driver Factors. *Traffic Injury Prevention*, 2004. Vol. 5, no. 4, pp. 343—348. DOI:10.1080/15389580490509482
17. Mina Sh. et al. Road Rage: Prevalence Pattern and Web Based Survey Feasibility. *Psychiatry Journal*, 2014. Vol. 2014, Article ID 897493. 7 p. DOI:10.1155/2014/897493
18. Sansone R.A., Sansone L.A. Road Rage: What's Driving It? [Elektronnyi resurs]. *Psychiatry (Edgmont)*, 2010. Vol. 7, no. 7, pp. 14—18. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922361/> (Accessed 30.01.2020).
19. Shamo-Nir L., Koslowsky M. Aggression on the Road as a Function of Stress, Coping Strategies and Driver Style. *Psychology*, 2010. Vol. 1, no. 1, pp. 35—44. DOI:10.4236/psych.2010.11006
20. Stephens A.N., Sullman M.J.M. Development of a short form of the driving anger expression inventory. *Accident Analysis & Prevention*, 2014. Vol. 72, pp. 169—176. DOI:10.1016/j.aap.2014.06.021
21. Sullman M.J.M. *The expression of anger on the road. Safety Science*, 2015. Vol. 72, pp. 153—159. DOI:10.1016/j.ssci.2014.08.013
22. Sullman M.J.M., Paxion J., Stephens A.N. Gender roles, sex and the expression of driving anger. *Accident Analysis & Prevention*, 2017. Vol. 106, pp. 23—30. DOI:10.1016/j.aap.2017.05.016
23. Taylor A.H., Dorn L. Stress, Fatigue, Health, and Risk of Road Traffic Accidents Among Professional Drivers: The Contribution of Physical Inactivity. *Annual Review of Public Health*, 2006. Vol. 27, no. 1, pp. 371—391. DOI:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102117
24. Parsons R. et al. The View from the Road: Implications for Stress Recovery and Immunization [Elektronnyi resurs]. *Journal of Environmental Psychology*, 1998. Vol. 18, no. 2, pp. 113—139. URL: <https://hortsciences.tamu.edu/syllabi/435/Articles/parsons.pdf> (Accessed 30.01.2020).

#### **Информация об авторах**

*Петров Владислав Евгеньевич*, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>, e-mail: v.e.petrov@yandex.ru

*Кокурин Алексей Владимирович*, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: kokurin1@bk.ru

*Назарова Александра Юрьевна*, ассистент кафедры индоевропейских и восточных языков лингвистического факультета Московской области, Московский государственный областной университет (ГОУ ВО МГОУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>, e-mail: nazarova.alex@yandex.ru

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

*Vladislav Evgenievich Petrov*, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Scientific Basis of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>, e-mail: v.e.petrov@yandex.ru

*Alexey N. Kokurin*, PhD in Psychology, Professor, Department of Scientific Basis of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: kokurin1@bk.ru

*Alexsandra Yu. Nasarova*, Assistant Professor, Department of Indo-European and Oriental Languages, Moscow Region State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>, e-mail: nazarova.alex@yandex.ru

Получена 07.02.2020

Received 07.02.2020

Принята в печать 10.03.2020

Accepted 10.03.2020

---

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ CLINICAL PSYCHOLOGY

---

### Жизнеспособность семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности в зарубежных исследованиях

**Одинцова М.А.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)*

**Гусарова Е.С.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevae@fdomgppu.ru](mailto:bondarevae@fdomgppu.ru)*

**Айсмонтас Б.Б.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3918-2975>, e-mail: [fdomgppu@gmail.com](mailto:fdomgppu@gmail.com)*

Представлен обзор зарубежных исследований, отражающих проблематику жизнеспособности семьи в современном мире. Особый акцент делается на исследованиях жизнеспособности семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности. Показано, что жизнеспособность семьи, имеющей стрессогенный опыт инвалидности, включает: 1) систему семейных убеждений, основанных на позитивном мировоззрении, способствующих самовосстановлению после травматического опыта и принятию своей уязвимости; 2) паттерны семейных реакций на заболевание, позволяющие членам семьи находить смысл жизни в заботе, эффективно реагировать на вызов болезни, использовать адаптивные возможности для противодействия нарушениям, самоорганизовываться; 3) семейные коммуникативные навыки и активность в решении проблем; 4) семейная связность и гибкость, эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных и общественных организаций. Конструкт жизнеспособности семьи рассматривается через тесно взаимосвязанные индивидуальный, семейный и общественный уровни жизнеспособности.

**Ключевые слова:** жизнеспособность семьи, стрессогенные ситуации, инвалидность.

**Финансирование:** Работа выполнена при поддержке РФФИ. Проект № 19-013-00904.

**Для цитаты:** *Одинцова М.А., Гусарова Е.С., Айсмонтас Б.Б.* Жизнеспособность семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности в зарубежных исследованиях [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. №1. С. 29—38. DOI:10.17759/jmfp.2020090109

### Family resilience in stressful situations of disability in foreign studies

**Mariya A. Odintsova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)*

**Elena S. Gusarova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevae@fdomgppu.ru](mailto:bondarevae@fdomgppu.ru)*

CC BY-NC

**Bronus B. Aismontas**

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3918-2975>, e-mail: [fdomgppu@gmail.com](mailto:fdomgppu@gmail.com)

A review of foreign studies reflecting the problems of family resilience in the modern world is presented. Special emphasis is placed on studies of family resilience in stressful situations of disability of family members. It is shown that resilience of families having stressful experience of disability includes: 1) a system of family beliefs based on a positive outlook that contribute both to self-recovery after a traumatic experience and acceptance of their vulnerability; 2) patterns of family reactions to diseases allowing them to find life meaning in caring, and respond effectively to challenges of diseases, use adaptive capabilities to counteract violations, and organize themselves; 3) family communication skills and activity in problem solving; 4) family connectedness and flexibility, effective use of external support from social and non-government organizations. The family resilience construct is considered through closely related concepts of individual, family, and social resilience.

**Keywords:** family resilience, stressful situations, disability.

**Funding:** This work was supported by RFBR. Project № 19-013-00904.

**For citation:** Odintsova M.A., Gusarova E.S., Aismontas B.B. Family resilience in stressful situations of disability in foreign studies [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 29—38. DOI: 10.17759/jmfp.2020090103 (In Russ.).

## Введение

Вопросы жизнеспособности семьи (family resilience) в современном мире становятся все более актуальными в связи с существенными изменениями в самом институте семьи, который считается одним из самых важных социальных образований, является индикатором благополучия и успешности государства и общества. Трансформация института семьи обусловлена не только серьезными политическими, экономическими, социальными кризисами, но и стрессогенными событиями, связанными с угрозой жизни и инвалидностью.

Изменения семейной жизни, например, в Европе, Америке настолько существенны, что создают трудности даже в понимании того, что люди подразумевают под семьей. В зарубежной литературе разворачиваются дискуссии относительно смысла, значимости и даже целесообразности использования самого термина «семья» [2; 27; 40]. Так, Д. Люк, А-М Кастрен считают, что в настоящее время семью следует понимать как «размытое» социальное явление, которое включает в себя широкий спектр вариаций, как на межличностном, так и на межкультурном уровнях [27], а Б.М. Алекс Бейкер, ссылаясь на данные переписи 2014 года в Америке, отметил, что большинство американских семей не идентифицируют себя с традиционным семейным архетипом [2].

По мнению ряда зарубежных исследователей, изменения семейной системы связано с появлением новых видов брака (гражданский, сожительство или «пробный брак», гостевой брак, child free, однополый брак и т. д.) [2; 6; 23; 26]. В Соединенных Штатах, например, насчитывается более 114 000 однополых семей, и это число, по прогнозам С.К. Голдберг, К.Дж. Конрон, будет расти [18]. Перемены в семейной системе связаны с ростом числа разводов по всему миру [7; 8; 32; 38]; утратой связей между поколениями [30]. По оценкам А. Бьюкенен, А. Роткирх, в Великобритании каждая

четвертая семья возглавляется только одним из родителей [7]. Растет процент разводов даже в странах, где брак всегда считался священным и где был запрещен религией. Например, по данным А. Тадатхил, С. Шрирам, уровень разводов в крупных городах Индии, где к браку всегда относились как к священнодействию, стал составлять 30% [38]. Е. Папжицка, В. Полец, Е. Мянговская отметили, что даже в Польше, одной из самых католических стран мира, в которой развод запрещен религией, за последние 35 лет процент разводов увеличился с 16,4 до 21,9% [32].

В некоторых странах, в частности в Китае, Чили, Индии и др., растет число семей с так называемыми «пропущенными поколениями», состоящими из бабушки, дедушки и одного или нескольких внуков. «Пропущенными поколениями» считаются родители, которые вынуждены уезжать на заработки и долгое время жить в отрыве от семьи [3, 21].

Отмечается увеличение числа семей, переживающих стрессовые и травматические события, связанные с болезнью и инвалидностью их членов [13]. Считается, что такие семьи подвержены более высокому уровню стресса, связанного с финансовым неблагополучием, социальной изоляцией, большим числом разводов, слабым психическим здоровьем ближайшего окружения, чем другие семьи [29]. Так, по данным родительских отчетов (N=14 494), З. Сонгтян, Х. Хиаои [37] выяснили, что 55% детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья в США пережили хотя бы одно неблагоприятное событие в сравнении с 31,7% детей выборки сравнения. Установлено, что дети с ограниченными возможностями здоровья в четыре раза чаще переживают от трех и более негативных событий в семье одновременно. Исследователи выявили пять наиболее распространенных типичных семейных событий, свидетелями которых были маленькие дети с ограниченными возможностями здоровья и по которым они отличаются от семей со здоровыми детьми: это финансовые трудности (40,9%), развод

родителей (24,3%), проблемы с алкоголем/наркотиками (11,1%), тюремное заключение родителей или опекунов (10,6%) и жестокое обращение (6,8%). При этом как утверждают авторы, эти данные являются лишь приближительными, так как существует вероятность того, что многие родители так и не дали откровенных ответов на поставленные вопросы. Совокупность неблагоприятных внешних факторов делает такие семьи наиболее незащищенными и уязвимыми [37]. Установлено, что наличие факта инвалидности в семье часто приобретает характер стрессогенного травмирующего события, меняющего идентичность, влияющего на планирование жизни и на всю семейную систему [39].

Таким образом, зарубежные исследователи, с одной стороны, с беспокойством заявляют о том, что сам институт семьи переживает глубокий кризис, выраженность которого наиболее очевидна у социально-уязвимых семей, среди которых семьи, переживающие стрессогенное событие, связанное с болезнью и инвалидностью. С другой стороны, ученые констатируют, что именно семья для людей с ограниченными возможностями здоровья становится центром поддержки, а ее жизнеспособность определяет успешность функционирования таких людей в обществе. Поэтому вопросы жизнеспособности «особых» семей становятся наиболее актуальными. И если еще недавно большинство исследователей были сосредоточены на факторах риска для таких семей, то уже сегодня акцент смещается в сторону жизнеспособности как способности противостоять жизненным вызовам, преодолевать их, становясь более сильной трансформирующейся, гибкой системой, способной к позитивному росту даже в условиях травматического стресса [1; 41].

### Направления исследований жизнеспособности семьи в условиях инвалидности

В широком смысле жизнеспособность рассматривается как динамический процесс, процесс мобилизации культурных, социальных, экономических, семейных и индивидуальных ресурсов. Этот процесс развивается во времени и пространстве с учетом быстро меняющихся социальных условий [9; 19; 28]. Существует множество более узких определений жизнеспособности, которые соответствуют тому или иному направлению исследований и авторской позиции исследователя. Однако, в целом, анализ зарубежных исследований показал, что понятие жизнеспособности является междисциплинарным, четкое определение его до сих пор не разработано, что, впрочем, признается большинством зарубежных коллег.

Тем не менее, в рамках проблематики хронических заболеваний и жизнеспособности семьи предлагается следующее определение: «Жизнеспособность семьи — это паттерны семейных реакций на хроническое заболевание, которые позволяют членам семьи сохранять свои ценности, находить смысл жизни в *заботе*, одно-

временно с этим эффективно реагировать на требования болезни» [42, с. 9]. Семья в данном аспекте рассматривается как самовосстанавливающаяся система, которая *принимает* свою уязвимость и *использует свои адаптивные возможности* для противодействия нарушениям посредством *самоорганизации*.

В целом, зарубежные исследования жизнеспособности семей в стрессогенных ситуациях инвалидности рассредоточены по направлениям изучения:

1) взаимосвязи жизнеспособности семьи и родительского стресса детей с поражением центральной нервной системы и нарушениями развития [11; 22; 25; 31; 33];

2) жизнеспособности семьи и удовлетворенности супружескими отношениями, жизнеспособности семьи и супружеского копинга в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) [34; 42];

3) жизнеспособности семьи и индивидуальной жизнеспособности матерей детей с нарушениями в развитии [14];

4) факторов жизнеспособности семьи при уходе за взрослыми членами семьи, страдающими психическими заболеваниями [4; 12; 15];

5) возможных методов диагностики, в частности разработка, апробация и адаптация диагностического инструментария для исследования жизнеспособности семей в ситуации инвалидности [14, 17; 24; 36].

Например, в исследованиях семей, воспитывающих детей с РАС, показано, что родители демонстрируют более высокий уровень стресса в сравнении с родителями детей, имеющих другие нарушения и с родителями здоровых детей [31; 33]. Отмечается отрицательная связь между жизнеспособностью семьи и уровнем стресса родителей в семьях с детьми с РАС [11; 22]. В исследовании И. Ким, С. Дабабне, Дж. Ли [22] на достаточно большой выборке (1 131 родителей и опекунов детей с РАС) было показано влияние (moderating effect) расы и этнического происхождения на жизнеспособность семьи и родительский стресс. Было обнаружено, что жизнеспособность семьи способствует снижению родительского стресса афроамериканцев и белых, но в афроамериканских семьях это влияние выражено в большей степени [22]. В исследовании Е. Леоне и др. [25] показано, что родительский стресс, непосредственно связанный с проблемными коммуникативными паттернами, является существенным препятствием для жизнеспособности семей, воспитывающих детей с нарушениями развития (РАС, СДВГ, умственная отсталость, специфические трудности в обучении). Кроме того, было обнаружено, что поведение ребенка связано со стрессом родителей и косвенно воздействует на жизнеспособность семьи. Авторы выделили также факторы, способствующие жизнеспособности семьи, среди которых: система позитивных убеждений родителей (позитивное восприятие своего ребенка и его ограниченных возможностей, общее мировоззрение); поддерживающий родительский стиль воспитания [25].



В серии исследований, которые провели А. Сим, Р. Кордье, С. Ваз и др. [34; 42] демонстрируется, что взаимоотношения между супругами являются краеугольным камнем жизнеспособности семьи и играют важную роль в адаптации семей с детьми с РАС. Первое исследование из этой серии было посвящено изучению взаимосвязи: удовлетворенности взаимоотношениями в супружеских парах, социально-демографическими показателями, родительским стрессом и супружеским копингом. Результаты показали, что большая часть выборки удовлетворена супружескими отношениями. В свою очередь, удовлетворенность супружескими отношениями связана с низким уровнем стресса со стороны родителей и более активным использованием конструктивного супружеского копинга [34]. Целью второго исследования стало изучение опыта только тех супружеских пар, которые набрали высокие баллы по шкале удовлетворенности отношениями для обнаружения ресурсов их жизнеспособности. Ресурсы жизнеспособности таких семей были раскрыты авторами при помощи метода глубокого структурированного интервью. Данный метод позволил получить представления о жизненном опыте супружеских взаимоотношений и способствовал более глубокому пониманию удовлетворенности взаимоотношениями в парах. В результате были выделены три основные темы, которые согласуются со структурой жизнеспособности семьи, разработанной Ф. Уолш: 1) общие убеждения супругов (принятие; оптимизм; экзистенциальный смысл); 2) работа в команде (забота о семье; забота о себе; общая направленность на развитие отношений); 3) совместный опыт супругов (коммуникация; юмор; эмоциональная поддержка) [42].

Исследования японских коллег были направлены на прогнозирование развития стрессовых состояний матерей в зависимости от тяжести заболевания их ребенка (СДВГ, РАС, интеллектуальные нарушения). К. Сузуки и др. [15] показали, что жизнеспособность семьи поддерживает индивидуальную жизнеспособность, уменьшая психологический стресс матери, т. е. является компенсаторным фактором, с одной стороны, а с другой — выполняет защитную функцию, смягчая взаимосвязь между тяжестью нарушений развития детей и психологическим стрессом матери. В исследовании также показано, что позитивная адаптация членов семьи, имеющих больного ребенка с психическими нарушениями, ассоциируется с жизнеспособностью семьи как процессом, посредством которого члены семьи выдерживают угрозу, связанную с заболеванием, и успешно восстанавливаются после него [14].

Важным направлением зарубежных исследований является изучение факторов, понижающих и/или повышающих жизнеспособность семьи в условиях инвалидности одного из ее членов. Так, при уходе за членами семьи, болеющими шизофренией, Р. Фитрясари и др. [12] выделили две группы проблем, с которыми сталкиваются подобные семьи:

1) трудности ухода (растерянность по поводу болезни, эмоциональные, физические, финансовые, временные и социальные трудности);

2) стигматизация [12].

Было показано, что такие семьи сталкиваются с непониманием самого процесса заболевания и его прогнозов; испытывают разнообразные тягостные эмоции, вызванные необъяснимым поведением больного (эмоциональное напряжение в результате неуправляемого поведения, страх перед опасным поведением, стыд из-за недостойного поведения больного в обществе, беспокойство о его будущем, гнев из-за неконтролируемого поведения). Необходимость постоянной заботы о заболевшем члене семьи, недостаток отдыха, эмоциональная поглощенность проблемами, которые возникают в связи с заболеванием, приводят к потере контроля над эмоциями, эмоциональному и физическому истощению ближайшего окружения. Кроме этого, стигматизация, с которой сталкивается такая семья, является дополнительным важнейшим фактором, существенно подрывающим ее жизнеспособность. Авторы выделили четыре вида стигматизации: 1) клеймение (навешивание ярлыков); 2) стереотипы; 3) изоляция; 4) дискриминация. Клеймение глубоко переживается семьей из-за специальных терминов, адресованных общественностью больным с шизофренией (например, «сумасшедший»). Стереотипы связаны с бытующим мнением относительно людей, больных шизофренией, как представляющих угрозу обществу. Ближайшее окружение (соседи, знакомые, коллеги) стремятся дистанцироваться от семей с больным шизофренией, в результате чего такие семьи становятся изолированными, не вовлекаются в общественную деятельность из-за непредсказуемого поведения больного и испытывают на себе дискриминацию. Все это сказывается на психологическом здоровье всей семьи и подрывает ее жизнеспособность [12]. Как видим, данное исследование в основном концентрируется на факторах, подрывающих жизнеспособность семьи, один из членов которой страдает психическим заболеванием. Исследование М. Бишоп, А.П. Гриффа [4] в противовес предыдущему сосредоточено на факторах, повышающих жизнеспособность семьи в условиях инвалидности одного из ее членов в результате диагноза «шизофрения». К данным факторам было отнесено следующее: хорошие доходы семьи; наличие социальной поддержки; специальные мероприятия для семейного времяпровождения; позитивная, поддерживающая коммуникация во время кризиса внутри семьи; семейная жизнестойкость; приверженность семье; отношение к кризису как к вызову; внутренний локус контроля; независимость, ответственность, участие в социальной жизни, посещение групп поддержки людей с шизофренией и развитие позитивного отношения к ним; поощрение заболевшего члена семьи, открытое и честное общение с ним; принятие диагноза членами семьи [4].

Еще одно исследование Дж. Пауэр и др. [15] посвящено изучению жизнеспособности семьи в условиях

психического заболевания разной этиологии одного из родителей. В нем рассматриваются факторы, понижающие и повышающие жизнеспособность таких семей. В глубинном интервью приняли участие взрослые австралийцы, выросшие в семьях с родителем, у которого диагностировали заболевание. Было обнаружено, что психическое заболевание родителей потенциально создает стрессовую ситуацию для членов семьи, способствует возникновению множества социальных и культурных барьеров, которые затрудняют признание и открытое обсуждение семьями вопроса о болезни. Так, почти все участники сообщали о нежелании обсуждать психические заболевания в своих семьях. В отдельных случаях психические заболевания были непризнанной частью семейного опыта на протяжении многих поколений. В некоторых семьях обсуждали заболевания, но извилистым или косвенным способом, что, в некоторой степени, скрывало реальность семейного опыта. Реже встречались семьи, в которых выстраивался более открытый диалог, хотя он не обязательно устранял все трудности, связанные с управлением болезнью, но все же смягчал замешательство людей относительно происходящего в их семьях. Темы стыда и стигмы были имплицитными почти во всех рассказах участников. Для многих стыд был основной причиной того, что заболевание не обсуждалось. Почти все участники сообщали о непредсказуемости и хаотичности в их семейной жизни из-за психического расстройства родителя. Несмотря на это семьи сохраняли жизнеспособность благодаря таким процессам, как простые семейные ритуалы, традиции; спланированный юмор; открытая коммуникация о психических заболеваниях; сохранившееся чувство семейной общности [15]. Роль семейных ритуалов в развитии жизнеспособности семьи отмечается и в работе А.В. Харриста, С.С. Генри, К. Лю, А.С. Морриса [16].

Стоит отметить, что большинство проанализированных нами исследований жизнеспособности семьи носят качественный характер, а представленный в них феномен жизнеспособности изучается с помощью либо глубинных интервью, либо открытых вопросов, либо косвенно при соотнесении жизнеспособности с другими схожими психологическими феноменами. В настоящий момент зарубежные исследования продолжают в направлении новых разработок или доработки существующего диагностического инструментария для изучения жизнеспособности семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности.

Так, С. Дункан Лейн, П.С. Месарош, Дж. Савла [24] на основании модели Ф. Уолш разработали и апробировали методику жизнеспособности семьи в ситуации онкологии молочной железы. Однако данная методика сфокусирована только на определенной группе женщин и их семьях, что ограничивает круг ее использования.

Шкала жизнеспособности семьи при нарушениях развития детей была разработана К. Сузуки [14]. Различая концепт жизнестойкости и жизнеспособности

как динамического процесса, разработчики использовали феномен резистентности для выявления степени проявления жизнеспособности семьи. В дополнение к этому авторы использовали анкету, включающую информацию об особенностях ребенка, о восприятии социальной поддержки и о специфике позитивного мировосприятия. Разработанная шкала жизнеспособности семьи ориентирована на семьи, имеющие детей с нарушениями психического развития, что ограничивает ее использование для других групп.

В контексте проблематики жизнеспособности семей в стрессогенных ситуациях инвалидности чаще всего используется шкала жизнеспособности семьи М.Т. Сиксби [36], разработанная автором на основе модели Ф. Уолш. В частности — это исследования семей с детьми с РАС, проведенные Э. Гардинером, Л.С. Массе, Г. Ярочки [17]; исследования семей с детьми с нарушениями развития [25].

Э. Гардинер, Л.С. Массе, Г. Ярочки [17] осуществили психометрическую проверку шкалы жизнеспособности семьи М.Т. Сиксби на примере семей с детьми с расстройствами аутистического спектра и показали, что используемая шкала обеспечивает достоверную оценку жизнеспособности таких семей и облегчает понимание внутрисемейных процессов, защищающих семью от воздействия неблагоприятных факторов, хотя некоторые подшкалы и формулировка пунктов нуждаются в дальнейшей корректировке и дополнительной проверке.

Шкала жизнеспособности семьи М.Т. Сиксби использовалась и для изучения семей с детьми с нарушениями развития. Это и РАС, интеллектуальные нарушения, специфические трудности в обучении или общении. [25]. Исследование показало, что некоторые субшкалы Шкалы жизнеспособности семьи не дали ожидаемых результатов. Например, субшкала «Духовность семьи». Возможно, пункты, входящие в данную шкалу, и отражают духовный интерес, но они не отражают специфику и глубину данной характеристики, а значит, нуждаются в доработке.

Кроме того, в зарубежных исследованиях разрабатываются рекомендации для медицинского персонала, практикующих врачей в направлении возможностей развития жизнеспособных процессов в соответствии с позитивными психологическими подходами [10; 20]. Это предполагает методы ранней оценки и вмешательства в целях повышения психологического благополучия родителей детей с инвалидностью; технологии, направленные на принятие и осознание ситуации болезни, на поиск альтернативных способов преодоления и т. д. С психологической точки зрения стоит уделять внимание и отношениям в парах как ядру всей семейной системы посредством выстраивания терапевтического взаимодействия; обучения, просвещения; по необходимости направления в соответствующие службы; поощрения родителей в разделении обязанностей, совместном решении семейных проблем; привлечения к мероприятиям, ориентированным на

всю семью и многое другое. Однако зарубежные коллеги не ограничиваются лишь рекомендациями. Разработаны программы помощи по развитию жизнеспособности семей. Одной из признанных и широко используемых в Америке, например, является программа «The FOCUS Family Resilience Program» Уильяма Р. Зальцмана [35], направленная на краткосрочное вмешательство для повышения жизнеспособности семей посредством ряда практических мероприятий. Данная программа вначале была апробирована на семьях военнослужащих, находящихся на военной службе вдали от семьи, затем стандартизирована для более широкой аудитории. На сегодняшний день программа внедрена во многие гражданские учреждения, включая департаменты психического здоровья, школы, многочисленные клиники, а также в отдельных местах оказания услуг в рамках национальной сети по борьбе с детским травматическим стрессом. К числу обслуживаемых программой семей относятся не только семьи с культурным и расовым многообразием, семьи с одним родителем, приемные семьи, семьи иммигрантов, семьи, сталкивающиеся с насилием, утратой, но и семьи, находящиеся в стрессогенной ситуации инвалидности.

Программа предназначена для снижения вероятности проблемных исходов для семей, которые «подвержены риску» из-за стресса, травмы или утраты, а также для восстановления членов семьи, имеющих симптомы стрессового расстройства путем мобилизации процессов поддержки и повышения устойчивости внутри семьи. В случае значительных психологических нарушений предусмотрены более интенсивные формы терапии, которые могут осуществляться одновременно с участием в FOCUS.

Программа FOCUS, сочетающая и адаптирующая методы, основанные на подходах, направленных на укрепление семейной системы, включает пять элементов и связанных с ними мероприятий, в основе которых лежат принципы жизнеспособности семьи: 1) достижение системных целей семьи; 2) консультирование по вопросам развития семьи; 3) разработка общих семейных нарративов; 4) поддержка открытой и эффективной коммуникации в семье; 5) развитие отдельных семейных навыков жизнеспособности.

Программа включает восемь занятий: два первых — с родителями; два вторых — с детьми; пятое — с родителями для подготовки к общим занятиям с детьми; три последние — общие семейные занятия. Программа может быть реализована для широкого круга семейных групп, терапевт гибко определяет, кто из родителей или лиц, осуществляющих уход, должен участвовать в ней, а также включать ли в нее членов расширенной семьи.

За последнее десятилетие программа доказала свою эффективность при снижении посттравматического стресса, беспокойства и депрессии родителей детей, имеющих поведенческие и эмоциональные трудности и нарушения, одновременно улучшая общее функционирование семьи, повышая ее жизнеспособность.

## Заключение

Таким образом, в исследованиях зарубежных коллег подчеркивается, что диагноз хронической болезни/инвалидности является стрессогенным событием и аналогичен психотравмирующему опыту, он бросает вызов всей семейной системе. Одновременно признается, что даже потенциально травмирующее событие может запустить механизм успешного совладания с ним. Именно противостояние стрессу, а не само событие может инициировать посттравматический рост и способствовать развитию жизнеспособности семьи [5; 20; 39].

Конструкт жизнеспособности семьи следует рассматривать не только как способность, но и как динамический процесс мобилизации культурных, социальных, экономических, семейных и индивидуальных ресурсов, процесс, разворачивающийся во времени и пространстве с учетом быстро меняющихся социальных условий и самого института семьи [28].

Исследования демонстрируют, что жизнеспособность семьи, имеющей стрессогенный опыт инвалидности включает: 1) систему семейных убеждений, основанных на позитивном мировоззрении, позволяющих самовосстанавливаться после травматического опыта и *принимать* свою уязвимость; 2) паттерны семейных реакций на заболевание, позволяющие членам семьи находить смысл жизни в *заботе*, эффективно реагировать на требования болезни, использовать адаптивные возможности для противодействия нарушениям, самоорганизовываться; 3) семейные коммуникативные навыки и активность в решении проблем; 4) семейная связность и гибкость, эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных и общественных организаций.

Большинство зарубежных исследований жизнеспособности семьи имеют качественный характер, что предоставляет обширный и очень глубокий материал для анализа, однако жизнеспособность семьи как конструкт, имеющий свою целостную структуру, изучается в данном случае лишь косвенно. Необходимы подтверждение полученных данных надежным и валидным диагностическим инструментарием, разработка которого продолжается.

## Литература

1. Махнач А.В., Толстых Н.Н. Жизнеспособность как характеристика социальной группы кандидатов в замещающие родители // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 2. С. 127—149. DOI:10.17759/sps.2018090209



2. *Baker B.M.A.* «We're Just Family, You Know?» Exploring the Discourses of Family in Gay Parents' Relational Talk // *Journal of Family Communication*. 2019. Vol. 19. № 3. P. 213—227. DOI:10.1080/15267431.2019.1590365
3. *Bennett F., Brannen J., Hantrais L.* Family change, intergenerational relations and policy implications // *Contemporary Social Science*. 2019. Vol. 14. P. 1—16. DOI:10.1080/21582041.2018.1519195
4. *Bishop M., Greeff A.P.* Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015. Vol. 22. № 7. P. 463—471. DOI:10.1111/jpm.12230
5. *Bonanno G.A., Burton C.L.* Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation // *Perspectives on Psychological Science*. 2013. Vol. 8. № 6. P. 591—612. DOI:10.1177/1745691613504116
6. *Bosley-Smith E.R., Reczek K.* Before and After «I Do»: Marriage Processes for Mid-Life Gay and Lesbian Married Couples // *Journal of Homosexuality*. 2018. Vol. 65. № 14. P. 1985—2004. DOI:10.1080/00918369.2017.1423213
7. *Buchanan A., Rotkirch A.* Twenty-first century grandparents: global perspectives on changing roles and consequences // *Journal of the Academy of Social Sciences*. 2018. Vol. 13. № 2. P. 131—144. DOI:10.1080/21582041.2018.1467034
8. *Buchanan T.M., McConnell A.R.* Family as a source of support under stress: Benefits of greater breadth of family inclusion // *Self and Identity*. 2017. Vol. 16. № 1. P. 97—122. DOI:10.1080/15298868.2016.1226194
9. *Cafar A., Green J., Goreham G.* A Community Resilience Framework for community development practitioners building equity and adaptive capacity // *Community Development*. 2019. Vol. 50. № 2. P. 201—216. DOI:10.1080/15575330.2019.1575442
10. *Denov M., Shevell M.C.* Social work practice with war-affected children and families: the importance of family, culture, arts, and participatory approaches // *Journal of Family Social Work*. 2019. Vol. 22. № 1. P. 1—16. DOI:10.1080/10522158.2019.1546809
11. *Duca D.S.* Family resilience and parental stress: the effects on marital relationship in the context of a child diagnosed with an autism spectrum disorder [Электронный ресурс] // *Annals of AII Cuza University. Psychology Series*. 2015. Vol. 24. № 1. P. 71—90. URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=109330036&lang=ru&site=ehost-live> (дата обращения: 28.02.2020).
12. Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients / R. Fitryasari [et al.] // *International Journal of Nursing Sciences*. 2018. Vol. 5 № 3. P. 255—261. DOI:10.1016/j.ijnss.2018.06.002
13. Family resilience and chronic illness: Interdisciplinary and translational perspectives [Электронный ресурс] / Ed. G.L. Welch, A.W. Harrist. Cham, Switzerland: Springer. 2016. 227 pp. URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-26033-4> (дата обращения: 27.02.2020).
14. Family resilience elements alleviate the relationship between maternal psychological distress and the severity of children's developmental disorders / K. Suzuki [et al.] // *Research in Developmental Disabilities*. 2018. Vol. 83. P. 91—98. DOI:10.1016/j.ridd.2018.08.006
15. Family resilience in families where a parent has a mental illness / J. Power [et al.] // *Journal of Social Work*. 2016. Vol. 16. № 1. P. 66—82. DOI:10.1177/1468017314568081
16. Family resilience: The power of rituals and routines in family adaptive systems / A.W. Harrist [et al.] // *APA handbook of contemporary family psychology*. Vol. 1. Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan / Ed. B.H. Fiese. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2019. P. 223—239. DOI:10.1037/0000099-013
17. *Gardiner E., Mässe L.C., Iarocci G.* A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019. Vol. 17. № 1. P. 45. DOI:10.1186/s12955-019-1117-x
18. *Goldberg S.K., Conron K.J.* How many same-sex couples in the U.S. are raising children? [Электронный ресурс]. Los Angeles, CA: The Williams Institute. Retrieved from. 2018. 5 p. URL: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Parenting-Among-Same-Sex-Couples.pdf> (дата обращения: 27.02.2020).
19. *Grey J., Dagg J.* Using reflexive lifelines in biographical interviews to aid the collection, visualisation and analysis of resilience // *Contemporary Social Science*. 2019. Vol. 14. № 3—4. P. 407—422. DOI:10.1080/21582041.2018.1459818
20. *Hadfield K., Ungar M.* Family resilience: Emerging trends in theory and practice // *Journal of family social work*. 2018. Vol. 21. № 2. P. 81—84. DOI:10.1080/10522158.2018.1424426
21. Intergenerational resilience in families affected by war, displacement, and migration: «It runs in the family» / M. Denov [et al.] // *Journal of Family Social Work*. 2019. Vol. 22. № 1. P. 17—45. DOI:10.1080/10522158.2019.1546810
22. *Kim I., Dababnah S., Lee J.* The influence of race and ethnicity on the relationship between family resilience and parenting stress in caregivers of children with autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 50. P. 1—9. DOI:10.1007/s10803-019-04269-6
23. *Kuperberg A.* Premarital Cohabitation and Direct Marriage in the United States: 1956—2015 // *Marriage & Family Review*. 2019. Vol. 55. № 5. P. 447—475. DOI:10.1080/01494929.2018.1518820
24. *Lane D.C., Meszaros P.S., Savla J.* Measuring Walsh's family resilience framework: Reliability and validity of the Family Resilience Assessment among women with a history of breast cancer // *Marriage & Family Review*. 2017. Vol. 53. № 7. P. 667—682. DOI:10.1080/01494929.2016.1263588
25. *Leone E., Dorstyn D., Ward L.* Defining resilience in families living with neurodevelopmental disorder: a preliminary examination of Walsh's framework // *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2016. Vol. 28. P. 595—608. DOI:10.1007/s10882-016-9497-x



26. London A.S., Hoy A. Same-Sex Sexuality and the Risk of Divorce: Findings from Two National Studies // *Journal of Homosexuality*. 2019. P. 1—15. DOI:10.1080/00918369.2019.1651111
27. Lück D., Castrén A.M. Personal understandings and cultural conceptions of family in European societies // *European Societies*. 2018. Vol. 20. № 5. P. 699—714. DOI:10.1080/14616696.2018.1487989
28. Markantoni M., Steiner A.A., Meador J.E. Can community interventions change resilience? Fostering perceptions of individual and community resilience in rural places // *Community Development*. 2019. Vol. 50. № 2. P. 238—255. DOI:10.1080/15575330.2018.1563555
29. Muir K., Strnadova I. Whose responsibility? Resilience in families of children with developmental disabilities // *Disability & Society*. 2014. Vol. 29. № 6. P. 922—937. DOI:10.1080/09687599.2014.886555
30. Otters R.V., Hollander J.F. The Times They are A'changing: Multigenerational Family Simulations // *Marriage & Family Review*. 2018. Vol. 54. № 2. P. 183—208. DOI:10.1080/01494929.2017.1403993
31. Padden C., James J.E. Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports // *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2017. Vol. 29. P. 567—586. DOI:10.1007/s10882-017-9547-z
32. Paprzycka E., Polec W., Mianowska E. Religiosity as a (Non-)Necessary and (Non-)Sufficient Condition for the Permanence of Marriage. Conditions for the Decision to Divorce in Poland // *Journal of Divorce & Remarriage*. 2020. Vol. 61. № 2. P. 105—126. DOI:10.1080/10502556.2019.1627151
33. Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience / G. Pastor-Cerezuela [et al.] // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2016. Vol. 31. № 4. P. 300—311. DOI:10.1177/1088357615583471
34. Relationship satisfaction and dyadic coping in couples with a child with autism spectrum disorder / A. Sim [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. Vol. 47. № 11. P. 3562—3573. DOI:10.1007/s10803-017-3275-1
35. Saltzman W.R. The FOCUS family resilience program: An innovative family intervention for trauma and loss // *Family Process*. 2016. Vol. 55. № 4. P. 647—659. DOI:10.1111/famp.12250
36. Sixbey M.T. Development of the family resilience assessment Scale to identify family resilience constructs [Электронный ресурс]: Ph. D. thesis. Gainesville: University of Florida, 2005. 171 p. URL: [http://etd.fcla.edu/UF/UFE0012882/sixbey\\_m.pdf](http://etd.fcla.edu/UF/UFE0012882/sixbey_m.pdf) (дата обращения: 27.02.2020).
37. Songtian Z., Xiaoyi H. Parents Reporting Adverse Childhood Experiences Among Young Children With Disabilities: Informing Systems Transformation // *Topics in Early Childhood Special Education*. 2018. Vol. 38. № 3. P. 162—173. DOI:10.1177/0271121418790674
38. Thadathil A., Sriram S. Divorce, Families and Adolescents in India: A Review of Research // *Journal of Divorce & Remarriage*. 2020. Vol. 61. № 1. P. 1—21. DOI:10.1080/10502556.2019.1586226
39. Tolleson A., Zeligman M. Creativity and Posttraumatic Growth in Those Impacted by a Chronic Illness/Disability // *Journal of Creativity in Mental Health*. 2019. Vol. 14. № 4. P. 499—509. DOI:10.1080/15401383.2019.1632769
40. Unpacking 'family troubles', care and relationality across time and space / R. Evans [et al.] // *Children's Geographies*. 2019. Vol. 17. № 5. P. 501—513. DOI:10.1080/14733285.2019.1655139
41. Walsh F. Family resilience: A developmental systems framework // *European Journal of Developmental Psychology*. 2016. Vol. 13. № 3. P. 313—324. DOI:10.1080/17405629.2016.1154035
42. «We are in this together»: Experiences of relationship satisfaction in couples raising a child with autism spectrum disorder / A. Sim [et al.] // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019. Vol. 58. P. 39—51. DOI:10.1016/j.rasd.2018.11.011

## References

1. Makhnach A.V., Tolstykh N.N. Zhiznesposobnost' kak kharakteristika sotsial'noi gruppy kandidatov v zameshchayushchie roditeli [Resilience as a characteristic of a social group of foster parents' applicants]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2018. Vol. 9, no. 2, pp. 127—149. DOI:10.17759/sps.2018090209 (In Russ.).
2. Baker B.M.A. «We're Just Family, You Know?» Exploring the Discourses of Family in Gay Parents' Relational Talk. *Journal of Family Communication*, 2019. Vol. 19, no. 3, pp. 213—227. DOI:10.1080/15267431.2019.1590365
3. Bennett F., Brannen J., Hantrais L. Family change, intergenerational relations and policy implications. *Contemporary Social Science*, 2019. Vol. 14, pp. 1—16. DOI:10.1080/21582041.2018.1519195
4. Bishop M., Greeff A.P. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2015. Vol. 22, no. 7, pp. 463—471. DOI:10.1111/jpm.12230
5. Bonanno G.A., Burton C.L. Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 2013. Vol. 8, no. 6, pp. 591—612. DOI:10.1177/1745691613504116
6. Bosley-Smith E.R., Reczek K. Before and After «I Do»: Marriage Processes for Mid-Life Gay and Lesbian Married Couples. *Journal of Homosexuality*, 2018. Vol. 65, no. 14, pp. 1985—2004. DOI:10.1080/00918369.2017.1423213

7. Buchanan A., Rotkirch A. Twenty-first century grandparents: global perspectives on changing roles and consequences. *Journal of the Academy of Social Sciences*, 2018. Vol. 13, no. 2, pp. 131—144. DOI:10.1080/21582041.2018.1467034
8. Buchanan T.M., McConnell A.R. Family as a source of support under stress: Benefits of greater breadth of family inclusion. *Self and Identity*, 2017. Vol. 16, no. 1, pp. 97—122. DOI:10.1080/15298868.2016.1226194
9. Cafer A., Green J., Goreham G. A Community Resilience Framework for community development practitioners building equity and adaptive capacity. *Community Development*, 2019. Vol. 50, no. 2, pp. 201—216. DOI:10.1080/15575330.2019.1575442
10. Denov M., Shevell M.C. Social work practice with war-affected children and families: the importance of family, culture, arts, and participatory approaches. *Journal of family social work*, 2019. Vol. 22, no. 1, pp. 1—16. DOI:10.1080/10522158.2019.1546809
11. Duca D. S. Family resilience and parental stress: the effects on marital relationship in the context of a child diagnosed with an autism spectrum disorder [Elektronnyi resurs]. *Annals of AII Cuza University. Psychology Series*, 2015. Vol. 24, no. 1, pp. 71—90. URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=109330036&lang=ru&site=ehost-live> (Accessed: 28.02.2020).
12. Fitriyari R. et al. Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 2018. Vol. 5, no 3, pp. 255—261. DOI:10.1016/j.ijnss.2018.06.002
13. Welch G.L., Harrist A.W. (eds.). Family resilience and chronic illness: Interdisciplinary and translational perspectives [Elektronnyi resurs]. Cham, Switzerland: Springer., 2016. 227 pp. URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-26033-4> (Accessed: 27.02.2020).
14. Suzuki K. et al. Family resilience elements alleviate the relationship between maternal psychological distress and the severity of children's developmental disorders. *Research in developmental disabilities*, 2018. Vol. 83, pp. 91—98. DOI:10.1016/j.ridd.2018.08.006
15. Power J. et al. Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 2016. Vol. 16, no. 1, pp. 66—82. DOI:10.1177/1468017314568081
16. Harrist A.W. et al. Family resilience: The power of rituals and routines in family adaptive systems. In Fiese. B.H. (ed.). *APA handbook of contemporary family psychology. Vol. 1. Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2019. pp. 223—239. DOI:10.1037/0000099-013
17. Gardiner E., Mâsse L.C., Iarocci G. A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder. *Health and quality of life outcomes*, 2019. Vol. 17, no. 1, pp. 45. DOI:10.1186/s12955-019-1117-x
18. Goldberg S.K., Conron K.J. How many same-sex couples in the U.S. are raising children? [Elektronnyi resurs]. Los Angeles, CA: The Williams Institute. Retrieved from. 2018. URL: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Parenting-Among-Same-Sex-Couples.pdf> (Accessed: 27.02.2020).
19. Grey J., Dagg J. Using reflexive lifelines in biographical interviews to aid the collection, visualisation and analysis of resilience. *Contemporary social science*, 2019. Vol. 14, no. 3—4, pp. 407—422. DOI:10.1080/21582041.2018.1459818
20. Hadfield K., Ungar M. Family resilience: Emerging trends in theory and practice. *Journal of family social work*, 2018. Vol. 21, no. 2, pp. 81—84. DOI:10.1080/10522158.2018.1424426
21. Denov M. et al. Intergenerational resilience in families affected by war, displacement, and migration: «It runs in the family». *Journal of family social work*, 2019. Vol. 22, no. 1, pp. 17—45. DOI:10.1080/10522158.2019.1546810
22. Kim I., Dababnah S., Lee J. The influence of race and ethnicity on the relationship between family resilience and parenting stress in caregivers of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 2019, pp. 1—9. DOI:10.1007/s10803-019-04269-6
23. Kuperberg A. Premarital Cohabitation and Direct Marriage in the United States: 1956—2015. *Marriage & Family Review*, 2019. Vol. 55, no. 5, pp. 447—475. DOI:10.1080/01494929.2018.1518820
24. Lane D.C., Meszaros P.S., Savla J. Measuring Walsh's family resilience framework: Reliability and validity of the Family Resilience Assessment among women with a history of breast cancer. *Marriage & Family Review*, 2017. Vol. 53, no. 7, pp. 667—682. DOI:10.1080/01494929.2016.1263588
25. Leone E., Dorstyn D., Ward L. Defining resilience in families living with neurodevelopmental disorder: a preliminary examination of Walsh's framework. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2016. Vol. 28, pp. 595—608. DOI:10.1007/s10882-016-9497-x
26. London A.S., Hoy A. Same-Sex Sexuality and the Risk of Divorce: Findings from Two National Studies. *Journal of Homosexuality*, 2019, pp. 1—15. DOI:10.1080/00918369.2019.1651111
27. Lück D., Castrén A.M. Personal understandings and cultural conceptions of family in European societies. *European Societies*, 2018. Vol. 20, no. 5, pp. 699—714. DOI:10.1080/14616696.2018.1487989
28. Markantoni M., Steiner A.A., Meador J.E. Can community interventions change resilience? Fostering perceptions of individual and community resilience in rural places. *Community Development*, 2019. Vol. 50, no. 2, pp. 238—255. DOI:10.1080/15575330.2018.1563555
29. Muir K., Strnadova I. Whose responsibility? Resilience in families of children with developmental disabilities. *Disability & Society*, 2014. Vol. 29, no. 6, pp. 922—937. DOI:10.1080/09687599.2014.886555

30. Otters R.V., Hollander J.F. The Times They are A'changing: Multigenerational Family Simulations. *Marriage & Family Review*, 2018. Vol. 54, no. 2, pp. 183—208. DOI:10.1080/01494929.2017.1403993
31. Padden C., James J.E. Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: a comparison involving physiological indicators and parent self-reports. *Journal of developmental and Physical disabilities*, 2017. Vol. 29, pp. 567—586. DOI:10.1007/s10882-017-9547-z
32. Paprzycka E., Polec W., Mianowska E. Religiosity as a (Non-)Necessary and (Non-)Sufficient Condition for the Permanence of Marriage. Conditions for the Decision to Divorce in Poland. *Journal of Divorce & Remarriage*, 2020. Vol. 61, no. 2, pp. 105—126. DOI:10.1080/10502556.2019.1627151
33. Pastor-Cerezuela G. et al. Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2016. Vol. 31, no. 4, pp. 300—311. DOI:10.1177/1088357615583471
34. Sim A. et al. Relationship satisfaction and dyadic coping in couples with a child with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 2017. Vol. 47, no. 11, pp. 3562—3573. DOI:10.1007/s10803-017-3275-1
35. Saltzman W.R. The FOCUS family resilience program: An innovative family intervention for trauma and loss. *Family process*, 2016. Vol. 55, no. 4, pp. 647—659. DOI:10.1111/famp.12250
36. Sixbey M.T. Development of the family resilience assessment Scale to identify family resilience constructs [Elektronnyi resurs]: Ph. D. thesis. Gainesville: University of Florida, 2005. 171 p. URL: [http://etd.fcla.edu/UF/UFE0012882/sixbey\\_m.pdf](http://etd.fcla.edu/UF/UFE0012882/sixbey_m.pdf) (Accessed: 27.02.2020).
37. Songtian Z., Xiaoyi H. Parents Reporting Adverse Childhood Experiences Among Young Children With Disabilities: Informing Systems Transformation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2018. Vol. 38, no. 3, pp. 162—173. DOI:10.1177/0271121418790674
38. Thadathil A., Sriram S. Divorce, Families and Adolescents in India: A Review of Research. *Journal of Divorce & Remarriage*, 2020. Vol. 61, no. 1, pp. 1—21. DOI:10.1080/10502556.2019.1586226
39. Tolleson A., Zeligman M. Creativity and Posttraumatic Growth in Those Impacted by a Chronic Illness/Disability. *Journal of Creativity in Mental Health*, 2019. Vol. 14, no. 4, pp. 499—509. DOI:10.1080/15401383.2019.1632769
40. Evans R. et al. Unpacking 'family troubles', care and relationality across time and space. *Children's Geographies*, 2019. Vol. 17, no. 5, pp. 501—513. DOI:10.1080/14733285.2019.1655139
41. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 2016. Vol. 13, no. 3, pp. 313—324. DOI:10.1080/17405629.2016.1154035
42. Sim A. et al. "We are in this together": Experiences of relationship satisfaction in couples raising a child with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2019. Vol. 58, pp. 39—51. DOI:10.1016/j.rasd.2018.11.011

#### Информация об авторах

Одинцова Мария Антоновна, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Гусарова Елена Сергеевна, магистрант кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: bondarevae@fdomgppu.ru

Айсмонтас Бронюс Броневич, кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>, e-mail: nazarova.alex@yandex.ru

#### Information about the authors

Maria A. Odintsova, Candidate of Psychological Sciences, Professor of Department «Psychology and pedagogy of distance learning», Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Elena S. Gusarova, Student of Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: bondarevae@fdomgppu.ru

Bronus B. Aismontas, candidate of pedagogical sciences, professor, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3918-2975>, e-mail: fdomgppu@gmail.com

Получена 20.12.2019

Received 20.12.2019

Принята в печать 10.03.2020

Accepted 10.03.2020



## Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников

**Матюшкина Е.Я.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского  
Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: [dekanpsi@mail.ru](mailto:dekanpsi@mail.ru)*

**Рой А.П.**

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

**Рахманина А.А.**

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

**Холмогорова А.Б.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского  
Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: [kholmogorova-2007@yandex.ru](mailto:kholmogorova-2007@yandex.ru)*

В статье приводятся данные современных зарубежных исследований профессионального стресса и выгорания у медицинских работников. Дан анализ современных научных дискуссий, касающихся самого понятия выгорания и поиска критериев для его дифференциации от других схожих психоэмоциональных и физиологических состояний. Обращается особое внимание на данные об экстремально высоком риске профессионального выгорания у работников неотложной медицинской помощи. Приводятся данные последних исследований уровня выгорания у медиков, и фиксируется неуклонный рост этих показателей в современной системе здравоохранения разных стран. Также приводится анализ современных данных о крайне тяжелых последствиях выгорания для психического и физического здоровья медиков. Приводится обзор современных методов диагностики, а также профессиональных, психологических, организационных и социальных факторов неуклонного повышения уровня профессионального выгорания, среди которых непрерывная интенсификация работы и введение новых электронных систем ведения медицинской документации. Обосновывается необходимость разработки и внедрения методов профилактики профессионального выгорания в современной медицине.

**Ключевые слова:** профессиональный стресс, профессиональное выгорание, медицинские работники, профессиональные, психологические, организационные и социальные факторы риска, негативные последствия, профилактика профессионального выгорания.

**Для цитаты:** Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 39—49. DOI: [10.17759/jmfp.2020090104](https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090104)

## Occupational stress and burnout among healthcare professionals

**Elena Ya. Matyushkina**

*Moscow State University of Psychology and Education,  
N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: [dekanpsi@mail.ru](mailto:dekanpsi@mail.ru)*

CC BY-NC



**Anita P. Roy**

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

**Anastasiia A. Rakhmanina**

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

**Alla B. Kholmogorova**

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

The article presents the data of modern foreign studies on occupational stress and burnout among medical workers. It gives an analysis of modern scientific discussions concerning the concept of burnout and the search for criteria for its differentiation from other similar psychoemotional and physiological states. Special emphasis is placed on data on the extremely high risk of professional burnout among emergency medical workers. Recent studies of the level of burnout among physicians are presented as containing the information about increase of these indicators in the modern healthcare system in different countries. The analysis of the latest data on extremely serious consequences of burnout for the mental and physical health of physicians is also introduced. A review of modern diagnostic methods, as well as professional, psychological, organizational and social factors of a steady increase in the level of professional burnout, including continuous intensification of work and the introduction of new electronic systems for maintaining medical records, is given. The necessity of developing and implementing methods for the prevention of professional burnout in modern medicine is substantiated.

**Keywords:** professional stress; professional burnout; medical workers; professional, psychological, organizational and social risk factors; negative consequences; prevention of professional burnout.

**For citation:** Matyushkina E.Ya., Roy A.P., Rakhmanina A.A., Kholmogorova A.B. Occupational stress and burnout among healthcare professionals [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 39—49. DOI: 10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ.).

Анализ исследований в области психологии труда показывает, что одно из центральных мест в ней занимает диагностика комплексного состояния работника, особенно в ситуациях выраженного и продолжительного стресса, приводящего зачастую к полному или частичному профессиональному выгоранию.

Среди специальностей с высоким риском профессионального выгорания одно из ключевых мест занимает профессия медицинского работника. Отмечается, что распространенность выгорания среди данного профессионального сегмента выше популяционных значений [5]. Так, в опросе 2013 г. 8 из 10 работников медицинской отрасли заключили, что именно симптомы, характерные для состояния выгорания повлияли на их личную и профессиональную жизнь [32]. Высокий риск профессионального выгорания, среди медицинского персонала обусловлен спецификой деятельности в данной отрасли [35]. Для работников данной сферы характерно:

- наличие высокой психической нагрузки, связанной с восприятием и переживанием страданий пациентов;
- высокие требования к уровню эмпатии для облегчения этих страданий;
- высокий уровень ответственности за результаты своей работы ввиду его специфики (здоровье человека);
- высокий риск отождествления с проблемами пациентов и их семей;
- осознание недостаточного влияния на исход процесса лечения в силу множества не поддающихся контролю и изменению факторов.

Все указанные факторы могут приводить к тяжелым последствиям для психического и физического здоровья у медицинских работников. Причем особенно высок риск манифестации депрессии, тревожных расстройств и алкоголизации среди работников, оказывающих экстренную помощь [4]. Это связано с дополнительными источниками стресса у этой категории медиков:

- нарушением циркадных ритмов, ввиду наличия суточных дежурств, что влияет на риск развития хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем [18];
- высокой загрузкой на рабочем месте и, как следствие, наличием несбалансированной физической активности и нежелательных пищевых предпочтений [20];
- более высоким риском гибели пациента по сравнению с другими отраслями, ввиду тяжести его состояния, что приводит к дополнительной психоэмоциональной нагрузке [4].

Все это, в свою очередь, повышает риск ошибок на рабочем месте и появления последующих судебных разбирательств [23], которые также влияют на риск профессионального выгорания медицинского работника и приводят к тому, что изучение данной отрасли является особенно актуальным. Помимо рисков для здоровья, высокий уровень профессионального стресса и выгорания у медиков связан с колоссальной экономической нагрузкой. Отмечается, что ежегодные затраты на перераспределение часов работы, найм временного персонала, выплаты страховых исков и

больничных составляют до 6,3 миллиарда долларов только на территории США [19].

### Дискуссия относительно основных понятий

Прежде чем рассматривать и обсуждать результаты современных эмпирических исследований профессионального выгорания у врачей и медицинских сестер, следует обратиться к трактовке понятий «профессиональный стресс» и «профессиональное выгорание» в современной зарубежной науке. Следует отметить, что изучаемые понятия подробно рассматриваются в психологических исследованиях, тогда как в медицинских изданиях данные термины не имеют однозначного толкования. В масштабном обзоре зарубежных исследований (анализу было подвергнуто 786 работ) было обнаружено всего 29 оригинальных работ, остальные же являлись цитированием последних. Не существует общепринятых определений этих понятий. В качестве основных подходов к разработке понятия профессионального стресса можно выделить следующие: экологический, акцентирующий несоответствие условий труда ресурсов человека; транзактный, акцентирующий роль различных психологических факторов; регуляторной стресс, акцентирующий динамику психологического состояния в неблагоприятных условиях [2]. В самом общем виде под термином «профессиональный стресс» можно понимать совокупность особенностей работы, связанных с риском профессионального выгорания, т. е. негативной реакцией психики и организма [36].

Изначально термин «профессиональное выгорание» был введен американским психиатром Г. Фрейдбергером в 1974 г. Сначала под ним понималось общее состояние истощения в сочетании с чувством бесполезности, неудовлетворенности. В 1981 г. К. Маслач, один из ведущих специалистов по изучению выгорания, подробно описала это явление как особое состояние, включающее со стороны личности следующие параметры: чувство эмоционального истощения (снижение активности, потеря интереса, разочарованность); деперсонализация<sup>1</sup> (формальность во взаимодействии с людьми, признаки черствости и цинизма); редукция личных достижений (негативное видение себя, а с профессиональной точки зрения — ощущение потери профессиональных навыков) [29]. В 1983 г. в своем труде Э. Махер составил список симптомов данного явления, к которым относились [28]:

- физиологические симптомы: хроническая усталость, переутомление, истощение, бессонница и сопутствующие хронические заболевания;
- психологические симптомы: негативное отношение к клиентам, начальству, коллегам, себе и рабочим

обязанностям; негативные эмоции и состояния (гнев, раздражительность, беспокойство, возбужденность, вина);

- непродуктивные копинги: табак, кофе, алкоголь, наркотики, переедание.

Выгорание представлено как распространенное явление в современном обществе, привлекающее все большее внимание исследователей и практиков [9]. Однако вопрос о том, следует ли считать выгорание болезнью, остается предметом научных споров.

Диагноз «выгорание» отсутствует в 5-м издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам [16], при этом в 10-м издании Международной классификации болезней (МКБ-10) выгорание имеет код Z73.0 и определяется как состояние жизненного истощения [37]. Кроме того, диагноз «выгорание» был признан законным основанием для отпуска по болезни в нескольких странах, таких как, например, Швеция и Норвегия [21].

Продолжаются споры о содержательной характеристике понятия выгорания и его соотношении с диагнозами «синдром хронической усталости» и «депрессия», характеризующимися высокой степенью утомления.

Усталость является основной характеристикой синдрома выгорания, но также очень распространена при других психических расстройствах, таких как депрессия и тревожные расстройства. В исследовании, проведенном Van Dam и др. [26], решался вопрос о том, отличается ли уровень и оценка утомляемости людей, страдающих от выгорания, от тех, кто имеет диагноз того или иного тревожного расстройства или депрессии. В исследовании участвовали 73 пациента с истощением, 67 пациентов с депрессией, 57 пациентов с тревожным расстройством и 127 здоровых участников, у которых экспертами оценивался уровень усталости и выраженность симптомов депрессии и тревоги. Уровень усталости, о котором сообщали пациенты с выгоранием, был высоким, но не отличался от такового у других групп пациентов. Субъективная оценка усталости также не различалась у разных групп пациентов. Таким образом, уровень усталости и оценка усталости могут быть менее значимыми для понимания конкретных патологических процессов, связанных с выгоранием, чем это часто предполагается [26]. Следовательно, важным для дифференцирования и выделения специфики профессионального выгорания является описание других его симптомов и последствий.

### Последствия профессионального выгорания

Профессиональное выгорание тесно связано с риском развития различных заболеваний, в первую

<sup>1</sup> В оригинале у К. Маслач используется термин «деперсонализация». Термин «деперсонализация» был предложен А.Б. Леоновой (2019) в качестве наиболее точно передающего смысл этого аспекта синдрома выгорания, так как термин «деперсонализация» (depersonalization) в отечественной психиатрии тесно связан с психопатологическим синдромом деперсонализации и имеет именно этот узкий смысл.

очередь заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и желудочно-кишечной систем [39].

Отмечается, что наличие у работника профессионального выгорания значительно повышает риски развития инфаркта миокарда и ишемической болезни сердца [11]. Риск инфаркта миокарда выше при наличии выгорания, даже если пациент контролирует значения артериального давления, холестерина и отказывается от курения [12]. К иным медицинским симптомам выгорания относятся также снижение фибринолитической способности, снижение способности справляться со стрессом и гипоактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (НПА) системы. Симптомы сильного выгорания связаны с более низким уровнем кортизола (CAR), более высокими уровнями дегидроэпиандростерон-сульфата (DHEAS), более низкими соотношениями кортизола / DHEAS и более сильным подавлением дексаметазона (DST) [25].

Была отмечена связь выгорания и эпизодов нестабильной стенокардии после острого коронарного синдрома. В лонгитюдном исследовании 208 пациентов в течение года после первого эпизода острого коронарного синдрома (СНД) отмечалось более частое нарушение сердечного ритма на фоне выгорания и повышенный риск повторных эпизодов острого коронарного синдрома. Вместе с тем отмечалось, что профессиональное выгорание способствует возрастанию риска манифестации ишемической болезни сердца (ИБС), сказывается на нарастании бляшек в коронарных артериях, что приводит, в свою очередь, к стенокардии или инфарктам. По результатам данного исследования у респондентов, имеющих самые высокие баллы по шкале выгорания Широма—Меламед (SMBI), был обнаружен повышенный риск ишемической болезни [27].

С другой стороны, профессиональное выгорание тесно связано с эндокринными нарушениями. Это, в первую очередь, ожирение, сахарный диабет, нарушения фертильности. В структуре выгорания, с медицинской точки зрения, первостепенную роль играет гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось (НПА axis). В ряде исследований была выявлена связь между высокой степенью выгорания по голландской версии опросника Маслач (MBI-GS UBOS) и гипофункцией данной оси, которая, в свою очередь, ведет к описанным нарушениям. Данный механизм является одним из способов разграничить состояние депрессии и выгорания; так, при депрессии отмечается гиперфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [31]. Психические расстройства могут иметь сходные симптомы, но разные биологические механизмы.

Ряд исследований также посвящен влиянию выгорания на желудочно-кишечную систему. Отмечается влияние высокой степени выгорания на манифестацию и течение язвы желудка (ГИТ), синдрома раздраженного кишечника (ИБС), функциональной диспепсии (FD) [17]. Было выявлено, что у работников, страдающих синдромом раздраженного кишечника и функциональной диспепсией, отмечается высокий

риск колебаний эмоционального фона, манифестации депрессии, тревожного состояния. А наличие язвы желудка тесно связано с работой, подразумевающей высокую интенсивность нагрузки и ответственности, риск конфликтов. Вместе с тем отмечалось равное влияние на развитие данных состояний симпатического отдела нервной системы, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и генетических факторов.

Подобные данные дают представление о влиянии профессионального выгорания не только на психологические и социальные аспекты жизни, но и на физиологическое состояние, что делает вопрос включения выгорания в перечень заболеваний и последующую разработку методов профилактики и лечения актуальной задачей медицины.

Среди психологических последствий необходимо упомянуть высокую распространенность симптомов депрессии и повышенный риск суицида у медицинских работников. К. Шейнфельд с соавторами скрининговыми методами выявили, что 37,8% обследованных находятся в группе повышенного риска по депрессии [12]. Отягощающим фактором являются трудности обращения за помощью в силу различных опасений (подвергнуться осуждению и стигматизации, лишиться лицензии), что приводит к неадекватным копингам в форме самолечения и употребления алкоголя и психоактивных веществ. Процент врачей, злоупотребляющих алкоголем, выше, чем в общей популяции, причем чаще эта проблема отмечается у врачей женского пола. Каждый год в Соединенных Штатах кончает с собой около 400 врачей, что также превышает риски в общей популяции, причем эти риски также высоки для студентов и обучающихся в резидентуре [13].

### Современные методики диагностики синдрома профессионального выгорания

С тех пор как понимание термина и структуры состояния выгорания были определены, появилась необходимость их стандартизированной оценки. Для определения выраженности профессионального выгорания существует ряд апробированных методов:

первым методом для оценки данного синдрома был опросник выгорания Маслач или «The Maslach Burnout Inventory» (MBI). Опросник был составлен на основе проведенного практического исследования, в рамках которого было выявлено 3 важных критерия выгорания, ставших далее шкалами: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений [29].

Вместе с тем существует ряд опросников, затрагивающих лишь понятие истощенности; разница в определении и количестве значимых шкал отражает разные модели синдрома. Обзорная статья Кристины Маслач описывает большинство современных опросников выгорания [30]. К опросникам, оценивающим несколько факторов, относятся:



- опросник выгорания Бергена или «The Bergen Burnout Inventory» (BBI). Он оценивает выраженность трех характеристик: переутомление, истощение на работе, цинизм по отношению к работе и чувство рабочей некомпетентности;

- опросник профессионального выгорания Олденбурга или «The Oldenburg Burnout Inventory» (OLBI) диагностирует два показателя: истощение и отстраненность от работы.

Другие опросники оценки выгорания сосредоточены только на понятии истощенности, хотя и различают различные виды и аспекты истощенности:

- опросник выгорания Широма—Меламед или «The Shirom—Melamed Burnout Inventory» (SMBI) разграничивает понятия физической, эмоциональной и умственной истощенности;

- копенгагенский опросник выгорания или «The Copenhagen Burnout Inventory» (CBI) делит истощенность на физическую и психологическую.

Некоторые исследователи добавили новые критерии в модель синдрома выгорания. Например, испанский опросник выгорания или «The Spanish Burnout Inventory» состоит из четырех критериев: энтузиазм по отношению к работе, психологическое истощение, инертность и чувство вины.

Несмотря на наличие и проверенных временем, и новых инструментов оценки выгорания, вопрос точности диагностики, а особенно учета влияния выгорания на ряд иных проблем (физиологических, социальных, психологических) остается открытым, что, в свою очередь, затрудняет разработку методов помощи в ситуации наличия профессионального выгорания. Ввиду лишь частичного признания профессионального выгорания заболеванием, возникает ряд трудностей. Так, отмечается низкий уровень осознания социумом тяжести проблемы; отсутствие методов помощи и поддержки работника со стороны государства и руководства.

Отмечается неуклонный рост показателей профессионального выгорания среди медиков в разных странах мира. В США масштабное исследование выгорания работников разных отраслей в 2012 г. выявило, что 37,9% медицинских работников демонстрируют повышенный уровень хотя бы по одному из трех показателей выгорания, по К. Маслач, в то время как в среднем для всех изученных категорий профессиональной деятельности эта цифра составила 27,8% [12]. Это часто цитируемое исследование Т. Шейнфелда с соавторами привлекло большое внимание к проблеме, и, начиная с 2013 г., Medscape стал публиковать данные исследования выгорания ежегодно. Согласно самым последним данным нового масштабного исследования Т. Шейнфелда с соавторами, процент медицинских работников, страдающих от выгорания, равен уже 44% [14]. В настоящее время изучены показатели выгорания у медиков на всех уровнях их подготовки и профессиональной деятельности. В одном из самых последних фундаментальных обзоров проблемы С.Р. Штеман, З. Тесто,

Р.С. Гершоу, Келлог (2019) приводят следующие данные [13]. У студентов медицинских факультетов процент лиц, демонстрирующих повышенные показатели по опроснику Маслач, приближается к 53%, а исследование 3588 интернов второго года обучения в резидентуре выявило симптомы выгорания в течении недели у 45,2% обследованных, при этом раннее выгорание надежно предсказывает симптомы выгорания на более поздних стадиях карьеры — через 10 лет. Особенно страдают сотрудники служб неотложной медицинской помощи (emergency medicine) — они более всех подвержены выгоранию (до 65% обследованных). Причем выгорание начинается уже в резидентуре и достигает по ряду данных 74% опрошенных.

### Факторы профессионального выгорания

Т. Шейнфелд в своем знаменитом и часто цитируемом исследовании 2012 года призвал пересмотреть точку зрения, согласно которой основными причинами выгорания являются личностные факторы и недостаточная способность подверженных выгоранию медиков позаботиться о себе. Он указал, что если симптомы выгорания выявляются у каждого второго медицинского работника в США, то дело не в психологических личностных факторах, а в факторах среды и в организации работы [12].

Аронсон и его коллеги [3] провели систематический обзор двадцати пяти научных работ, с целью обнаружения систематизированных доказательств связи между условиями труда и развитием симптомов выгорания в проанализированных исследованиях, проведенных в Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии 1990—2013 гг. Использовалась GRADE-система с 4-балльной шкалой доказательств. Было выявлено, что высокий уровень социальной поддержки и справедливость на рабочем месте защищали от эмоционального истощения. Высокие требования, низкий контроль на рабочем месте, высокая рабочая нагрузка, низкое вознаграждение и ненадежность работы повышают риск развития выгорания [3]. Отсутствие стандартов оказания помощи, а также наличие социальной стигмы по отношению к выгоранию, приводит к появлению непродуктивных копинг-стратегий, поддерживающих и усиливающих данное состояние.

В ходе национального исследования, проведенного среди врачей всех специальностей в 2014 г., было установлено, что врачи, использовавшие обязательные системы электронного медицинского учета (EHR) и компьютеризированную систему регистрации медицинских назначений (CPOE), были менее удовлетворены временем, затраченным на работу, и подвергались повышенному риску профессионального выгорания [34]. Ведь на каждый час, затраченный на взаимодействие с пациентом, врач задействовал дополнительно от одного до двух часов, составляя записи о ходе



работы (дневники), назначая лабораторные исследования, выписывая лекарства и анализируя результаты без дополнительной компенсации [8]. Не менее важно то, что такой стиль работы приводит к снижению гуманистической направленности профессии и вступает в конфликт с ценностями и сутью профессии врача, основанной на внимании к больному человеку. Это, в свою очередь, снижает общую удовлетворенность от работы [13].

Среди американских медиков важным дополнительным фактором выгорания является финансовый фактор — необходимость выплачивать большой долг за кредит на обучение профессии медика, так как последнее является очень дорогим. У российских медиков финансовый фактор связан с длительным и очень сложным обучением профессии и низкими зарплатами во многих регионах [1].

Наконец, в современных исследованиях принято писать о таком факторе, как синдром вторичной жертвы (second victim syndrome — SVS) — груз переживаний врача в связи с плохими результатами лечения. При этом общество, в том числе профессиональное сообщество, крайне нетерпимо к ошибкам медиков, которые часто связаны со сбоями работы всей системы, а не только отдельного человека. За ними также нередко стоит сам синдром выгорания, и тогда возникает порочный круг этого синдрома: выгорание — ошибки — усиление выгорания — еще большее снижение результативности работы [13].

Ранее считалось, что профессиональное выгорание является спутником позднего периода в карьере, но современные исследования показывают, что у молодых врачей риск выгорания почти вдвое выше по сравнению со старшими коллегами и что манифестация данного явления может происходить на этапе обучения, что связано с возрастающими требованиями к подготовке работника [31].

Хотя пол не является фактором, значимо повышающим риск выгорания, после учета возраста и других факторов некоторые исследования обнаружили, что женщины-врачи имеют шанс от 20% до 60% чаще столкнуться с данным явлением. Женщины чаще переживают его из-за влияния эмоционального истощения на деперсонализацию, что может дополнительно привести к снижению продуктивности личных достижений [31]. Норвежское исследование, в котором также исследуются факторы профессионального выгорания, показало, что более высокий уровень выгорания у женщин является результатом конфликтов на рабочем месте, в то время как у мужчин оно связано с рабочей нагрузкой [38].

Интересные данные получены в исследовании медицинских работников в пяти больницах Гаутенга (провинция, которая включает 14,3 млн человек) в южной Африке в 2016 г. Каждая из этих больниц принимает более 4000 пациентов в месяц. Количество рабочей силы в сфере здравоохранения в южной Африке составляет 3% от общего числа медработников в мире,

тогда как количество заболеваний — 25% от количества болезней в мире. Медицинские центры часто бывают недоукомплектованы, плохо оборудованы и переполнены в этих странах. Кроме того, неотложная медицинская помощь до сих пор является новой специализацией в странах со средним уровнем дохода, и врачи, работающие в неотложной помощи, не имеют такого же признания, как их коллеги в странах с высоким уровнем дохода. В результате исследования было выявлено, что большая часть врачей (66,7%), работающих в центрах неотложной помощи, находится в зоне умеренного или высокого риска выгорания [33].

Масштабный метаанализ исследований, в котором суммарно принимали участие 42473 врачей из 47 регионов мира (включая Францию, Австралию, Германию, Тайвань, Корею, США и пр.), выявил связь профессионального выгорания и качества медицинской помощи. Было выявлено, что врачи, показывающие высокие результаты по опроснику профессионального выгорания, в два раза чаще участвуют в инцидентах с безопасностью пациентов, в два раза чаще оказывают некорректную помощь пациентам и в 3 раза чаще получают низкие оценки обратной связи от пациентов, что повышает риск эмоционального истощения и снижения продуктивности [6]. Подобные данные свидетельствуют о необходимости введения методов помощи и самопомощи медицинскому персоналу.

### Профилактика профессионального выгорания

Одним из направлений профилактики профессионального выгорания у врачей и медицинского персонала могут стать психологические тренинги. Есть данные исследования о результатах тренинга профилактики профвыгорания в Рочестере и в Норвегии. В этом исследовании обучение было изначально довольно интенсивным, около восьми недель 2,5 часа в неделю, а затем 2,5 часа в месяц в течение десяти месяцев [7]. По результатам самооценки своего состояния в результате тренингов, уровень выгорания у врачей снизился. Однако отсутствие сравнительных данных с контрольными группами не позволяет использовать полученные результаты без дополнительных исследований.

Методом, применяемым для профилактики выгорания медицинских сестер, имеющих сходные выраженные признаки выгорания [24], являлся метод SMART-терапии, подразумевающий изучение факторов профессионального выгорания и стресса на рабочем месте, а также комплекса техник профилактики, куда входили, например, релаксационные техники. Так, была показана высокая эффективность данного метода, отмечалось снижение выраженности профессионального выгорания, тревоги, депрессии [15].

В заключение хотелось бы процитировать последнюю статью известного исследователя проблемы профессионального выгорания у медиков Т. Шейнфелда, заместителя декана Медицинской школы Стэнфорда и

главного специалиста по оздоровлению — директора центра WellMD: «Если мы хотим добиться существенного прогресса во многих проблемах, стоящих перед нашей системой здравоохранения, и в снижении распространенности профессионального выгорания, преследующего нас, врачей, мы должны признать социокультурные аспекты этих проблем. Это потребует честной оценки и нового диалога на уровне нашей профессии, наших медицинских организаций и системы оказания медицинской помощи. ...Настало время для честного взгляда в зеркало и начала важной работы по оздоровлению культуры медицины на благо наших пациентов, наших коллег и нашей профессии» [22]. Большой объем и неуклонный рост зарубежных исследований на тему профессионального выгорания у медиков очень остро ставит вопрос о необходимости интенсификации отечественных исследований на эту тему [1], а также вопрос о необходимости изменений в системе здравоохранения и внедрения эффективных методов психологической помощи медицинским работникам [10].

## Выводы

Выгорание у врачей и медсестер является предметом многочисленных психологических и медицинских исследований последних лет, в связи с более высокой степенью выгорания по сравнению с большинством профессий.

Основными факторами выгорания медицинских работников являются:

- профессиональные факторы: высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье пациентов;

нахождение в сфере негативных эмоций больных людей; высокая интенсивность деятельности при сокращении рабочего времени, выделенного на взаимодействие с пациентами, ввиду введения новых электронных систем ведения медицинской документации; возрастающие требования к подготовке медицинского работника;

- психологические факторы: самокритичность, непродуктивные копинг-стратегии, перфекционизм, дисбаланс между работой и жизнью, а также негармоничная система поддержки вне рабочей среды, отсутствие поддерживающего партнера, семьи;

- организационные факторы: негативное отношение руководства; наличие непрогнозируемой рабочей нагрузки; графики работы, приводящие к депривации сна; недостаточное вознаграждение, невозможность продвижения по службе, отсутствие межличностного сотрудничества и социальной поддержки;

- социальные факторы: высокие ожидания от медиков в обществе; риск стигматизации медиков в состоянии выгорания, что затрудняет их обращение за помощью; отсутствие системы эффективной поддержки для медиков.

Признание выгорания медицинским диагнозом необходимо для дальнейшего углубленного изучения клинических симптомов выгорания и принятия мер для уменьшения выгорания у врачей, что обеспечит улучшение медицинского обслуживания пациентов и, в конечном счете, здоровья населения в целом. Необходимо привлечение более пристального внимания к данной проблеме в отечественной медицине: проведение соответствующих исследований, а также разработка и внедрение мер профилактики синдрома профессионального выгорания у медицинских работников.

## Литература

1. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск, Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
2. Леонова А.Б. Стресс и психическое здоровье профессионалов // Руководство по психологии здоровья / Под ред. А.Ш. Тхостово, Е.И. Рассказовой. М.: МГУ, 2019. С. 638—691.
3. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms / G. Aronsson [et al.] // BMC Public Health. 2017. Vol. 17. Article number 738. 13 p. DOI:10.1186/s12889-017-4153-7
4. Academic emergency physicians' experiences with patient death / J. Strote [et al.] // Academic Emergency Medicine. 2011. Vol. 18. № 3. P. 255—260. DOI:10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x
5. An exploratory study of resident burnout and wellness / J. Eckleberry-Hunt [et al.] // Academic Medicine. 2009. Vol. 84. № 2. P. 269—277. DOI:10.1097/acm.0b013e3181938a45
6. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction A Systematic Review and Meta-analysis / M. Panagioti [et al.] // JAMA International Medicine. 2018. Vol. 178. № 10. P. 1317—1331. DOI:10.1001/jamainternmed.2018.3713
7. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians / M.S. Krasner [et al.] // JAMA. 2009. Vol. 302. № 12. P. 1284—1293. DOI:10.1001/jama.2009.1384
8. Beyond Burnout — Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians [Электронный ресурс] / A.A. Wright [et al.] // The New England Journal of Medicine. 2018. Vol. 378. № 4. P. 309—311. <http://medicine.emory.edu/documents/burnout-NEJM-2018.pdf> (дата обращения: 16.03.2020).
9. Bianchi R., Schonfeld I. S., Laurent E. Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness? // Front Public Health. 2015. Vol. 3. 3 p. DOI:10.3389/fpubh.2015.00158
10. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this under recognized threat to safe, high-quality care / L.N. Dyrbye [et al.]; NAM Perspectives. Washington, DC, 2017. 11 p.

11. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees / S. Toker [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. 2012. Vol. 74. № 8. P. 840—847. DOI:10.1097/psy.0b013e31826c3174
12. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / T.D. Shanafelt [et al.] // *Archives of Internal Medicine*. 2012. Vol. 172. № 18. P. 1377—1385. DOI:10.1001/archinternmed.2012.3199
13. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I / C.R. Stehman [et al.] // *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019. Vol. 20. № 3. P. 485—494. DOI:10.5811/westjem.2019.4.40970
14. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017 / T.D. Shanafelt [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. 2019. Vol. 94. № 9. P. 1681—1694. DOI:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
15. Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program / D.L. Magtibay [et al.] // *The Journal of Nurse Administration*. 2017. Vol. 47. № 7—8. P. 391—395. DOI:10.1097/nna.0000000000000501 23
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. / American Psychiatric Association. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
17. Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract / M.-R Huerta-Franco [et al.] // *World Journal Gastrointestinal Pathophysiology*. 2013. Vol. 4. № 4. P. 108—118. DOI:10.4291/wjgp.v4.i4.108
18. Erren T.C., Reiter R.J. Defining chronodisruption // *Journal of Pineal Research*. 2009. Vol. 46. № 3. P. 245—247. DOI:10.1111/j.1600-079X.2009.00665.x
19. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States / S. Han [et al.] // *Medicine and Public Issues*. 2019. Vol. 170. № 11. P. 784—790. DOI:10.7326/M18-1422
20. Frank E., Breyan J., Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate // *Archives of Family Medicine*. 2000. Vol. 9. № 3. P. 287—290. DOI:10.1001/archfam.9.3.287
21. Friberg T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden // *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2009. Vol. 33. P. 538—558. DOI:10.1007/s11013-009-9149-z
22. Healing the Professional Culture of Medicine / T.D. Shanafelt [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. 2019. Vol. 94. № 8. P. 1556—1566. DOI:10.1016/j.mayocp.2019.03.026
23. Hudson M.J., Moore G.P. Defenses to malpractice: What every emergency physician should know // *Journal of Emergency Medicine*. 2011. Vol. 41. № 6. P. 598—606. DOI:10.1016/j.jemermed.2010.07.001
24. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction / T.D. Shanafelt [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. 2015. Vol. 90. № 4. P. 432—440. DOI:10.1016/j.mayocp.2015.01.012
25. Kakiashvili T., Leszek J., Rutkowski K. The medical perspective on burnout // *International Journal of Occupyp Medicine Environment Health*. 2013. Vol. 26. № 3. P. 401—412. DOI:10.2478/s13382-013-0093-3
26. Level and appraisal of fatigue are not specific in burnout / A. Van Dam [et al.] // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2015. Vol. 22. № 2. P. 133—141. DOI:10.1002/cpp.1869
27. Longitudinal associations of burnout with heart rate variability in patients following acute coronary syndrome: A one-year follow-up study / M. Zhang [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. 2018. Vol. 53. P. 59—64. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2018.05.008
28. Maher E.L. Burnout and commitment: A theoretical alternative // *Personnel and Guidance Journal*. 1983. Vol. 61. № 7. P. 390—393. DOI:10.1111/j.2164-4918.1983.tb00051.x
29. Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. 112 p.
30. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry // *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15. № 2. P. 103—111. DOI:10.1002/wps.20311
31. Neuro-endocrine correlates of burnout / J. Verhaeghe [et al.] // *Tijdschr Psychiatri*. 2012. Vol. 54. № 6. P. 517—526.
32. Position Statement on Resident / A. Taher [et al.] // *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2018. Vol. 20. № 5. P. 671—684. DOI:10.1017/cem.2018.8
33. Rajan S., Engelbrecht A. A cross-sectional survey of burnout amongst doctors in a cohort of public sector emergency centres in Gauteng, South Africa // *African Journal of Emergency Medicine*. 2018. Vol. 8. № 3. P. 95—99. DOI:10.1016/j.afjem.2018.04.001
34. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction / T.D. Shanafelt [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. 2016. Vol. 91. № 7. P. 836—848. DOI:10.1016/j.mayocp.2016.05.007
35. Rongińska T. The prevention of the managers' professional burnout syndrome // *Management*. 2011. Vol. 15. № 1. P. 101—114.
36. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review [Электронный ресурс] / A. Friganović [et al.] // *Psychiatric Danub*. 2019. Vol. 6. № 1—2. P. 21—31. URL: [https://bib.irb.hr/datoteka/1039497.Friganovic\\_et\\_al\\_PD\\_2019.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/1039497.Friganovic_et_al_PD_2019.pdf) (дата обращения: 16.03.2020).



37. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines / World Health Organization. Geneva, 1992. 364 p.
38. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study / E.M. Langballe [et al.] // *Stress and Health*. 2011. Vol. 27. № 1. P. 73—87. DOI:10.1002/smi.1321
39. Verougstraete D., Hachimi Idrissi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review // *Acta Clinica Belgica*. 2020. Vol. 75. № 1. P. 57—79. DOI:10.1080/17843286.2019.1699690

## References

1. Govorin N.V., Bodagova E.A. *Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei* [Mental health and quality of life of doctors]. Tomsk, Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p. (In Russ.).
2. Leonova A.B. Stress i psikhicheskoe zdorov'e professionalov [Stress and mental health of professionals]. In Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. (eds.), *Rukovodstvo po psikhologii zdorov'ya* [Guide to the Psychology of Health]. Moscow: MGU, 2019, pp. 638—691. (In Russ.).
3. Aronsson G. et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 2017. Vol. 17, Article Number 738. 13 p. DOI:10.1186/s12889-017-4153-7
4. Strote J. et al. Academic emergency physicians' experiences with patient death. *Academic Emergency Medicine*, 2011. Vol. 18, no. 3, pp. 255—260. DOI:10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x
5. Eckleberry-Hunt J. et al. An exploratory study of resident burnout and wellness. *Academic Medicine*, 2009. Vol. 84, no. 2, pp. 269—277. DOI:10.1097/acm.0b013e3181938a45
6. Panagioti M. et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA International Medicine*, 2018. Vol. 178, no. 10, pp. 1317—1331. DOI:10.1001/jamainternmed.2018.3713
7. Krasner M.S. et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 2009. Vol. 302, no. 12, pp. 1284—1293. DOI:10.1001/jama.2009.1384
8. Wright A.A. et al. Beyond Burnout — Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians [Elektronnyi resurs]. *The New England Journal of Medicine*, 2018. Vol. 378, no. 4, pp. 309—311. <http://medicine.emory.edu/documents/burnout-NEJM-2018.pdf> (Accessed 16.03.2020).
9. Bianchi R., Schonfeld I. S., Laurent E. Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness? *Front public health*, 2015. Vol. 3, 3 p. DOI:10.3389/fpubh.2015.00158
10. Dyrbye L.N. et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this under recognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*, Washington, DC, 2017. 11 p.
11. Toker S. et al. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 2012. Vol. 74, no. 8, pp. 840—847. DOI:10.1097/psy.0b013e31826c3174
12. Shanafelt T.D. et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 2012. Vol. 172, no. 18, pp. 1377—1385. DOI:10.1001/archinternmed.2012.3199
13. Stehman C.R. et al. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2019. Vol. 20, no. 3, pp. 485—494. DOI:10.5811/westjem.2019.4.40970
14. Shanafelt T.D. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clinic Proceedings*, 2019. Vol. 94, no. 9, pp. 1681—1694. DOI:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
15. Magtibay D.L. et al. Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program. *The Journal of Nurse Administration*, 2017. Vol. 47, no. 7—8, pp. 391—395. DOI:10.1097/nna.0000000000000501 23
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
17. Huerta-Franco M.-R et al. Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World Journal Gastrointestinal Pathophysiology*, 2013. Vol. 4, no. 4, pp. 108—118. DOI:10.4291/wjgp.v4.i4.108
18. Erren T.C., Reiter R.J. Defining chronodisruption. *Journal of pineal research*, 2009. Vol. 46, no. 3, pp. 245—247. DOI:10.1111/j.1600-079X.2009.00665.x
19. Han S. et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Medicine and public issues*, 2019. Vol. 170, no. 11, pp. 784—790. DOI:10.7326/M18-1422
20. Frank E., Breyan J., Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Archives of Family Medicine*, 2000. Vol. 9, no. 3, pp. 287—290. DOI:10.1001/archfami.9.3.287



21. Friberg T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 2009. Vol. 33, pp. 538—558. DOI:10.1007/s11013-009-9149-z
22. Shanafelt T.D. et al. Healing the Professional Culture of Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 2019. Vol. 94, no. 8, pp. 1556—1566. DOI:10.1016/j.mayocp.2019.03.026
23. Hudson M.J., Moore G.P. Defenses to malpractice: What every emergency physician should know. *Journal of Emergency Medicine*, 2011. Vol. 41, no. 6, pp. 598—606. DOI:10.1016/j.jemermed.2010.07.001
24. Shanafelt T.D. et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 2015. Vol. 90, no. 4, pp. 432—440. DOI:10.1016/j.mayocp.2015.01.012
25. Kakiashvili T., Leszek J., Rutkowski K. The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupyp Medicine Environment Health*, 2013. Vol. 26, no. 3, pp. 401—412. DOI:10.2478/s13382-013-0093-3
26. Van Dam A. et al. Level and appraisal of fatigue are not specific in burnout. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2015. Vol. 22, no. 2, pp. 133—141. DOI:10.1002/cpp.1869
27. Zhang M. et al. Longitudinal associations of burnout with heart rate variability in patients following acute coronary syndrome: A one-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 2018. Vol. 53, pp. 59—64. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2018.05.008
28. Maher E.L. Burnout and commitment: A theoretical alternative. *Personnel and Guidance Journal*, 1983. Vol. 61, no. 7, pp. 390—393. DOI:10.1111/j.2164-4918.1983.tb00051.x
29. Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. 112 p.
30. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 2016. Vol. 15, no. 2, pp. 103—111. DOI:10.1002/wps.20311
31. Verhaeghe J. et al. Neuro-endocrine correlates of burnout. *Tijdschr Psychiatry*, 2012. Vol. 54, no. 6, pp. 517—526.
32. Taher A. et al. Position Statement on Resident. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2018. Vol. 20, no. 5, pp. 671—684. DOI:10.1017/cem.2018.8
33. Rajan S., Engelbrecht A. A cross-sectional survey of burnout amongst doctors in a cohort of public sector emergency centres in Gauteng, South Africa. *African Journal of Emergency Medicine*, 2018. Vol. 8, no. 3, pp. 95—99. DOI:10.1016/j.afjem.2018.04.001
34. Shanafelt T.D. et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 2016. Vol. 91, no. 7, pp. 836—848. DOI:10.1016/j.mayocp.2016.05.007
35. Rongińska T. The prevention of the managers' professional burnout syndrome. *Management*, 2011. Vol. 15, no. 1, pp. 101—114.
36. Friganović A. et al. Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review [Elektronnyi resurs]. *Psychiatric Danub*, 2019. Vol. 6, no. 1—2, pp. 21—31. URL: [https://bib.irb.hr/datoteka/1039497.Friganovic\\_et\\_al\\_PD\\_2019.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/1039497.Friganovic_et_al_PD_2019.pdf) (Accessed 16.03.2020).
37. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. 364 p.
38. Langballe E.M. et al. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study. *Stress and Health*, 2011. Vol. 27, no. 1, pp. 73—87. DOI:10.1002/smi.1321
39. Verougstraete D., Nachimi Idrissi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. *Acta Clinica Belgica*, 2020. Vol. 75, no. 1, pp. 57—79. DOI:10.1080/17843286.2019.1699690

### Информация об авторах

Матюшкина Елена Яковлевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); старший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: [dekanpsi@mail.ru](mailto:dekanpsi@mail.ru)

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

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

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

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

*Elena Ya. Matyushkina*, PhD in Psychology, associate professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, researcher of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: [dekanpsi@mail.ru](mailto:dekanpsi@mail.ru)

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

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

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

Получена 30.01.2020

Принята в печать 16.03.2020

Received 30.01.2020

Accepted 16.03.2020

## Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса

**Екимова В.И.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)*

**Лучникова Е.П.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: [elenaluchnikova@gmail.com](mailto:elenaluchnikova@gmail.com)*

В статье дан краткий обзор трансформаций концепции комплексной психологической травмы за тридцать лет, происшедших с момента предложения термина комплексного посттравматического стрессового расстройства (комплексного ПТСР) как клинического синдрома множественной психологической травматизации до его официального признания в качестве диагностического конструкта. Проанализирована динамика представлений о причинах и характере проявлений психологической травматизации под воздействием экстремальных стрессовых факторов, нашедшая отражение в действующих классификаторах психических и соматических расстройств. Проведен сравнительный анализ специфических характеристик различных видов психологических травм, пересекающихся с термином комплексного ПТСР в понятийном поле психологии травмы. Определены базовые характеристики комплексной психологической травмы, отличающие ее от близких к ней понятий, и намечены пути дальнейших исследований в этом направлении.

**Ключевые слова:** комплексная психологическая травма, экстремальный стресс, стрессовое психическое расстройство, комплексное ПТСР, травма развития, межличностная травма.

**Для цитаты:** Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 50—61. DOI:10.17759/jmfp.2020090105

## Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress

**Valentina I. Ekimova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)*

**Elena Luchnikova**

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: [elenaluchnikova@gmail.com](mailto:elenaluchnikova@gmail.com)*

The article presents a brief review of the concept of complex psychological trauma transformations over thirty years, which occurred since the moment when the term Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) was proposed as a clinical syndrome of multiple psychological traumatization to its official recognition as a diagnostic construct. The article analyzes the dynamics of ideas about the causes and the nature of psychological trauma manifestations under the influence of extreme stress factors, which is reflected in the current nomenclatures of mental and somatic disorders. A comparative analysis of the specific characteristics of various types of psychological traumas that intersect with the term complex PTSD in the conceptual field of trauma psychology is presented. The basic characteristics of complex psychological trauma that distinguish it from similar terms are defined, and the ways of further research in this direction are outlined.

**Keywords:** complex psychological trauma, extreme stress, stressful mental disorder, complex PTSD, developmental trauma, interpersonal trauma.

**For citation:** Ekimova V.I., Luchnikova E.P. Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 50—61. DOI:10.17759/jmfp.2020090105 (In Russ.).

CC BY-NC

Комплексную психологическую травму, также известную как Комплексное травматическое стрессовое расстройство — комплексное ПТСР (Complex Posttraumatic Stress Disorder — C-PTSD), принято относить к травматической модели стрессовых психических расстройств. Комплексное ПТСР может развиваться в ответ на длительный, повторяющийся опыт межличностной травмы, связанной с психологическим, сексуальным, физическим насилием и пренебрежением в детском возрасте, с хроническим насилием со стороны интимного партнера, постоянными издевательствами в воспитательных, образовательных и др. социальных учреждениях, на рабочем месте, у жертв похищений, жестокой эксплуатации, торговли людьми, у пострадавших от деструктивных религиозных культов и кульгоподобных организаций, заложников, военнопленных, узников концлагерей и проч. [2; 3; 4; 6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 21; 23; 25; 26; 28; 33; 35; 36; 31; 37].

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, являются одними из наиболее распространенных диагнозов в системе оказания помощи при психических расстройствах во всем мире. В то же время подходы к диагностике этих состояний, в силу неспецифичности клинических проявлений, трудностей их разграничения с нормальными реакциями на стресс, наличием социокультурных особенностей поведения и проч., были и остаются предметом серьезных споров у специалистов [1; 3; 4; 8; 11; 13; 14; 24; 28; 30; 33; 35; 36].

В клинических описаниях и диагностических руководствах стрессовые реакции и расстройства чаще всего определяются как патологические последствия воздействия травмирующих факторов внешней среды — стрессоров, или травматических событий [12; 23]. Для дифференциации этой группы психических нарушений в 1952 г. в принятую в США номенклатуру психических расстройств DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) был введен термин «грубая стрессовая реакция», возникающая в результате воздействия «тяжелых физических или экстремальных стрессовых травм: боевых действий или гражданских катастроф». Таким образом, «экстремальный стресс» определялся как ключевая характеристика внешних событий, приводящих к психологической травматизации. В последующей версии руководства (DSM II) для лиц, не страдающих психическим расстройством, был предложен термин «транзиторное ситуационное расстройство» с переменной степенью тяжести как «острая реакция на экстремальные события, с которыми человеку пришлось столкнуться» [12].

Примерно в то же самое время в восьмую редакцию Международного классификатора болезней, МКБ-8 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-8), основного клинико-диагностического стандарта, принятого в европейских странах, утвержденную Всемирной ассамблеей здравоохранения — ВОЗ (World Health Organization — WHO) в 1965 г., было внесено «преходящее ситуационное нару-

шение», которое включало, кроме «реакции на тяжелый стресс» и «боевой невроз», также расстройство адаптации [23].

В МКБ-9, утвержденной в 1975 г., были выделены уже два отдельных расстройства: острая реакция на стресс и реакция адаптации. Можно заметить, что и в американской, и в европейской классификациях стрессовое расстройство определялось как ситуативно обусловленное и «преходящее» [12; 23], в то время как патологическое состояние, развивающееся у человека, перенесшего экстремальное стрессовое воздействие, в ряде случаев не только не проходило со временем, но и могло усиливаться, распространяя свое негативное влияние на все сферы его жизнедеятельности.

Способность травматического переживания к длительному сохранению, хроническому или отсроченному проявлению и общему патогенному воздействию на психику нашла отражение в термине «посттравматическое стрессовое расстройство — ПТСР» (Posttraumatic Stress Disorder — PTSD), который в середине 1970-х специалисты настойчиво предлагали включить в диагностическое руководство по психическим расстройствам DSM-II [23]. Однако на тот момент проблема была недостаточно изучена: в основном рассматривались симптомы взрослых травмированных лиц мужского пола, участников боевых действий или жертв Холокоста.

Многочисленные исследования, проведенные в 1980-х, убедительно доказали, что посттравматическое расстройство является общим диагностическим конструктом, который применим для широко круга людей, пострадавших в результате природных, техногенных и социальных катастроф, жертв насилия, беженцев, детей, переживших жестокое обращение и т. д., перенесших экстремальный стресс [5; 11]. Термин ПТСР был включен в третью редакцию руководства (DSM III) и определен как «развитие специфических симптомов, являющихся результатом стрессового травматического события (стрессора), которое выходит за рамки обычного жизненного опыта человека», т. е. является для него экстремальным [23]. Основным смыслом понятия «экстремальный» — это «предельный», доведенный до крайности, приводящий к уничтожению, т. е. экстремальный стресс переживается человеком как неотвратимая угроза его существованию, перед которой он абсолютно бессилен. Неудивительно, что предельно интенсивные переживания экзистенциальной угрозы могут оставлять глубокий след в наименее осознаваемых и регулируемых инстинктивно-импульсивных структурах психики.

В 1994 г. симптоматика ПТСР была уточнена и представлена в очередной редакции американской номенклатуры психических расстройств — DSM IV, откуда в 1995 г. диагностический конструкт ПТСР и его критерии были перенесены в десятую редакцию Международного классификатора болезней [12]. В МКБ-10 в дополнение к острой реакции на стресс и расстройству адаптации впервые появились два новых



расстройства: «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которые относились к отсроченным последствиями воздействия экстремального стрессора [10; 15; 34].

Сегодня диагноз ПТСР может быть поставлен не только тем, кто пережил военные действия, теракты, природные катаклизмы или катастрофы, но и перенесшим сексуальное насилие, нападение преступников, ДТП (дорожно-транспортное происшествие), опасную для жизни болезнь или медицинскую процедуру, а также резкую критику или оскорбление в свой адрес, которые могут квалифицироваться как психологическое насилие. Признано также, что посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться, не только у участников, но и у свидетелей экстремальных травматических событий, связанных с реальной или потенциальной угрозой жизни либо тяжелыми последствиями для себя и других, если реакцией на происходящее были сильный страх и чувство беспомощности [12; 23]. Таким образом, в процессе исследования отсроченных и отдаленных последствий экстремального события фокус осмысления его травмирующего воздействия смещался с внешних, объективно угрожающих факторов на внутреннюю, бессознательную оценку субъектом степени опасности.

В среднем, симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР, наблюдаются у 8—12% подвергшихся воздействию травмирующих ситуаций и у 20—25% тех, кто имел крайне травматический опыт [5], редко превышая порог в 30% даже при тяжелой травме [8]. Наряду с широким спектром разнообразных симптомов психической травматизации (заторможенность реакций, провалы в памяти, проблемы с концентрацией внимания, эмоциональное «онемение», чувство вины и др.) были выделены три диагностических кластера посттравматического расстройства (diagnostic clusters): 1) симптомы вторжения (intrusion/re-experiencing) — это флешбэки (flesh-backs), ночные кошмары, интенсивные реакции на напоминающие о травме триггеры (triggers); 2) симптомы избегания (avoidance) внутренних и внешних стимулов, связанных с травмой; 3) симптомы «сверхбдительности» /вегетативной гипервозбудимости (hypervigilance/hyperarousal) — раздражительное, агрессивное и аутодеструктивное поведение, повышенный старт-рефлекс, тревога, нарушения сна и др. [5; 12; 14; 23; 36].

Однако следует заметить, что официальное признание ПТСР и определение его диагностических критериев значительно запаздывало по отношению к результатам научного поиска. Так, в 1992 г. была впервые опубликована книга американского психиатра Джудит Герман (J.L. Herman) «Травма и восстановление» («Trauma and Recovery») [20], вызвавшая исключительный научный и общественный резонанс. Автор опиралась на результаты собственных исследований насилия в семье и на обширную литературу о ветеранах и жертвах боевых действий, политического террора и др., чтобы провести параллель

между отдельными и массовыми проявлениями социального насилия. Дж. Герман тщательно документировала личные свидетельства жертв, используя литературные произведения, тюремные дневники, описывая и анализируя индивидуальный травматический опыт на фоне широкого спектра общественных и политических событий. Ее основной вывод состоял в том, что индивидуальная психологическая травма может быть понята (и излечена) только при учете ее социального и политического контекста. В последующем издании она объясняет невероятный отклик на свою публикацию ее воздействием на представления о проблемах, связанных с травматическими событиями и их жертвами, как в клиническом сообществе, так и в культуре в целом.

Термин «комплексное ПТСР» (комплексная травма) был предложен Дж. Герман именно в книге «Травма и восстановление» и в сопутствующих ей статьях автора [19; 20] и определен как клинический синдром, возникающий в результате множественных травматических событий, которые, как правило, происходят на ранних этапах жизненного пути в контексте близких межличностных отношений и носят повторяющийся, пролонгированный характер, например, жестокое обращение с детьми и безнадзорность.

Продолжая углубляться в проблему комплексной травматизации, в 1990-х Ван дер Кольк (Van der Kolk) с коллегами начали активно разрабатывать концепцию комплексного посттравматического расстройства [4; 13; 26; 35], которое они первоначально назвали «расстройством экстремального стресса, никак иначе не специфицируемым» (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified — DESNOS). По их мнению, DESNOS возникает в результате жестокого, продолжительного насилия, часто сексуального насилия в детстве, а также у жертв пыток или вследствие длительного проживания в зоне военных действий. Подобные травмы нередко активизируют примитивные защитные механизмы (расщепление и диссоциацию), что в дополнение к стандартным симптомам ПТСР, приводит к эмоциональным нарушениям, межличностным проблемам, а также к повышенному риску развития депрессивных и тревожных расстройств и соматизации симптомов [4; 26].

Позднее к комплексному ПТСР, как кластеру симптомов, выходящих за рамки классического ПТСР, стали относить экстремальные события, происходящие не только в детском возрасте, но и со взрослыми, и необязательно носящие пролонгированный характер, — одномоментные травмы, а также повторяющиеся серии однотипных травм, которые могут быть настолько тяжелыми и катастрофическими по своей природе, что приводят к серьезным психологическим последствиям, в частности к личностным расстройствам, даже после завершения основных стадий развития [1; 12; 14; 15; 25; 36]. Недавние исследования доказывают взаимосвязь комплексной ПТСР не только с детской травмой, но и с воздействием различных форм психической травмы зрелого возраста, преиму-

щественно межличностного характера, с интенсивностью/экстремальностью вызванного стресса, с тяжестью и длительностью травматического воздействия. Часть исследователей [3] связывают наличие комплексной травмы в зрелом возрасте со сложной симптоматикой ПТСР, в частности с диссоциацией. Так, подавляющее большинство людей, у которых диагностировано пограничное расстройство личности или диссоциативное расстройство идентичности, пережили в детстве комплексную травму [8; 28].

Комплексная травма, суммирующая совокупность предшествующих травматических событий в комплексное ПТСР, чаще всего описывается как повторяющееся ужасающее, угрожающее межличностное травматическое событие, такое как длительное бытовое насилие, сексуальное или физическое насилие в детстве, а также пытки, геноцид, рабство и т. д., которого жертва не может избежать из-за множества ограничений, будь то социальные, физические, психологические, экологические или другие [3; 8; 12; 14; 15]. Таким образом, базовыми характеристиками комплексной психологической травмы являются ее межличностный характер и исключительная, «предельная» субъективная травматичность.

Комплексное ПТСР включает в себя большинство основных симптомов ПТСР, в частности навязчивые воспоминания и повторное переживание травматического события, эмоциональное «онемение», избегание межличностных контактов и отстраненность от людей, острые эмоциональные реакции на события и внешние воздействия, напоминающие о травме, а также вегетативное гипервозбуждение. В то же время комплексная ПТСР охватывает более широкий по сравнению с ПТСР спектр симптомов, связанных с проблемами межличностных отношений, эмоциональной регуляции и самоотношения. В силу преимущественно межличностного характера и экстремальности воздействия комплексная травма вызывает аффективную дисрегуляцию [2; 15; 25], серьезные трудности в формировании и поддержании значимых отношений наряду с глубоко укоренившимися чувствами стыда, вины или неудачи, а также стойкие убеждения в собственной ничтожности и бесполезности [7; 15; 34].

В многочисленных современных зарубежных исследованиях понятие комплексной травмы пересекается с понятиями межличностной, межпоколенной/трансгенерационной, кумулятивной травмы, травмы отношений, предательства, привязанности и травмы развития [4; 6; 7; 10; 17; 18; 21; 24; 22; 27; 29; 30; 32; 33; 35; 31]. В настоящее время различные термины для обозначения психологической травмы используются в разных контекстах, что может приводить к отсутствию ясности при их практическом использовании и к путанице в доказательной базе. Существует очевидный риск, что понятийное поле психологии травмы будет проблематично дифференцировать, если различия между многочисленными терминами не будут четко определены [24].

Различия между терминами, определяющими виды травмы, отражают различные цели и намерения, для которых первоначально разрабатывался каждый термин, однако могут быть также связаны с концептуально-теоретическими основами исследований. Психодинамические дескрипторы травмы, такие как травма отношений, травма привязанности и травма предательства, определяют опыт отношений с двуправленным воздействием, как взаимные сознательные и подсознательные переживания [7; 17; 29; 32]. Так, травматические отношения привязанности могут оказывать негативное влияние на формирование базового чувства доверия и безопасности и формирование личности [32].

Как правило, привязанность между ребенком и воспитателем является главным источником безопасности и стабильности в жизни ребенка, а отсутствие безопасной привязанности, как правило, приводит к трудностям в развитии базовых способностей к саморегуляции и стойким проблемам в межличностных отношениях [9]. Понимание травмы привязанности основано на теории привязанности и оценке влияния ранних, в течение первых двух лет жизни ребенка, близких отношений на формирование самости и чувства безопасности, для чего необходима тесная эмоциональная связь при высокой степени зависимости между ребенком и основным воспитателем [32].

Если отношения ребенка и воспитателя становятся источником травмы, чувство привязанности серьезно нарушается. Когда ухаживающий за ребенком взрослый слишком занят, отстранен, непредсказуем, эмоционально недоступен или подавлен, чтобы обеспечить надежные отношения, дети легко впадают в депрессию и не могут научиться сотрудничать с другими, так как их собственные внутренние ресурсы недостаточны. Это создает почву для многих проблем. Из первичных незащищенных паттернов наиболее проблематичным для социальной адаптации детей является дезорганизованная привязанность [32]. У детей младшего возраста дезорганизованные паттерны привязанности состоят из неустойчивого поведения по отношению к воспитателям: попеременно «цепляющегося», пренебрегающего и агрессивного. У детей старшего возраста, подростков и взрослых дезорганизованная привязанность проявляется в ригидном, экстремальном или диссоциированном поведении, направленном на выживание. Причиной травмы привязанности, кроме травмирующих взаимоотношений в диаде ребенок—взрослый, могут стать также усыновление, смерть родителей или сепарация с ними в раннем детстве [24; 33; 31].

Травма предательства была впервые определена З. Фрейдом как переживание глубокого обмана, предательства со стороны близких, а также со стороны другого человека, которому доверяли и от которого зависели [24; 29]. Детская травма предательства часто наблюдается в ситуации внутрисемейного сексуального насилия и впоследствии негативно влияет, как на

развитие отношений привязанности и любви, так и на процесс индивидуации [10; 24; 29].

Еще один вид травмы отношений — межпоколенная или трансгенерационная травма, это процесс, посредством которого элементы родительского травматического опыта передаются детям следующего поколения [21; 22; 33]. Первоначально она определялась как травматическое событие, которое закончилось, но продолжает влиять на последующие поколения. Однако позднее было замечено наличие в межпоколенной травме не только завершенного, но и актуального травматического переживания, захватившего более чем одно поколение, а также достигнуто понимание сложности причинно-следственных связей, механизмов и последствий травм, оказывающих влияние на всех членов семьи [24].

Травма поколений характеризуется размытыми границами между самоидентификацией личности и другими, когда репрезентация травмы, пережитой значимым другим, включается в собственную индивидуальную структуру [22]. Межпоколенная травма менее обособлена и динамична, чем другие виды травмы отношений; она скорее сама является предпосылкой для развития травматической привязанности и нарушения формирования самости и идентичности [21; 24; 32].

Все вышеперечисленные виды психологической травмы подпадают под более общую категорию межличностной травмы, которая охватывает как сам акт, так и последствия травматического события, пережитого вследствие угрожающих, неконтролируемых и неожиданных действий других людей, часто знакомого и доверенного человека, например, родственника. Эти травматические события зачастую происходят в семье и включают жестокое обращение, межличностное насилие: физическое и эмоциональное, агрессивное нападение, пренебрежение физическими и/или психологическими потребностями и др. [2; 6; 7; 9; 16; 18; 19; 24; 25; 27; 33; 31].

Травматические последствия любого из видов межличностной травмы в семейных взаимоотношениях разнообразны, однако когда воздействие происходит или начинается в детском возрасте, его последствия могут быть особенно глубокими и длиться всю жизнь. Они захватывают все уровни жизнедеятельности человека: нейробиологические изменения в головном мозге, сопутствующие заболевания, риски развития патологии, подверженность другим травмам, межличностные и внутренние конфликты, а также устойчивые паттерны представлений о себе и о других. Ван дер Колк и его коллеги (Van der Kolk et al.) установили, что травма имеет наибольшее влияние на личность, если она происходит в детстве или в подростковом возрасте, и менее разрушительна во взрослой жизни. 50% участников их комплексного исследования с выраженной симптоматикой психологической травмы испытали травматический стресс в возрасте до 11 лет [13; 35]. Кроме того, по сравнению с безличными экстремальными стрессорами, такими как стихийные бедствия или дорожно-транспортные происшествия, межлич-

ностная травма в детстве имеет более пагубные и тяжелые последствия из-за ее личностного и преднамеренного характера [7].

Общим негативным результатом детской межличностной травмы является нарушение у ребенка способности к эмоциональной саморегуляции, что на поведенческом уровне можно распознать как стратегию сдерживания отрицательных эмоций посредством избегающего или дисфункционального поведения. Подобные поведенческие паттерны имеют своей целью снижение уровня эмоционального напряжения, при этом наиболее распространенные из них — самоповреждающее и рискованное поведение, обжорство/голодание, компульсивно-импульсивные действия, а также агрессивное и сексуальное поведение [24].

Эмпирические исследования убедительно свидетельствуют о том, что взрослые, пережившие детскую межличностную травму, как правило, демонстрируют нарушение регуляции аффекта, что проявляется в эмоциональной нестабильности, склонности к чрезмерным реакциям на негативные или стрессовые события, в проблемах с контролем внешнего выражения сильных эмоций и, как уже отмечалось, в использовании дисфункциональных поведенческих моделей снижения эмоционального напряжения [10; 15; 34]. Так, подавляющее большинство женщин и мужчин с нервной анорексией, нервной булимией и расстройством пищевого поведения в анамнезе сообщали о детской межличностной травме [7].

В контексте ранней межличностной травмы у переживших ее людей могут развиваться негативные убеждения, когнитивные установки и поведенческие модели, отрицательно влияющие на формирование и поддержание устойчивых межличностных отношений на протяжении всей жизни. Перенесшие детскую межличностную травму склонны к заниженной самооценке и переоценке степени опасности, особенно при хронической форме травмы, в результате чего у них формируется убеждение, что человек не в состоянии как-либо повлиять на будущие потенциально негативные события [7; 10; 34].

Эмпирические исследования свидетельствуют о том, что дети, перенесшие межличностную травму, зачастую имеют искаженные представления о себе и окружающем мире, а это может стать основой для генерализованного чувства стыда и вины, низкой самооценки и формирования внешнего локуса контроля [7; 20; 33]. Самобичевание, стыд и чувство вины являются обычными последствиями детской межличностной травмы и могут привести к тому, что жертва будет считать себя ответственной за виктимизацию и даже думать, что она сама «просила об этом» или «заслужила это» [7].

Результаты эпидемиологических исследований, охватывающих значительную часть взрослого населения США и Канады указывают на то, что наличие психотравмирующих событий в детстве, как правило, приводит к множественным соматическим проблемам,



включая болезни пищеварительной и сердечно-сосудистой системы, диабет, заболевания костной системы и даже рак. Те, кто испытал три и более травмирующих события в детстве, в два раза чаще подвержены развитию вышеперечисленных заболеваний, чем их сверстники, не пережившие травмирующих событий. Кроме того, у них отмечаются более высокие показатели распространенности психических расстройств, включая депрессию, тревогу, психосоматические нарушения, диссоциацию и симптоматику ПТСР [7; 10; 20; 34].

В конечном итоге, множественные психологические и соматические проблемы могут принимать хронический характер и приводить к снижению уровня межличностного и профессионального функционирования, социальной дезадаптации и к повышению суицидального риска. Развитие суицидальных мыслей и поведения является одним из наиболее тревожных последствий детской межличностной травмы. Существует мнение, что психологическое, физическое и сексуальное насилие в детстве связано в последующей жизни с суицидальными идеями, угрозами или попытками [3; 7; 10; 20; 24; 25].

Результаты эмпирических исследований в большинстве своем свидетельствуют о переживании детьми множественных видов межличностной травмы, приводящих к поливиктимизации или к кумулятивной травме [6; 7; 10; 13; 17; 18; 21; 24; 27; 34; 31]. Некоторые исследователи также называют это явление комплексной детской травмой, поскольку оно включает в себя воздействие многочисленных, часто продолжительных неблагоприятных для развития ребенка травматических событий, которые происходят в раннем возрасте [9; 16; 19; 26; 28]. В отличие от других видов, кумулятивная травма имеет признаки множества сопутствующих друг другу симптомов, испытываемых одновременно, и включает в себя основную травму, травму-триггер и периферическую травму, что добавляет сложности данному синдрому и его оценке [6; 10; 18; 24; 27; 31]. Отмечают кумулятивный эффект воздействия травмы в детстве по отношению к риску возникновения различных социальных, психологических и физических проблем со здоровьем, возрастающих по мере увеличения числа типов виктимизации [6; 7; 10].

Большинство экстремальных травматических событий с детьми и подростками происходит в их непосредственном социальном окружении. Семьи с безнадзорными или регулярно подвергающимися насилию детьми часто имеют целый ряд дополнительных факторов риска, таких как психические расстройства у родителей, бедность, стесненные условия жизни или социальная изоляция [33]. Дети и семьи, оставшиеся без крова, с высокой степенью вероятности испытывают на себе воздействие целого спектра экстремальных стресс-факторов, включая голод, дисфункциональные отношения в семье, слабую социальную поддержку, недостаток экономических ресурсов; они либо подвержены домашнему насилию, либо соседствуют с ним, а также, вероятно, взаимодействуют с агрессивными

или имеющими психологические проблемы/ психические расстройства родителями [17; 18; 19; 20].

Подобные ситуации и условия развития ребенка неизбежно создают феномен комплексной травмы или поливиктимизации. Данный термин используется для описания множественных форм насилия, пренебрежения, издевательств и других виктимизирующих межличностных взаимодействий. Дети, перенесшие комплексную травматизацию, подвержены риску дополнительного травматического воздействия и в течение всей жизни испытывают различные проблемы, включая психические и аддиктивные расстройства, хронические соматические заболевания, а также социальные, профессиональные и семейные трудности [2; 3; 7; 10; 15; 18; 19; 20; 25]. Их симптоматика часто отвечает диагностическим критериям депрессии, синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ), расстройства поведения, тревожных расстройств, нарушений пищевого поведения, сна, реактивных расстройств и др. [8; 28]. Однако каждый из этих диагнозов отражает лишь ограниченный аспект сложных эмоциональных, регуляторных и поведенческих проблем травмированного ребенка. Более полное представление о воздействии комплексной травмы можно получить, только изучив ее влияние на его индивидуальное развитие [13; 15; 16; 33; 35].

В то время как «межличностная травма» является широким описательным термином, часто используемым в неакадемической литературе, понятия «комплексная травма» и «травма развития» были предложены психиатрами как диагностические дескрипторы, на основе результатов исследований последствий тяжелой пролонгированной межличностной травматизации с сопутствующими расстройствами, с целью повышения эффективности их диагностики и лечения [4; 13; 15; 16; 19; 26; 30; 35].

При дифференциации травматического опыта травма развития характеризуется нарушением стабильности и непрерывности, необходимых для нормального развития, в том числе нейробиологического, в частности для формирования способности интегрировать чувственную, эмоциональную и когнитивную информацию в единое целое [13; 35]. В то время как комплексную травму отличают, прежде всего, нарушения саморегуляции, особенно в том, что касается реакции на сильные эмоции, их проявление и контроль [15; 16].

Травма развития провоцируется серьезными травматическими актами в отношениях с основным воспитателем, которые особенно негативно влияют на развитие ребенка [13; 35]. Комплексная травма предполагает повторяющееся и хроническое воздействие экстремальных межличностных факторов, что вызывает интенсивный негативный аффект, включая сильный страх и чувство бессилия, и препятствует развитию соответствующих возрасту гибких стратегий совладания [15; 16; 25].

Комплексное травматическое расстройство, непосредственно связанное с переживанием экстремально-



го стресса, впервые было представлено для включения DSM-IV как DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) [26], но было отклонено членами Комитета по диагностике и статистике психических расстройств США из-за отсутствия достаточного количества исследований его диагностической валидности. После этого концепция была пересмотрена, сориентирована на детей и подростков и получила название «расстройство травмы развития» (Developmental Trauma Disorder — DTD). Сторонники DTD обратились к разработчикам DSM-V с просьбой признать травму развития новым расстройством, но снова получили отказ из-за «недостаточного количества доказательных исследований».

Несмотря на настойчивое противодействие признанию комплексной травмы самостоятельным диагностическим конструктом, в DSM-V стрессовые расстройства были выведены из категории тревожных расстройств и выделены в самостоятельную категорию — «Расстройства, вызванные воздействием травмы и стрессора». Кроме того, симптоматика ПТСР была пересмотрена с добавлением нового кластера симптомов «D», включающего изменение настроения и когнитивных функций в результате травматического опыта. Был также выделен диссоциативный подтип ПТСР, который клинически напоминает кластер симптомов, характерных для комплексного ПТСР [8]. Особенно важно то, что в DSM-V была дополнительно введена модифицированная возрастная подкатегория ПТСР — «Посттравматическое стрессовое расстройство у детей в возрасте шести лет и моложе», диагностические критерии которого существенно отличались по ряду параметров от критериев ПТСР для детей старше шести лет [12].

Всесторонний анализ эмпирических исследований, проведенный с целью оценки проявлений и последствий комплексной травмы, позволил сторонникам данного подхода выделить семь основных областей нарушений, наблюдаемых у детей, подвергшихся экстремальному травматическому воздействию:

- 1) регуляция аффектов и импульсов;
- 2) нарушения внимания и мышления;
- 3) изменение самовосприятия;
- 4) специфическое восприятие агрессора;
- 5) нарушения во взаимоотношениях с окружающими;
- 6) соматическая симптоматика;
- 7) трансформация смысловых структур [13].

Клинические исследования показали, что комплексное травматическое расстройство имеет прямую взаимосвязь с пережитыми травмами, носящими множественный или повторяющийся характер и связанными с межличностным взаимодействием. При комплексной травматизации ключевым нарушением становится аффективная дисрегуляция — сложности с управлением эмоциональным состоянием [2; 3]. Такие пациенты склонны реагировать на малейший стресс, легко выходят из себя, излишне импульсивно реагируют на нейтральные стимулы, им сложно успокоиться, и они могут прибегать к крайним мерам в попытках справиться со

своими эмоциями, таким как самоповреждение, прием наркотиков, заедание, компенсирующая сексуальная активность. Как правило, они испытывают сложности с проявлением гнева или его контролем и могут быть склонны к импульсивным поступкам, подвергающим жизнь опасности [13; 15; 25; 26].

Многие пострадавшие привыкают справляться с тяжелыми травматическими переживаниями посредством диссоциации, отделяя этот опыт от своего повседневного функционирования. Как отмечает ван дер Колк и его коллеги (Van der Kolk et al.), эти «отделенные» аспекты травматического опыта носят, как правило, перцептивный или сенсорный характер и могут восприниматься как необъяснимые физические ощущения, которые невозможно передать словами и описать. К тому же пациенты, перенесшие хроническую травму, приобретают навык диссоциировать ощущения тела от происходящих событий, поскольку при травме их тело становится связанным с опасностью и тяжелыми переживаниями [13; 36].

Комплексная психологическая травматизация также приводит к использованию примитивных защитных механизмов (расщепление и диссоциация), что вызывает дополнительные эмоциональные и межличностные проблемы, снижение жизнестойкости, повышает риск депрессивных, тревожных и психосоматических расстройств. Связанные с травмой симптомы часто выходят за рамки собственно стрессового расстройства в виде множественной дополнительной симптоматики, включая депрессию, диссоциацию, злоупотребление психоактивными веществами, самоповреждающее и саморазрушающее поведение, соматические симптомы и высокую коморбидность с другими психологическими расстройствами [6; 7; 8; 10; 18; 26; 28; 36; 37]. Такая расширенная симптоматика мешает дифференциации комплексной травмы от аффективных расстройств и от ПТСР, которое в случае хронического течения также может приводить к подобным последствиям [8].

Гендерные исследования последствий комплексной психологической травмы показали, что мужчины чаще всего травмируются в результате несчастных случаев, военных действий, нападений и стихийных бедствий. В то время как, злоупотребление и насилие в детском возрасте является наиболее частой причиной психологической травматизации женщин. От 17 до 33% женщин в генеральной популяции сообщают об истории сексуального и физического насилия, а в психиатрических учреждениях показатели варьируются от 35 до 50%. Женщины с гораздо большей вероятностью будут травмированы в контексте интимных отношений, чем мужчины; 63% из почти 4 миллионов зарегистрированных нападений на мужчин совершают незнакомцы, в то время как 62% из почти 3 миллионов нападений на женщин в США совершают люди, которых они знают [13].

Исследования, проведенные на детской популяции, показали, что мальчики чаще девочек подвергаются физическому насилию в семье, в то время как девочки чаще подвергаются сексуальному насилию, а

также насилию со стороны воспитателя. Гендерные различия прослеживаются в нескольких областях симптомов: у девочек наблюдались более высокие уровни депрессии, диссоциации, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), гипервозбуждения и общих симптомов комплексного ПТСР. Таким образом, после комплексной травмы дети женского пола могут подвергаться более высокому риску возникновения расстройств, непосредственно обусловленных экстремальным стрессом [37].

Результатом многочисленных исследований комплексной психологической травмы и ее последствий, их активного обсуждения научным сообществом и длительных дискуссий в среде специалистов [1; 8; 14; 15; 25; 26; 28; 36; 31] стало включение Комплексного посттравматического стрессового расстройства (C-PTSD) в одиннадцатый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем — МКБ-11 (ICD-11), который был принят Всемирной организацией здравоохранения — ВОЗ (WHO) в мае 2019 г. и должен вступить в действие 1 января 2022 г. [23].

Принципиально важным в новой редакции МКБ является выделение раздела «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (disorders specifically associated with stress), в который помещены стрессовые расстройства. Кроме того, в МКБ-11:

- представлена более узкая концепция ПТСР;
- введен новый диагностический конструкт «комплексное ПТСР» (complex PTSD);
- введен новый диагноз «длительное расстройство горя» (prolonged grief disorder);
- конкретизированы симптомы «расстройства адаптации» (adaptation disorder);
- пересмотрена концепция «острой реакции на стресс» (acute stress reaction).

Комплексное ПТСР (C-PTSD) заменила в МКБ-11 перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 «Стойкое изменение личности после переживания катастроф» и была определена как расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного и/или длительного стресса, от воздействия которого трудно или невозможно избавиться. Расстройство характеризуется основными (стержневыми) симптомами ПТСР, а также развитием устойчивых «нарушений самоорганизации» (disturbances in self-organization — DSO), включая:

- трудности в регуляции эмоций (affect dysregulation);
- негативную Я-концепцию (negative self-concept), ощущение себя как униженного, ничего не стоящего человека;
- нарушения взаимоотношений (disturbances in relationships) [23].

Хотя «стойкие изменения личности» не включены в диагностические критерии комплексного ПТСР, предполагается, что устойчивые, персеверирующие «нарушения самоорганизации», особенно у пациентов, перенесших комплексную травму в раннем возрасте, неизбежно приводят к изменениям личности.

Официальное признание комплексной психологической травмы в качестве самостоятельной диагностической категории потребовало около тридцати лет многочисленных исследований, неоднократного анализа и концептуализации их результатов, повторяющихся попыток сторонников данного подхода отстаивать свои позиции в разнообразных дискуссиях и спорах, которые и сегодня не затихают, так как далеко не все принципиальные противоречия устранены. Концепция комплексного ПТСР позволила значительно расширить круг потенциально травматических событий далеко за рамки воздействий «опасных для жизни» за счет включения таких стресс-факторов, как пренебрежение потребностями, нарушения привязанности, психологическое насилие и др. [6; 9; 10; 13; 16; 17; 19; 24; 25; 33; 34; 35; 31]. Психологическая травма стала все чаще рассматриваться не как результат завершенного травматического воздействия — объективного внешнего процесса, а как процесс — развивающийся, внутренний, исключительно субъективный.

Комплексная психологическая травматизация представляет собой, как правило, типичную картину последовательных расстройств, т. е. регуляторное расстройство в младенчестве, расстройства привязанности в дошкольном возрасте, гиперкинетические нарушения поведения или комбинированные поведенческие и эмоциональные расстройства в младшем школьном возрасте. В подростковом возрасте и позднее обычным явлением становятся расстройства личности, которые нередко сопровождаются злоупотреблением психоактивными веществами, самоповреждающим и рискованным поведением, соматическими заболеваниями, а также аффективными расстройствами [2; 3; 7; 18; 28; 34]. Можно со значительной долей уверенности предположить, что в основе столь многообразной симптоматики находятся одни и те же базовые нарушения аффективных и регуляторных функций — «стигмы» комплексной психологической травмы.

Однако, чтобы лучше понимать интрапсихические механизмы травматизации и, что особенно важно, находить эффективные пути «детравматизации» в каждом индивидуально взятом случае, необходима организация поли- и междисциплинарных «комплексных» исследований феномена «комплексной психологической травмы». Проблемы, связанные с проведением подобных исследований, заключаются во множестве физиологических, нейропсихологических, внутриличностных, средовых и межличностных, а также микро- и макро-средовых переменных, которые должны быть изучены и интегрированы для объективной оценки влияния на психику экстремальных стрессовых факторов на разных этапах и в разных контекстах психического и личностного развития. Решение таких задач потребует не только объединения усилий различных специалистов, сложных экспериментальных дизайнов, объемных баз данных и системных исследований, но и концептуальных интегративных моделей полифакторной детерминации комплексной психологической травматизации.

## Литература

1. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD / C.R. Brewin [et al.] // *Clinical Psychological Review*. 2017. Vol. 58. P. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09.001
2. Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder / C. Berto [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 73. P. 42—50. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.09.020
3. Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood / A. van Dijke [et al.] // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16. № 4. P. 428—441. DOI:10.1080/15299732.2015.1016253
4. *Bremness A., Polzin W. Commentary: Developmental trauma disorder: a missed opportunity in DSM-V* [Электронный ресурс] // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 23. № 2. P. 142—145. URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap\\_23\\_p0142.pdf?tool=EBI](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap_23_p0142.pdf?tool=EBI) (дата обращения: 17.03.2020).
5. *Breslau N., Kessler R.C.* The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder an empirical investigation // *Biological Psychiatry*. 2001. Vol. 50. № 9. P. 699—704. DOI:10.1016/s0006-3223(01)01167-2
6. Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study / B. Lueger-Schuster [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2018. Vol. 76. P. 488—501. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.12.009
7. Childhood Interpersonal Trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae / C. Dugal [et al.] // *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice* / Eds. G. El-Baalbaki, C. Fortin. Rijeka: INTOCH, 2016. 244 p. DOI:10.5772/64476
8. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? / E. Giourou [et al.] // *World Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 8. № 1. P. 12—19. DOI:10.5498/wjp.v8.i1.12
9. Core conflict relationship patterns in complex trauma: A single-case study / K. van Nieuwenhove [et al.] // *Psychodynamic Practice*. 2018. Vol. 24. № 3. P. 245—260. DOI:10.1080/14753634.2018.1498801
10. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse / I.M. Steine [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 65. P. 99—111. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.01.008
11. *Damir D., Toader E.* Posttraumatic Stress Syndrome — Ethical and Biopsychosocial Implications // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 149. P. 276—279. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.08.229
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* / American Psychiatric Association. Washington DC; London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
13. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B.A. van der Kolk [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. 2005. Vol. 18. № 5. P. 389—399. DOI:10.1002/jts.20047
14. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ) / T. Karatzias [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 207. P. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
15. *Ford J.D.* Complex trauma and complex posttraumatic stress disorder // *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* / Ed. S.N. Gold. Washington, DC: American Psychological Association, 2017. P. 281—305. DOI:10.1037/0000019-015
16. *Ford J.D.* Complex Trauma and Development Trauma Disorder in Adolescence // *Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 7. № 4. P. 220—235. DOI:10.2174/2210676608666180112160419
17. *Gerwitz A., Forgatch M., Wieling E.* Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008. Vol. 34. № 2. P. 177—192. DOI:10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x
18. *Hebert M., Langevin R., Oussaid E.* Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 225. P. 306—312. DOI:10.1016/j.jad.2017.08.044
19. *Herman J.L.* Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5. № 3. P. 377—391. DOI:10.1007/BF00977235
20. *Herman J.L.* Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1997. 290 p.
21. Hidden burdens: a review of intergenerational, historical and complex trauma, implications for indigenous families / L. O'Neill [et al.] // *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2018. Vol. 11. № 2. P. 173—186. DOI:10.1007/s40653-016-0117-9
22. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning / N. Berthelot [et al.] // *Infant Mental Health Journal*. 2015. Vol. 36. № 2. P. 200—212. DOI:10.1002/imhj.21499
23. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* [Электронный ресурс] / World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2004. 1200 p. URL: <https://books.google.ru/books?id=Tw5eAtsatiUC&pg=PA1&ots=03f-j-oGjN&lr&hl=ru&pg=PA1#v=onepage&q&f=false> (дата обращения: 01.02.20).



24. *Isobel S., Goodyear M., Foster K.* Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis // *Trauma, Violence and Abuse*. 2017. Vol. 20. № 4. P. 549—559. DOI:10.1177/1524838017726424
25. *Kinsler Ph.J.* Complex psychological trauma: the centrality of relationship. London; New York: Routledge, 2017. 200 p.
26. *Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.* Complex Trauma Disorders of Extreme Stress (DESNOS), Part One: Assessment [Электронный ресурс] // *Directions in Psychiatry*. 2001. Vol. 21. № 25. P. 372—392. URL: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/CPTSD-1-Joseph-Spinazzola.pdf> (дата обращения: 01.02.20).
27. *McLaughlin K.A., Sheridan M.A.* Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity // *Current Directions in Psychological Science*. 2016. Vol. 25. № 4. P. 239—245. DOI:10.1177/0963721416655883
28. *Mosquera D., Steele K.* Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: working with integration failures // *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2017. Vol. 1. № 1. P. 63—71. DOI:10.1016/j.ejtd.2017.01.010
29. *Platt M.G., Freyd J.J.* Betray my trust, shame on me: Shame, dissociation, fear, and betrayal trauma // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015. Vol. 7. № 4. P. 398—404. DOI:10.1037/tra0000022
30. *Schmid M., Peterman F., Fegert J.M.* Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems [Электронный ресурс] // *BMS Psychiatry*. 2013. Vol. 13. № 3. 12 p. URL: <https://bmepsychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-3> (дата обращения: 01.02.20).
31. *Spinazzola J., van der Kolk B., Ford J.D.* When nowhere is safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 2018. Vol. 31. № 5. P. 631—642. DOI:10.1002/jts.22320
32. *Tassie A.K.* Vicarious resilience from attachment trauma: Reflections of long-term therapy with marginalized young people // *Journal of Social Work Practice*. 2015. Vol. 29. № 2. P. 191—204. DOI:10.1080/02650533.2014.933406
33. Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis / W. D'Andrea [et al.] // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012. Vol. 82. № 2. P. 187—200. DOI:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
34. Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes / J. Spinazzola [et al.] // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2014. Vol. 6. № S1. P. 18—28. DOI:10.1037/a0037766
35. *Van der Kolk B. A.* Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories // *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35. № 5. P. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06
36. Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms / P. Hyland [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric*. 2017. Vol. 52. P. 727—36. DOI:10.1007/s00127-017-1350-8
37. *Wamser-Nanney R., Cherry K.E.* Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: evidence of gender difference // *Child Abuse & Neglect*. 2018. Vol. 77. P. 188—197. DOI:10.1016/j.chiabu.2018.01.009

## References

1. Brewin C.R. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychological Review*, 2017. Vol. 58, pp. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09.001
2. Berto C. et al. Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Child Abuse & Neglect*, 2017. Vol. 73, pp. 42—50. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.09.020
3. van Dijke A. et al. Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16, no. 4, pp. 428—441. DOI:10.1080/15299732.2015.1016253
4. Bremness A., Polzin W. Commentary: Developmental trauma disorder: a missed opportunity in DSM-V [Elektronnyi resurs]. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2014. Vol. 23, no. 2, pp. 142—145. URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap\\_23\\_p0142.pdf/?tool=EBI](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap_23_p0142.pdf/?tool=EBI) (Accessed 17.03.2020).
5. Breslau N., Kessler R.C. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 2001. Vol. 50, no. 9, pp. 699—704. DOI:10.1016/s0006-3223(01)01167-2
6. Lueger-Schuster B. et al. Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 2018. Vol. 76, pp. 488—501. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.12.009
7. Dugal C. et al. Childhood Interpersonal Trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. In El-Baalbaki G., Fortin C. (eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice*. Rijeka: INTOCH, 2016. 244 p. DOI:10.5772/64476
8. Giourou E. et al. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World journal of psychiatry*, 2018. Vol. 8, no. 1, pp. 12—19. DOI:10.5498/wjp.v8.i1.12
9. van Nieuwenhove K. et al. Core conflict relationship patterns in complex trauma: A single-case study. *Psychodynamic Practice*, 2018. Vol. 24, no. 3, pp. 245—260. DOI:10.1080/14753634.2018.1498801



10. Steine I.M. et al. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 2017. Vol. 65, pp. 99—111. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.01.008
11. Damir D., Toader E. Posttraumatic Stress Syndrome — Ethical and Biopsychosocial Implications. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 2014. Vol. 149, pp. 276—279. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.08.229
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington DC; London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
13. Van der Kolk B.A. et al. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2005. Vol. 18, no. 5, pp. 389—399. DOI:10.1002/jts.20047
14. Karatzias T. et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 207, pp. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
15. Ford J.D. Complex trauma and complex posttraumatic stress disorder. In Gold S.N. (ed.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge*. Washington, DC: American Psychological Association, 2017, pp. 281—305. DOI:10.1037/0000019-015
16. Ford J.D. Complex Trauma and Development Trauma Disorder in Adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 2017. Vol. 7, no. 4, pp. 220—235. DOI:10.2174/2210676608666180112160419
17. Gerwitz A., Forgatch M., Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2008. Vol. 34, no. 2, pp. 177—192. DOI:10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x
18. Hebert M., Langevin R., Oussaid E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 225, pp. 306—312. DOI:10.1016/j.jad.2017.08.044
19. Herman J.L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992. Vol. 5, no. 3, pp. 377—391. DOI:10.1007/BF00977235
20. Herman J.L. Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1997. 290 p.
21. O'Neill L. et al. Hidden burdens: a review of intergenerational, historical and complex trauma, implications for indigenous families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2018. Vol. 11, no. 2, pp. 173—186. DOI:10.1007/s40653-016-0117-9
22. Berthelot N. et al. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 2015. Vol. 36, no. 2, pp. 200—212. DOI:10.1002/imhj.21499
23. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) [Elektronnyi resurs]. Geneva: World Health Organization, 2004. 1200 p. URL: <https://books.google.ru/books?id=Tw5eAtsatiUC&pg=PA1&ots=o3f-j-oGjN&lr&hl=ru&pg=PA1#v=onepage&q&f=false> (Accessed 01.02.20).
24. Isobel S., Goodyear M., Foster K. Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis. *Trauma, Violence and Abuse*, 2017. Vol. 20, no. 4, pp. 549—559. DOI:10.1177/1524838017726424
25. Kinsler Ph.J. Complex psychological trauma: the centrality of relationship. London; New York: Routledge, 2017. 200 p.
26. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B. Complex Trauma Disorders of Extreme Stress (DESNOS), Part One: Assessment [Elektronnyi resurs]. *Directions in Psychiatry*, 2001. Vol. 21, no. 25, pp. 372—392. URL: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/CPTSD-1-Joseph-Spinazzola.pdf> (Accessed 01.02.20).
27. McLaughlin K.A., Sheridan M.A. Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, 2016. Vol. 25, no. 4, pp. 239—245. DOI:10.1177/0963721416655883
28. Mosquera D., Steele K. Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: working with integration failures. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2017. Vol. 1, no. 1, pp. 63—71. DOI:10.1016/j.ejtd.2017.01.010
29. Platt M.G., Freyd J.J. Betray my trust, shame on me: Shame, dissociation, fear, and betrayal trauma. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 2015. Vol. 7, no. 4, pp. 398—404. DOI:10.1037/tra0000022
30. Schmid M., Peterman F., Fegert J.M. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems [Elektronnyi resurs]. *BMS Psychiatry*, 2013. Vol. 13, no. 3, 12 p. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-3> (Accessed 01.02.20).
31. Spinazzola J., van der Kolk B., Ford J.D. When nowhere is safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2018. Vol. 31, no. 5, pp. 631—642. DOI:10.1002/jts.22320
32. Tassie A.K. Vicarious resilience from attachment trauma: Reflections of long-term therapy with marginalized young people. *Journal of Social Work Practice*, 2015. Vol. 29, no. 2, pp. 191—204. DOI:10.1080/02650533.2014.933406
33. D'Andrea W. et al. Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2012. Vol. 82, no. 2, pp. 187—200. DOI:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
34. Spinazzola J. et al. Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2014. Vol. 6, no. S1, pp. 18—28. DOI:10.1037/a0037766

35. Van der Kolk B. A. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005. Vol. 35, no. 5, pp. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06
36. Hyland P. et al. Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric*, 2017. Vol. 52, pp. 727—36. DOI:10.1007/s00127-017-1350-8
37. Wamser-Nanney R., Cherry K.E. Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: evidence of gender difference. *Child Abuse & Neglect*, 2018. Vol. 77, pp. 188—197. DOI:10.1016/j.chiabu.2018.01.009

#### **Информация об авторах**

*Екимова Валентина Ивановна*, доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

*Лучникова Елена Павловна*, магистрант кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: [elenaluchnikova@gmail.com](mailto:elenaluchnikova@gmail.com)

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

*Valentina I. Ekimova*, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

*Elena P. Luchnikova*, Master Student, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: [elenaluchnikova@gmail.com](mailto:elenaluchnikova@gmail.com)

Получена 10.02.2020  
Принята в печать 13.03.2020

Received 10.02.2020  
Accepted 13.03.2020

## Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения

**Борисоник Е.В.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского  
Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ),  
г. Москва, Российская Федерация*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru*

Суицид может эмоционально затрагивать вплоть до 60 человек, находящихся в окружении человека. Близкие суицидента подвержены выраженному стрессу и находятся в группе риска возникновения аффективных расстройств. В статье проведен анализ факторов, влияющих на выраженность стресса у родственников лиц после завершенного суицида и суицидальной попытки. Рассмотрены исследования, демонстрирующие влияние стигматизации и самостигматизации на переживаемый стресс. Проанализированы характеристики семейной системы, влияющие на уровень стресса. Понимание механизмов повышения стресса после суицида и суицидальной попытки у близких суицидента помогает в выделении мишеней для оказания психологической помощи.

**Ключевые слова:** стресс, суицид, суицидальная попытка, близкие суицидента.

**Для цитаты:** Борисоник Е.В. Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 62—67. DOI:10.17759/jmfp.2020090106

## Suicide as situation of extreme stress for immediate surrounding

**Evgeniya V. Borisonik**

*Moscow State University of Psychology & Education, Institute for Emergency Medicine  
of the Moscow Healthcare Department, lecturer at the chair of clinical psychology and psychotherapy,  
Moscow, Russia*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru*

Suicide can emotionally affect up to 60 people, who knew a suicider. Suicide survivors are stressed and are at risk of affective disorders. The article analyzes factors that are affecting the level of distress. The article considers the studies demonstrating the effects of stigmatization and self-stigmatization on distress level, and characteristics of the family system affecting distress. Understanding the mechanisms of increasing stress after suicide and suicidal attempts for relatives of a suicide helps identify targets for an effective post-event.

**Keywords:** stress, suicide, suicide attempt, suicide survivors.

**For citation:** Borisonik E.V. Suicide as situation of extreme stress for immediate surrounding [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 62—67. DOI:10.17759/jmfp.2020090105 (In Russ.).

В настоящий момент все большую роль в терапии суицидального поведения отводят работе с родственниками и близкими суицидентов — поственции — термин, предложенный Шнейдманом, или третичной профилактики — понятие, принятое в отечественной суицидологии. По некоторым оценкам, суицид может эмоционально затрагивать вплоть до 60 человек, находящихся в окружении суицидента. Недавние исследования также показывают — один из пяти человек переживал суицид близкого или знакомого в течение своей жизни [26]. Переживание попытки суицида или завершенного суицида повышает

риск развития симптомов эмоционального неблагополучия у близких суицидента [4]. Близость к умершему увеличивала вероятность развития депрессии и тревоги и почти в четыре раза увеличивала риск возникновения посттравматического стрессового расстройства [7].

Клинической выраженности симптомы эмоциональных расстройств достигают не у всех родственников, однако стресс переживает каждый из них. Существует несколько подходов к рассмотрению выраженности уровня стресса у близких суицидентов. К острому стрессу, переживаемому после суицида, можно отнести ком-

плекс отрицательных эмоций, таких как отрицание, шок, чувство отвержения. А также чувства грусти, тоски, пустоты, которые могут нарастать, пока не появится осознание потери. Вместе с тем возникают гнев и чувство вины [23]. Родственники суицидентов имеют повышенный риск по развитию патологического горя — примерно, по статистике, это 10—20%. Патологическое горе может приводить к выраженному дистрессу и нарушению адаптации. Таким образом, ощущение выраженного стресса может возникать не сразу, а вследствие «застывания» на одной из стадий горевания [23].

Особое внимание принято уделять симптомам посттравматического стрессового расстройства у родственников суицидентов. Близкие жалуются на приступы паники, навязчивые образы, ночные кошмары [26], может возникать ощущение деперсонализации [23]. Одним из распространенных симптомов являются повторяющиеся воспоминания о месте самоубийства, теле умершего [5]. Экстремальный стресс может вызывать симптомы посттравматического стрессового расстройства и у родственников после суицидальной попытки, согласно одному из исследований 27% из них имеют симптомы ПТСР [18].

Другой подход подразумевает, что длительный и экстремальный стресс может приводить к формированию симптомов депрессии и тревоги. Согласно одному из исследований, доля родственников с повышенным уровнем стресса после завершенной попытки составляла 27% от всей группы (при наличии повышенных показателей по тревоге у 18% и депрессии у 14%) [26]. В другом исследовании повышенный стресс наблюдался у 40% и складывался из повышенных показателей по шкалам тревоги, депрессии и враждебности [20]. Авторы отмечают ограниченность этих данных тем, что семьи, переживающие горе более тяжело, с большей вероятностью отказываются от участия в исследовании. В целом, статистика показывает, что родственники суицидентов чаще отказываются от участия в исследованиях по сравнению с другими горюющими. Также важно отметить, что в обоих исследованиях под выраженностью дистресса подразумевалась клиническая выраженность симптомов эмоционального неблагополучия, что не исключает наличия обычного стресса у остальной выборки. В исследовании, где уровень стресса проверялся согласно самоотчету испытуемых, уровень стресса был выше. Не только близкие родственники сообщают о стрессе, друзья суицидента в самоотчете говорят о сниженной способности справляться с проблемами, повышении уровня стресса и депрессии, а также о большей длительности переживания горя [25]. В масштабном исследовании с участием лиц, переживших суицид знакомого или близкого человека, 70% опрошенных сообщили о наличии стресса, среди лиц, не отметивших стресса, большую часть представляли соседи и знакомые суицидента, а не близкие друзья и родственники [24].

Стрессу подвержены не только люди, перенесшие завершенный суицид; уже давно отмечается, что и после суицидальной попытки близкие нуждаются в помощи в

связи с испытываемым чувством бремени и стресса. Беспокойство за суицидента из-за страха повторения суицидальной попытки или нестабильного эмоционального состояния порождает стресс и напряженность [17].

Стресс может выступать опосредующим фактором для развития соматических расстройств, а также взаимосвязан с появлением суицидальных мыслей [3]. Многие родственники отмечают ухудшение физического здоровья, в особенности появление или обострение заболеваний сердечно-сосудистой системы и диабет [26], что заставляет задуматься о стрессе как опосредующем механизме, являющимся триггером для обострения этих расстройств. Выраженность уровня стресса и депрессии статистически значима связана с появлением суицидальных мыслей. Можно предположить, что это связано с хронификацией этих состояний и мысли о смерти могут быть способом справиться со страданиями. При этом исследования показывают общую положительную динамику состояния с течением времени [20]. Например, число самоубийств у вдов и вдовцов уменьшается после первого года вдовства. Уровень самоубийств самый высокий в первую неделю после тяжелой утраты [5]. После смерти близкого может искажаться социальная сеть близких отношений, чувство вины не позволяет рассказать правду о смерти родственника [7]. Таким образом, может возникать чувство изоляции и одиночества, что, в соответствие с интерперсональной моделью Т. Джойнера, является одним из важных факторов появления суицидальных мыслей. Этот риск существует и для родственников лиц, совершивших суицидальную попытку [18]. Исследование родителей девочек-подростков, совершивших суицидальную попытку, показывает, что у родителей присутствует склонность к аутодеструктивному поведению, 20% имели попытку суицида в анамнезе, 17% — актуальные мысли о суициде. По сравнению с контрольной группой у них были более выражены аутодеструктивные паттерны, такие как склонность к рискованному поведению, употреблению ПАВ. Злоупотребление алкоголем более характерно для отцов, чем для матерей. Супружеские формы алкоголизма были статистически значимо связаны с суицидальным поведением [2]. Согласно исследованиям, выполненным в рамках интерперсональной модели суицидального поведения, было выявлено, что хронический стресс в межличностных отношениях приводит к ощущению бремени, в то время как эпизодический межличностный стресс ведет к ощущению потери принадлежности к группе [13]. Таким образом, можно говорить о том, что межличностный стресс служит одним из важных микросоциальных факторов риска совершения суицидальной попытки и появления мыслей о суициде.

Рассматривают различные факторы, влияющие на выраженность стресса. Роль демографических данных относительно невысока, разные исследователи придают ей различный вес. Так, в одних исследованиях пол родственника не играл роли в выраженности стресса, в других было показано, что у женщин он выше, чем у мужчин. Пожилые члены семьи относились к суицидальному



поведению более негативно [20; 6]. Лица, которые были меньше знакомы с суицидентом, знакомые и соседи, в большей степени реагировали на первый опыт соприкосновения с суицидом, а при повторном суициде у другого человека меньшее число дальних знакомых сообщили об испытываемом стрессе. Можно сказать, что возникала толерантность, привыкание к такого рода событиям. В то время как для близких родственников смерть от суицида второго члена семьи или близкого друга увеличивала вероятность сообщения об испытываемом стрессе [24]. Для родственников лиц после суицидальной попытки было выявлено, что уровень стресса был выше у родителей по сравнению с партнерами, взрослыми детьми и друзьями [17]. Более важным фактором, влияющим на выраженность стресса, считают реальную и воспринимаемую субъективно стигматизацию со стороны общества. Среди переживаний родственников почти всегда присутствует чувство стыда [5], ощущение осуждения со стороны окружающих, как мы уже писали ранее. Различия в уровне переживания стигматизации, стыда, чувства отвержения значимо отличались у родственников суицидентов по сравнению с горюющими, чьи родственники погибли внезапно, даже по прошествии двух лет. Стоит отметить, что, несмотря на сохранение разницы между этими группами, эти переживания все же снижали свою интенсивность с течением времени [22]. Было проведено масштабное исследование с участием 150 человек, которое показало, что уровень стресса связан с восприятием ощущения стигматизации со стороны окружающих людей. Важно отметить, что это включает в себя не только реальную стигматизацию, но и представления родственников об этом. Чувство стигматизации было связано с повышенной межличностной чувствительностью и склонностью к параноидному мышлению у самих родственников. При этом связи с предыдущей историей попыток, демографическими данными и количеством времени, прошедшим с момента совершения суицида, не играло роли. Можно сделать предположение, что уровень стресса связан скорее не с объективными характеристиками попытки, а с субъективным восприятием ситуации [21]. Данное исследование было выполнено для родственников лиц с завершенным суицидом, однако стигматизации подвергаются не только родственники суицидентов после завершенной попытки, она присутствует и после незавершенной попытки. Можно предположить, что и для них уровень стресса взаимосвязан со стигматизацией. Посткризисный рост (положительные изменения, происходящие после травмирующего события) зависит от степени самораскрытия родственников, эта связь значима как для родственников с завершенным суицидом, так и после попытки самоубийства. Исследования показывают, что раскрытие доверенному лицу и получение эмоциональной поддержки приводит к снижению депрессивной симптоматики, меньшему ощущению бремени и увеличению чувства принадлежности [16; 19].

Можно рассмотреть несколько механизмов влияния стигматизации на увеличение уровня стресса. Одним из способов непродуктивного совладания со стрессом явля-

ется стратегия избегания. Исследования показывают, что избегание связано с развитием патологического горя и появлением симптомов депрессии в случае завершенного суицида. Близкие стараются не думать о потере, чтобы предотвратить появление травматических воспоминаний, что не дает возможности осознать реальность потери, мешает гореванию. Ф.Е. Василук писал: «Человеческое горе не деструктивно (забыть, оторвать, отделиться), а конструктивно, оно призвано не разбрасывать, а собирать, не уничтожать, а творить — творить память». Качественные исследования показывают важность воспоминаний о погибшем для естественного протекания процесса горя у родственников суицидентов [1]. После смерти близкого перед горюющими встают три темы: поиск смысла в смерти и жизни близкого, отношения с другими людьми, реконструкция связи с умершим [15]. Таким образом, избегание этих переживаний мешает нормальному течению горевания. Часто близкие не могут справиться с наплывом отрицательных эмоций, мыслей и физических ощущений, связанных с воспоминаниями, и вследствие этого избегают ситуаций, которые могут напомнить об этом. Помимо попытки не сталкиваться с отрицательными эмоциями, избегание влияет и на возможность получения эмоциональной поддержки. Другим, связанным с избеганием механизмом увеличения стресса, является изоляция. Поведение других людей меняется по отношению к семье, иногда семья сама избегает социальных взаимодействий, считая, что другие люди изменили к ней свое отношение [4]. Многие люди искренне хотят помочь выжившим, но не знают, как это лучше сделать. Эту неловкость и нерешительность семья суицидента может оценивать как неприятие и отвержение. Так же возможно, что негативные представления о суициде в целом в обществе приводят к тому, что даже при наличии реальной поддержки от других людей скорбящие от нее отворачиваются, так как считают, что другие люди оценивают их. Это можно назвать самостигматизацией [14]. Самоизоляция, которая часто является следствием стигматизации, является сильным предиктором психосоциальных расстройств для всех горюющих, в том числе и для переживших суицид близкого [9]. Несмотря на свою острую потребность в помощи, родственники суицидентов с меньшей вероятностью, чем другие скорбящие, быстро обращаются за неформальной поддержкой [26]. Та же стратегия избегания и изоляции распространена у друзей суицидентов, а не только у близких родственников [25]. Безусловно, помимо субъективно воспринимаемой стигматизации, родственники могут сталкиваться с реальным неприятием и непониманием. Реальная выраженность стигматизации во многом зависит от отношения культуры страны к суицидальному поведению [3].

Таким образом, самораскрытие и поиск эмоциональной поддержки выступают буферным фактором, в то время как другой полюс — избегание и изоляция, напротив, играют большую роль в увеличении стресса.

Другим механизмом возрастания стресса является качество коммуникаций в семье и особенности межлич-

ностных взаимоотношений. Чувство гнева и шока, возникающие в ответ на попытку, могут увеличить межличностный стресс в отношениях между родственником и суицидентом после попытки [3]. В связи с повышенным количеством конфликтов и повышенным уровнем стресса до попытки, после суицидальной попытки у родственников часто нет возможности опереться на отношения в семье как на ресурс, что приводит к негативным последствиям. Стресс и тревога, испытываемые родственниками, заставляют их в большей степени фокусироваться на физической безопасности суицидента, например, устанавливать ночные дежурства за ним. В свою очередь, пациенты отмечают, что родственники чрезмерно контролируют их, а также что их семья не доверяет им. Эти чувства усиливают конфликт в семье, увеличивая риск суицидальных попыток. Семья в во многом сконцентрирована на контроле и обеспечении физической безопасности, меньше задумываясь о коммуникации в семье. Избегание обсуждения болезненных чувств родственника может ощущаться как отсутствие эмпатии и усиливать чувство одиночества и изоляции, которое, в свою очередь, является фактором суицидального риска для самого суицидента, а также увеличивает стресс для близких [12].

Исследования показывают наличие повышенного уровня стресса в семьях пациентов и до попыток. Повышенный уровень стресса связан отчасти с объективными причинами; в этих семьях статистически выше показатель безработицы, смерти, чаще встречаются серьезные соматические заболевания. Пациенты с биполярным аффективным расстройством и до попытки отмечали повышение количества стрессогенных событий в семье, а также сложности адаптации семьи. Существуют противоречивые данные о возможностях данных семей адаптироваться в ответ на стресс. Существующие исследования говорят о повышении ригидности в таких семьях, можно предположить, что это затрудняет их адаптацию в ответ на стресс. Психическая болезнь, самоповреждаю-

щее поведение, предшествующие попытки приводят к семейным конфликтам и повышению уровня стресса [11]. То есть можно сказать, что уровень стресса повышается не только после попытки, сам по себе повышенный уровень стресса характерен для этих семей и до нее, что делает особенно важным именно интерперсональный фактор в риске развития стресса.

В отличие от дистресса, стресс средней выраженности может оказывать положительное воздействие на семью, являясь стимулом для работы над отношениями внутри семьи и развития новых способов заботы о родственнике после суицидальной попытки [6].

## Заключение

Родственники суицидентов, как после завершеного суицида, так и после попытки, находятся в группе риска развития эмоциональных расстройств, а также повышения уровня стресса. Можно выделить несколько механизмов, влияющих на его уровень. Самостигматизация связана с повышенной межличностной сензитивностью, которая ведет к самоизоляции и избегающему поведению у родственников. Помимо субъективно воспринимаемого отвержения, родственники могут подвергаться реальной стигматизации, которая будет увеличивать уровень стресса по такому же принципу. Второй фактор — это стиль взаимоотношений между родственниками и суицидентом. Сложности контроля отрицательных эмоций могут приводить к повышению конфликтов между членами семьи, что повышает стресс. Уровень стресса может быть повышен изначально и до попытки. Работа по снижению уровня стресса важна, так как она снижает риск развития соматических и аффективных расстройств и уменьшает вероятность появления суицидальных мыслей у родственников.

## Литература

1. *Василук Ф.* Пережить горе // Психология мотивации и эмоций: хрестоматия / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо; Омега-Л; МПСИ, 2006. С. 581—590.
2. *Лукашук А.В.* Саморазрушающее поведение родителей девушек, совершивших попытку самоубийства [Электронный ресурс] // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2017. Том 4. № 13. С. 61—63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samorazrushayushchee-povedenie-roditeley-devushek-sovershivshih-popytku-samoubiystva/viewer> (дата обращения: 12.03.2020).
3. *Asare-Doku W., Osafo J., Akotia C.S.* The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17. Article number: 178. 10 p. DOI:10.1186/s12888-017-1336-9
4. *Begley M., Quayle E.* The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide // Crisis. 2007. Vol. 28. № 1. P. 26—34. DOI:10.1027/0227-5910.28.1.26
5. Bereavement after the suicide of a significant other / M. Pompili [et al.] // Indian Journal of Psychiatry. 2013. Vol. 55. № 3. P. 256—263. DOI:10.4103/0019-5545.117145
6. Caring stress, suicidal attitude and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: a path analysis / C.Y. Chiang [et al.] // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2015. Vol. 22. № 10. P. 792—800. DOI:10.1111/jpm.12267
7. *Cerel J., Jordan J., Duberstein P.* The impact of suicide on the family // Crisis. 2008. Vol. 29. № 1. P. 38—44. DOI:10.1027/0227-5910.29.1.38
8. *Drapeau W.C., Cerel J., Moore M.* How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults // Death Studies. 2016. Vol. 40. № 3. P. 165—171. DOI:10.1080/07481187.2015.1107660

9. Dyregrov K., Nordanger D., Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents // *Death Studies*. 2003. Vol. 27. № 2. P. 143—165. DOI:10.1080/07481180302892
10. Exposure to Suicide in the Community: Prevalence and Correlates in One U.S. State / J. Cerel [et al.] // *Public Health Reports*. 2016. Vol. 131. № 1. P. 100—107. DOI:10.1177/003335491613100116
11. Family environment and suicidal ideation among bipolar youth / T.R. Goldstein [et al.] // *Journal Archives of Suicide Research*. 2009. Vol. 13. № 4. P. 378—388. DOI:10.1080/13811110903266699
12. Grounded Theory Study of action/interaction strategies used when Taiwanese families provide care for formerly suicidal patients / F.K. Sun [et al.] // *Public Health Nursing*. 2009. Vol. 26. № 6. P. 543—552. DOI:10.1111/j.1525-1446.2009.00813.x
13. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others / V. Buitron [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 190. P. 143—149. DOI:10.1016/j.jad.2015.09.07
14. Jordan R.J. Is Suicide Bereavement Different? A reassessment of the literature // *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2001. Vol. 31. № 1. P. 91—102. DOI:10.1521/suli.31.1.91.21310
15. Kawashima D., Kawano K. Meaning Reconstruction Process After Suicide: Life-Story of a Japanese Woman Who Lost Her Son to Suicide // *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2017. Vol. 75. № 4. P. 360—375. DOI:10.1177/0030222816652805
16. Levi-Belz Y. To share or not to share? The contribution of self-disclosure to stress-related growth among suicide survivors // *Death Studies*. 2016. Vol. 40. № 7. P. 405—413. DOI:10.1080/07481187.2016.1160164
17. Magne-Ingvar U., Ojehagen A. One-year follow up of significant others of suicide attempters // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. Vol. 34. № 9. P. 470—476.
18. PTSD from a suicide attempt: An empirical investigation among suicide attempt survivors / I.H. Stanley [et al.] // *Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 75. № 10. P. 1879—1895. DOI:10.1002/jclp.22833
19. Recipients of suicide-related disclosure: The link between disclosure and posttraumatic growth for suicide attempt survivors / L.M. Frey [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Vol. 16. № 20. 3815. 14 p. DOI:10.3390/ijerph16203815
20. Santos S., Campos R.C., Tavares S. Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal // *Death Studies*. 2015. Vol. 39. № 6. P. 332—341. DOI:10.1080/07481187.2014.946626
21. Stigma and psychological distress in suicide survivors / P. Scocco [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. 2017. Vol. 94. P. 39—46. DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.12.016
22. Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death / K. Kölves [et al.] // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 54. № 1. P. 89—98. DOI:10.1177/0004867419882490
23. Suicide bereavement and complicated grief / I.T. Young [et al.] // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012. Vol. 14. № 2. P. 177—186.
24. Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey / W. Feigelman [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 227. P. 1—6. DOI:10.1016/j.jad.2017.09.056
25. The psychological impact of losing a friend to suicide / W. Bartik [et al.] // *Australasian Psychiatry*. 2013. Vol. 21. № 6. P. 545—549. DOI:10.1177/1039856213497986
26. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland / A. Spillane [et al.] // *BMJ Open*. 2018. Vol. 8. № 1. e019472. 11 p. DOI:10.1136/bmjopen-2017-019472

## References

1. Vasilyuk F. Perezhit' gore [Relive grief]. In Yu.B. Gippenreiter, M.V. Falikman (eds.) *Psikhologiya motivatsii i emotsii: khrestomatiya [Psychology of motivation and emotions: anthology]*. Moscow: CheRo; Omega-L; MPSI, 2006, pp. 581—590. (In Russ.).
2. Lukashuk A.V. Samorazrushayushchee povedenie roditelei devushek, sovershivshikh popytku samoubiistva [Self-destructive behavior of the parents of girls who attempted suicide] [Elektronnyi resurs]. *Zdravookhranenie Yugry: opyt i innovatsii [Ugra Healthcare: experience and innovations]*, 2017. Vol. 4, no. 13, pp. 61—63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samorazrushayushchee-povedenie-roditeley-devushek-sovershivshih-popytku-samoubiystva/viewer> (Accessed 12.03.2020). (In Russ.).
3. Asare-Doku W., Osafo J., Akotia C.S. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 2017. Vol. 17, article number: 178. 10 p. DOI:10.1186/s12888-017-1336-9
4. Begley M., Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide. *Crisis*, 2007. Vol. 28, no. 1, pp. 26—34. DOI:10.1027/0227-5910.28.1.26
5. Pompili M. et al. Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 2013. Vol. 55, no. 3, pp. 256—263. DOI:10.4103/0019-5545.117145



6. Chiang C.Y. et al. Caring stress, suicidal attitude and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: a path analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015. Vol. 22, no. 10, pp. 792—800. DOI:10.1111/jpm.12267
7. Cerel J., Jordan J., Duberstein P. The impact of suicide on the family. *Crisis*, 2008. Vol. 29, no. 1, pp. 38—44. DOI:10.1027/0227-5910.29.1.38
8. Drapeau W.C., Cerel J., Moore M. How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death Studies*, 2016. Vol. 40, no. 3, pp. 165—171. DOI:10.1080/07481187.2015.1107660
9. Dyregrov K., Nordanger D., Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 2003. Vol. 27, no. 2, pp. 143—165. DOI:10.1080/07481180302892
10. Cerel J. et al. Exposure to suicide in the community: prevalence and correlates in one U.S. State. *Public Health Reports*, 2016. Vol. 131, no. 1, pp. 100—107. DOI:10.1177/003335491613100116
11. Goldstein T.R. et al. Family environment and suicidal ideation among bipolar youth. *Journal Archives of Suicide Research*, 2009. Vol. 13, no. 4, pp. 378—388. DOI:10.1080/13811110903266699
12. Sun F.K. et al. Grounded theory study of action/interaction strategies used when Taiwanese families provide care for formerly suicidal patients. *Public health nursing*, 2009. Vol. 26, no. 6, pp. 543—552. DOI:10.1111/j.1525-1446.2009.00813.x
13. Buitron V. et al. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others. *Journal of Affective Disorders*, 2016. Vol. 190, pp. 143—149. DOI:10.1016/j.jad.2015.09.07
14. Jordan R.J. Is Suicide Bereavement Different? A reassessment of the literature. *Suicide and life-threatening behavior*, 2001. Vol. 31, no. 1, pp. 91—102. DOI:10.1521/suli.31.1.91.21310
15. Kawashima D., Kawano K. Meaning reconstruction process after suicide: Life-Story of a Japanese Woman Who Lost Her Son to Suicide. *OMEGA-Journal of death and dying*, 2017. Vol. 75, no. 4, pp. 360—375. DOI:10.1177/0030222816652805
16. Levi-Belz Y. To share or not to share? The contribution of self-disclosure to stress-related growth among suicide survivors. *Death Studies*, 2016. Vol. 40, no. 7, pp. 405—413. DOI:10.1080/07481187.2016.1160164
17. Magne-Ingvar U., Ojehagen A. One-year follow up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999. Vol. 34, no. 9, pp. 470—476.
18. Stanley I.H. et al. PTSD from a suicide attempt: An empirical investigation among suicide attempt survivors. *Journal of clinical psychology*, 2019. Vol. 75, no. 10, pp. 1879—1895. DOI:10.1002/jclp.22833
19. Frey L.M. et al. Recipients of suicide-related disclosure: The link between disclosure and posttraumatic growth for suicide attempt survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019. Vol. 16, no. 20, article number: 3815. 14 p. DOI:10.3390/ijerph16203815
20. Santos S., Campos R.C., Tavares S. Suicidal Ideation and Distress in Family Members Bereaved by Suicide in Portugal. *Death Studies*, 2015. Vol. 39, no. 6, pp. 332—341. DOI:10.1080/07481187.2014.946626
21. Scocco P. et al. Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of psychosomatic research*, 2017. Vol. 94, pp. 39—46. DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.12.016
22. Kölves K. et al. Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 54, no. 1, pp. 89—98. DOI:10.1177/0004867419882490
23. Young I.T. et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2012. Vol. 14, no. 2, pp. 177—186.
24. Feigelman W. et al. Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 general social survey. *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 227, pp. 1—6. DOI:10.1016/j.jad.2017.09.056
25. Bartik W. et al. The psychological impact of losing a friend to suicide. *Australasian Psychiatry*, 2013. Vol. 21, no. 6, pp. 545—549. DOI:10.1177/1039856213497986
26. Spillane A. et al. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 2018. Vol. 8, no. 1, e019472. 11 p. DOI:10.1136/bmjopen-2017-019472

### Информация об авторах

Борисоник Евгения Владимировна, медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ); преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

### Information about the authors

Evgeniya V. Borisonik, Medical Psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Lecturer at the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia., ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>, e-mail: borisonik-ev@mail.ru

Получена 30.01.2020

Received 30.01.2020

Принята в печать 12.03.2020

Accepted 12.03.2020



## Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков

*Храмов Е.В.,*

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>, e-mail: [ev.khramov@gmail.com](mailto:ev.khramov@gmail.com)*

В статье представлены обзор современных зарубежных исследований, целью которых является изучение психологических, соматических и психосоматических факторов риска суицидального поведения подростков, а также, в качестве эмпирической иллюстрации, результаты исследования психологических и психосоматических коррелятов депрессии и суицидальности в подростковом возрасте. Достаточно обширный перечень факторов риска суицидогенности, описанных в зарубежной литературе, был сведен к четырем классам: соматические (психосоматические), интрапсихологические, социально-психологические, поведенческие. Было показано, что наибольшая связь с суицидальными намерениями и попытками принадлежит депрессивным состояниям, однако данная связь, в большинстве случаев, опосредуется другими предикторами риска суицида. По итогам эмпирического исследования описаны основные психосоматические дисфункции у подростков-суицидентов, как правило, сопровождаемые астеническими состояниями.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение подростков, психологические и психосоматические факторы риска, биопсихосоциальный подход, депрессия в подростковом возрасте, психосоматические дисфункции подростков-суицидентов.

**Для цитаты:** Храмов Е.В. Психологические и психосоматические факторы риска суицидального поведения подростков [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 68—75. DOI:10.17759/jmfp.2020090107

## Psychological and psychosomatic risk factors of suicidal intentions in adolescents

*Evgeniy V. Khramov*

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>, e-mail: [ev.khramov@gmail.com](mailto:ev.khramov@gmail.com)*

The article presents an overview of modern foreign studies, which aim to study the psychological, somatic and psychosomatic risks of suicidal behavior of adolescents, and, as an empirical illustration, results of the study of psychological and psychosomatic correlates of adolescent depression and suicidality. A rather extensive list of risk factors for suicide, described in foreign literature, was reduced to four classes: somatic (psychosomatic), intrapsychological, socio-psychological, behavioral. It has been shown that the greatest association with suicidal intentions and attempts belongs to depressive states, however, this association, in most cases, is mediated by other predictors of the risk of a suicide. The results of the empirical study described the main psychosomatic dysfunctions in adolescents' suicides, usually accompanied by asthenic states.

**Keywords:** suicidal behavior of adolescents, psychological and psychosomatic risk factors, biopsychosocial approach, adolescent depression, psychosomatic dysfunctions of adolescents-suicidals.

**For citation:** Khramov E.V. Psychological and psychosomatic risk factors of suicidal intentions in adolescents [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 68—75. DOI:10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ.).

Самоубийство является одной из ведущих причин смертности подростков во всем мире, и разработка эффективных методов своевременного прогнозирования суицидального поведения, более точное описание основных факторов и причинно-следственных механизмов формирования суицидогенности имеют решающее значение при оказании психологической и психотерапевтической помощи как самим подросткам,

так и членам их семей [1; 10; 17; 19; 20]. Появляются новые исследования по изучению факторов риска самоубийства, в которых определяются наиболее перспективные предикторы, в частности те или иные эмоциональные расстройства, социальные-психологические проблемы (например, виктимизация, отвержение со стороны родителей), нарушения сна и соматические дисфункции [17; 22].

Целью исследования, представленного в настоящей статье, является проведение аналитического обзора современных зарубежных работ, направленных на изучение психологических, соматических и психосоматических риск-факторов суицидогенности у подростков, а также представление, в качестве эмпирической иллюстрации, результатов исследования психосоматических коррелятов подростковой депрессии и суицидальности.

Вопрос о взаимосвязи упомянутых факторов с суицидальным поведением остается открытым, несмотря на достаточно большой массив данных зарубежных и отечественных исследований.

Так, результаты исследования Б.П. Лиу (и др.), полученные на большой выборке китайских подростков, свидетельствуют о прямой связи стрессовых жизненных событий и бессонницы с суицидальными мыслями, намерениями и попытками самоубийства [18]. Эмоциональная сфера подростков характеризовалась наличием депрессии, выраженной тревоги, раздражительности, эмоциональной ранимости и нестабильности. Американские исследователи Д. Берона (и др.) в своих работах приводят данные о том, что личностные профили остросуицидальных подростков характеризуются присутствием выраженной тревожности и депрессии, переживанием чувства безысходности, неадаптивным поведением [14]. К факторам риска суицидальных попыток у лиц с хронической депрессией немецкие исследователи [21] также отнесли сексуальное насилие, межличностные проблемы, самоповреждающее поведение, тяжесть депрессии.

Аналогичные результаты были получены при обследовании подростков средних школ в Гане [23]. Для изучения распространенности риска самоубийств были использованы данные общенационального глобального обследования здоровья старшеклассников. Было показано, что такое состояние, как выраженная тревога и переживание тотального одиночества, увеличивают шансы суицидального поведения. С другой стороны, родительское уважение к частной жизни подростка выступало значимым фактором защиты от попыток самоубийства. О роли семейных взаимоотношений в этиологии подростковой депрессии свидетельствуют результаты исследования, проведенного в Китае [11]. Выборка составила более 900 подростков. Была обнаружена положительная корреляция между наличием нарушения семейного функционирования, высокой тревожностью и развитием депрессии у подростков из данных семей. Эти же подростки отличались переживанием чувства одиночества и более низкой самооценкой по сравнению с подростками из благополучных семей. Вероятно, приступы безысходности усиливались безразличием к подростку со стороны членов семьи (родителей), отсутствием друзей, социальной изолированностью. Суицидогенность ситуации определялась глубиной и тотальностью негативных переживаний, осознанием тупиковости ситуации.

Как было показано в работах другого китайского исследователя Ц.Ц. Лиу (и др.), важными факторами

риска суицидальных попыток являются несуйцидальные самоповреждения, которые достаточно распространены среди подростков [13]. На большой выборке (более 11 тысяч) студентов, средний возраст которых составил 15 лет, были получены следующие результаты: подростки, склонные к суициду и самоповреждениям, имели значительно более высокий уровень тревожности, эмоциональной импульсивности, периодические приступы чувства безнадежности, заниженную самооценку с тенденцией к самообвинению. На намеренные самоповреждения как предрасположенность к суицидальным мыслям и попыткам указывают результаты другого исследования [16].

В настоящее время в зарубежных и отечественных исследованиях, направленных на изучение причин и факторов суицидального поведения подростков, все чаще обращаются к интегративному подходу при интерпретации механизмов суицидогенности. Суицидальные попытки предопределяются множеством психосоциальных, поведенческих, биологических и генетических факторов [13]. Данный подход позволяет учитывать не только психологические и социально-психологические, но и психосоматические, и соматопсихические взаимовлияния при оценке особенностей поведения. В настоящее время при изучении поведения в стрессовых (в том числе суицидогенных) ситуациях приоритет чаще всего отдается анализу социально-психологических и личностных факторов, влияние же особенностей соматотипа (свойств нервной системы, гормонального статуса, физиологических характеристик человека в целом) на поведение зачастую остается в тени. В то же время, «... получены ... данные о достоверных различиях психологического профиля» [3, с. 125] индивидов, относящихся к различным соматотипам.

Ряд зарубежных исследователей также указывают на взаимосвязь физического здоровья и риска самоубийства, подчеркивая наличие при психосоматозах тех или иных аффективных нарушений, способствующих развитию депрессивных состояний [4; 8; 16; 18].

Таким образом, вопрос о соматических и физиологических факторах риска суицидальности у подростков остается открытым и дискуссионным. Например, была выдвинута гипотеза о связи дефицита кортикального торможения и суицидального поведения [12]. Исследовалась группа подростков, проходивших фармакологическое лечение от депрессии. Результаты показали, что с течением времени, по мере изменения тяжести депрессии и повышения коркового торможения, снижаются и суицидальные намерения, т. е. связь между суицидальными склонностями и дефицитом кортикального торможения опосредовалась депрессией. Однако это всего лишь предварительные выводы, требующие дальнейшей экспериментальной проверки.

Связь между хроническими соматическими заболеваниями и депрессией у детей и подростков была выявлена группой немецких исследователей [4]. Изучаемая выборка составила более 13 тысяч человек.

Полученные результаты свидетельствуют о значимой корреляции депрессии с нервной анорексией, хроническим синуситом, низкорослостью вследствие эндокринного расстройства, ожирением, нарушениями функции щитовидной железы и некоторыми нарушениями иммунитета.

Весьма интересные данные были представлены в работе группы китайских исследователей [22]. Изучалась связь триад: «суицидальные мысли—соматические дисфункции—депрессия». Выборка составила более 2 тысяч пациентов с депрессивным синдромом. Результаты показали, что пациенты с соматическими нарушениями имели более высокий риск суицида. В перечень соматических отклонений входили: различные болевые ощущения, жалобы на плохое физическое самочувствие в целом, бессонница ночью и сонливость днем, потеря веса различной этиологии. Вся соматическая (психосоматическая) симптоматика имела высокие корреляции с депрессией. Авторами исследования были сделаны следующий вывод: соматические нарушения преобладают у пациентов с выраженным депрессивным расстройством и значимо связаны с высоким риском суицида. Однако, как отмечают исследователи, какие именно соматические симптомы проявляются в качестве наиболее значимых факторов суицидального поведения, остается неясным. Аналитический обзор результатов исследований, посвященных так называемым биомаркерам суицидального поведения, представили итальянские исследователи [7]. В частности обнаружено, что суицидальный риск может быть повышен нарушениями функционирования нейробиологических механизмов: серотонинэргической системы, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, липидного обмена, иммунной системы и нейрональной пластичности. Значимую корреляцию между суицидальностью, депрессией, высокой тревожностью и наличием синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у подростков обнаружили авторы исследования, проведенного в Тайване [20]. Аналогичные результаты были получены группой исследователей из Франции, Китая и Америки, изучивших и проанализировавших данные 57 исследовательских работ [6]: была обнаружена значимая статистическая связь между синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и поведением суицидального спектра (мыслями, намерениями, попытками и завершёнными суицидами).

В последнее время в зарубежной психологии появляется все больше эмпирических исследований, свидетельствующих о связи частоты суицидальных мыслей с факторами нарушения сна различной этиологии. Например, подобное исследование было проведено на подростках, переживших землетрясения в Китае [24]. Целью исследования являлось изучение дефицита сна как предиктора суицидальных намерений вследствие воздействия экстремальной ситуации. Согласно полученным результатам, многочисленные проблемы со сном, включая трудности с засыпанием, короткую про-

должительность ночного сна, частые пробуждения и, наоборот, сонливость днем, показали высокую корреляцию с суицидальными мыслями. Анализ результатов также показал, что именно депрессия, тревога и посттравматическое стрессовое расстройство, как результат экстремальных потрясений, в основном опосредуют связь дефицита сна с суицидальными мыслями.

С 2010 по 2015 гг. в США было проведено исследование 550 подростков, госпитализированных в психиатрическую больницу с депрессией после сексуального насилия [8]. Последствия детской психотравмы проявили высокую корреляцию с суицидальными намерениями. Выраженность суицидальных мыслей оказалась прямо пропорционально связана с тяжестью депрессивного состояния.

Результаты большинства зарубежных исследований свидетельствуют, что полученные подростками психотравмы, посттравматические стрессовые расстройства, сформировавшиеся в результате сексуального и иного насилия, катастроф (в частности, землетрясений) и виктимизации [19] (в частности кибербуллинга), сопряжены не только с депрессией, но и с суицидальностью.

Весьма показательным можно рассматривать комплексное исследование, проведенное в США [15]. Целью являлось изучение связи между киберзапугиванием, употреблением психоактивных веществ, депрессией, суицидальными мыслями и попытками самоубийства у подростков. Результаты показали, что киберзапугивание связано с повышением вероятности суицидальных попыток, данная связь опосредована депрессией и злоупотреблением психоактивных веществ. Обнаружена также связь виктимизации и суицидальных попыток без участия депрессии и суицидальных намерений, что позволяет предположить наличие спонтанных, незапланированных подростковых самоубийств. Было также зафиксировано, что по мере взросления подростков депрессия и злоупотребление психоактивными веществами имели тенденцию к росту, в то время как суицидальные мысли имели тенденцию к снижению.

С другой стороны, можно свидетельствовать о наличии в зарубежной литературе работ, нацеленных на изучение факторов, снижающих риск суицидальных мыслей у подростков, столкнувшихся с киберзапугиванием [25]. Исследование было проведено в Бельгии в 2014—2015 гг., объем выборки составил более одной тысячи человек в возрасте 12—18 лет. Были изучены факторы здорового образа жизни, т. е., те факторы, которые могут быть актуализированы самими подростками и которые могут снизить (по замыслу исследователей) риск суицидальных мыслей. В перечень факторов здорового образа жизни включили: физические нагрузки, участие в занятиях спортом на открытом воздухе, здоровое питание, продолжительный сон, сведение к минимуму курения и потребления алкоголя. Был проведен анализ влияния перечисленных факторов на выраженность суицидальных

мыслей в результате киберзапугивания. Результаты показали, что реализация здорового образа жизни способствует снижению проявления суицидальных мыслей и намерений.

Описание исследования, нацеленного на выяснение корреляции между недостаточным сном и суицидальными мыслями у подростков, приводят Ф. Байден и др. [5]. Выборка из более чем 13 тысяч молодых людей в возрасте от 14 до 18 лет была проанализирована на предмет взаимосвязи суицидальных намерений и дефицита сна. Как указывают авторы, вероятность возникновения суицидальных мыслей была в 1,35 раза выше у подростков, имевших недостаточный сон, по сравнению с теми, у кого продолжительность сна была в рамках нормы. К тому же подростки с суицидальными склонностями на фоне дефицита сна характеризовались наличием депрессии и переживанием чувства безысходности.

Таким образом, при обзоре зарубежных источников мы попытались проанализировать, в первую очередь, те работы, которые описывают взаимосвязь всех трех уровней факторов риска суицидального поведения подростков (соматических или психосоматических, интрапсихологических и социально-психологических). Особое внимание акцентировалось на выборе и анализе тех источников, в которых изучались влияния соматических (психосоматических) факторов на развитие депрессии и склонности к суициду подростков. Исходя из анализа содержания представленной выборки зарубежных работ, посвященных исследованию причин суицидального поведения подростков, описанные факторы риска можно свести к 4 классам.

1. Соматические (психосоматические): дефицит кортикального торможения [12], ряд хронических соматических и психосоматических заболеваний [4], нарушения сна [5; 22; 24], нарушения функционирования нейробиологических систем [7], синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [6, 20].

2. Интрапсихологические: острое состояние депрессии (в том числе вследствие психотравм и переживания экстремального дистресса различной этиологии) [4; 8; 12], чувство безысходности и безнадежности, высокий уровень тревожности, низкая самооценка [11; 13; 14].

3. Социально-психологические: конфликты со сверстниками и родителями, сексуальное насилие, киберзапугивание [8; 15; 19; 21]; чувство одиночества и «никотуненужности» (в том числе родителям), социальная изоляция [11; 23].

4. Поведенческие: склонность к самоповреждениям, употребление психоактивных веществ, агрессивность, отклоняющееся поведение [13; 16].

**Результаты эмпирического исследования** были получены на этапе подготовки к оказанию психокоррекционной помощи подросткам-суицидентам, которые и явились объектом изучения [2]. **Предметом** исследования выступили психологические и психосоматические корреляты суицидального поведения. **Цель** исследования заключалась в выявлении взаимосвязи показате-

лей психического и соматического статуса подростков с их суицидальными проявлениями. Достижение поставленной цели осуществлялось посредством решения следующих **задач**.

1. Организация психодиагностического исследования, исходя из принципов построения патопсихологического эксперимента.

2. Сбор психологического анамнеза подростков.

3. Использование биопсихосоциального подхода при интерпретации полученных психодиагностических (включая психосоматическую симптоматику) данных.

В качестве **гипотезы** исследования было сформулировано предположение о взаимосвязи особенностей эмоционально-личностной сферы подростков, выраженности психосоматических нарушений и склонности к суицидальному поведению.

Объем выборки составил 24 человека в возрасте 12—16 лет с равной представленностью полов. Психодиагностическое исследование проводилось по инициативе и в присутствии кого-либо из родителей. Каждый из подростков данной выборки имел направление на патопсихологическое обследование от психиатра с предварительным диагнозом «депрессия» и **представлением ранга степени выраженности риска реальных суицидальных попыток** (первичных или вторичных). При корреляционном анализе исследовалась связь показателей ранжирования риска суицида (РС) с выявленными психологическими и психосоматическими риск-факторами суицидогенности. Исследование было проведено на базе одного из медицинских центров г. Москвы.

В качестве **основных методов** использовались следующие.

1. Клиническая беседа, направленная на выяснение преморбидных особенностей обследуемого.

2. Метод сбора психологического анамнеза: объективного — со слов кого-либо из родителей (чаще — матери) и субъективного — в ходе клинической беседы с самим подростком.

**Дополнительными методами** были следующие.

3. Методика «10 слов», используемая для объективной оценки степени астенизации и особенностей динамики психических процессов.

4. Методика самооценки по Дембо—Рубинштейн с включением дополнительных шкал: «Семейное счастье», «Отношения с родителями», «Отношения с одноклассниками», «Отношения с учителями», «Физическое самочувствие».

5. Шкала депрессии А. Бека.

По результатам клинической беседы, интерпретации психологического анамнеза и по итогам обсуждения шкал методики самооценки по Дембо—Рубинштейн можно констатировать, что подростковая депрессия, сопряженная с таким показателем, как плохое «физическое самочувствие», оказалась положительно связана с риском суицидальных проявлений (РС) ( $r=0,82$ ;  $p=0,01$ ).



Приступы крайне негативных переживаний с последующим состоянием «опустошенности» вызывались также отрицательным прогнозом своего будущего и осознанием своей беспомощности перед непонятными и пугающими жизненными проблемами. Негативный прогноз будущего оказался статистически сопряженным с РС ( $r=0,70$ ;  $p=0,01$ ).

Потеря смысла жизни, бессмысленность своего существования, жизненная пустота — мотивировки суицидального поведения, наиболее осознаваемые и часто формулируемые большинством подростков выборки. В статусе доминирующих причин суицидального поведения они были зафиксированы нами у 14 обследуемых. Так называемая ноогенная невротизация, сопровождаемая апатией, депрессией, утратой интереса к жизни, особенно обострялась в выходные дни и в периоды свободного времени. Потеря смысла жизни оказалась статистически связана с РС ( $r=0,70$ ;  $p=0,01$ ).

По результатам клинической беседы с подростками и их родителями, на основании составления психологического анамнеза и изучения их истории жизни были выделены следующие психосоматические дисфункции, характерные для 73% подростков данной выборки. Связь РС с психосоматической симптоматикой в целом:  $r=0,69$  при  $p=0,01$ .

#### **Основные психосоматические нарушения у подростков изучаемой выборки можно свести к 5 видам.**

1. Нарушения пищеварения (абдоминальные дисфункции): ощущения подташнивания по утрам; отсутствие аппетита по утрам и повышенный аппетит вечером или ночью; психогенные запоры (снижение перистальтики кишечника) и другие проблемы с пищеварением; на пике депрессии симптоматика усиливалась. Статистическая связь абдоминальных нарушений с РС:  $r=0,60$  при  $p=0,05$ .

2. Вегетососудистая дистония (официальный диагноз наличествовал у 9 подростков, симптомы вегетативной лабильности имели место у 13 человек): ощущались общая слабость, повышенная утомляемость, метеозависимость самочувствия; «беспричинные» приступы сердцебиения и одышки; мигрирующие боли в руках, ногах, спине (связь с РС:  $r=0,87$  при  $p=0,01$ ).

3. Нарушения дыхания: периодические ощущения нехватки воздуха; чувство стягивания грудной клетки; поверхностное, скованное дыхание; неудовлетворенность вдохом, затрудненность «полного» вдоха, частая одышка (коэффициент корреляции с РС:  $r=0,61$  при  $p=0,05$ ).

4. Нарушения сна: проблемы с засыпанием, наплывы тягостных мыслей по ночам, хроническая бессонница, тревожный поверхностный и прерывистый сон, проблемы с пробуждением, сонливость днем (корреляция с РС:  $r=0,72$  при  $p=0,01$ ). Данные, полученные по описываемой дисфункции во-многом перекликаются с результатами зарубежных исследований последних лет [5; 17; 18; 24].

5. Психогенные головные боли и головокружение: болевые ощущения возникали при обострении депрес-

сии, нарастали в стрессовой ситуации при приступах «немотивированной» тревоги (корреляция с РС:  $r=0,69$  при  $p=0,01$ ).

Применительно к результатам эмпирического исследования и обзора зарубежной литературы можно свидетельствовать, что депрессивное состояние явилось «общим знаменателем» эмоциональной сферы каждого подростка изучаемой выборки [4; 11; 12; 15; 24]. По шкале депрессии А. Бека показатель варьировал от 19 до 25 баллов.

При изучении данных психологического анамнеза обнаружено: субдепрессивная симптоматика проявлялась у 51% обследуемых уже в детские годы, что согласуется с результатами зарубежных исследований [17]. Было также установлено, что воспоминания подростков о прошлых периодах своей жизни характеризовались определенной селективностью содержания, на первый план выступали припоминания негативных событий, конфликтов, неудач и игнорировались позитивные факты жизнедеятельности, достижения, удачи. Негативный образ прошлого, воспринимаемый подростком как сплошная цепь неприятностей и проблем, проецировался на будущее, которое также воспринималось безрадостным, бесперспективным, безнадежным [13]. Пребывая в депрессивном состоянии, подростки были уверены, что ничего хорошего в будущем их не ждет, что будущее — лишь нагромождение проблем, трудностей, неприятностей. На фоне депрессивного состояния и заниженной, неустойчивой самооценки [19] свое будущее подростки переживали как утрату жизненной перспективы. С утратой перспективы будущего настоящее также теряло для них смысл. При усилении депрессии возникали суицидальные мысли.

В ходе исследования достоверно выявлено: данные психосоматические нарушения у 54% подростков сопровождалась выраженной или умеренно выраженной астенией, которая воспринималась и переживалась как значимая личностная проблема, препятствующая полноценной жизни. Астеническая симптоматика была подтверждена результатами проведения методики «10 слов» и изучением истории жизни подростков. В данном случае экзистенциальные, личностно-смысловые мотивировки суицидальных намерений уходили на второй план.

По результатам проведенного обзора современных зарубежных исследований психологических и соматических факторов риска суицидального поведения подростков, а также на основании результатов эмпирического исследования психосоматических коррелятов подростковой суицидальности можно сделать следующие **выводы**.

1. На интрапсихологическом уровне при исследовании подростков на первый план выступили: состояния депрессии и агрессивности, переживание смыслового вакуума и бесперспективности будущего, наличие в прошлом детских психотравм, повышенная ранимость эмоциональной сферы, неуверенность в себе, обо-

стренное чувство собственного достоинства, чрезмерная вспыльчивость, обидчивость и замкнутость.

2. Нарушение социально психологической адаптации и социализации, зачастую отягощенное тяжелой обстановкой в семье, потеря доверительных отношений с родителями усугубляют подростковый кризис и способствуют развитию депрессивных состояний.

3. Астенические состояния при психосоматических дисфункциях усугубляют общее негативное самочувствие подростков, имеют преобладающее значение в структуре депрессивных переживаний и могут, таким образом, рассматриваться в качестве одного из факторов (при взаимодействии с эмоционально-личностными и социально-психологическими факторами), способствующих суицидальному поведению подростков.

4. Результаты исследования позволяют говорить о том, что факторы, принадлежащие трем (био-, психо-, социальный) уровням, имеют различную весовую пред-

ставленность в структуре депрессии и создают индивидуально неповторимую картину взаимовлияния при формировании склонности к суицидальному поведению каждого из подростков, что необходимо учитывать при разработке психокоррекционных программ, в том числе соматоориентированных. Использование интегративного (биопсихосоциального) подхода при психодиагностическом исследовании суицидального поведения подростков может способствовать пониманию факторов, ведущих к формированию депрессивного состояния, которое является общим и центральным звеном суицидальных склонностей.

5. Результаты исследования свидетельствуют о том, что описанные психосоматические дисфункции не только способствуют развитию астено-депрессивного состояния, но и могут рассматриваться в качестве факторов риска формирования суицидальных намерений у подростков.

### Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации [Электронный ресурс]. М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР, 1980. 58 с. URL: [https://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tihonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya\\_2c4fd3f064f.html](https://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tihonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya_2c4fd3f064f.html) (дата обращения: 20.03.2020).
2. Екимова В.И. Трудные подростки. Практические материалы по психодиагностике и оценке отклоняющегося поведения. М.: Аркти, 2007. 86 с.
3. Паттерны конституциональных особенностей как основа для оценки адаптации к учебному процессу [Электронный ресурс] / Р.М. Хайруллин [и др.] // Биоуправление в медицине и спорте. Материалы I всероссийской конференции. Новосибирск: Институт медицинской и биологической кибернетики СО РАМН, 1999. С. 125—126. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26215823> (дата обращения: 02.02.2020).
4. Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients / K. Kostev [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 245. P. 697—701. DOI:10.1016/j.jad.2018.11.014
5. Association between insufficient sleep and suicidal ideation among adolescents / P. Baiden [et al.] // *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 245. P. 697—701. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112579
6. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis / M. Septier [et al.] // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2019. Vol. 103. P. 109—118. DOI:10.1016/j.neubiorev.2019.05.022
7. Biomarkers of suicidal behaviors: A comprehensive critical review / E. Capuzzi [et al.] // *Advances in Clinical Chemistry*. 2019. In press. DOI:10.1016/bs.acc.2019.11.005
8. DeCou C.R., Lynch S.M. Emotional reactivity, trauma-related distress, and suicidal ideation among adolescent inpatient survivors of sexual abuse // *Child Abuse and Neglect*. 2019. Vol. 89. P. 155—164. DOI:10.1016/j.chiabu.2019.01.012
9. Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research / C.M. Lang [et al.] // *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018. Vol. 25. № 3. P. 416—426. DOI:10.1016/j.cbpra.2017.12.005
10. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation / S. Raj [et al.] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 39. P. 58—62. DOI:10.1016/j.ajp.2018.12.001
11. Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model / Y. Wang [et al.] // *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2020. Vol. 66. 12 p. DOI:10.1016/j.appdev.2019.101090
12. Preliminary evidence of an association between increased cortical inhibition and reduced suicidal ideation in adolescents treated for major depression / C.P. Lewisa [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 244. P. 21—24. DOI:10.1016/j.jad.2018.09.079
13. Psychological and behavioral characteristics of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in Chinese adolescents / Z.Z. Liu [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 226. № 8. P. 287—293. DOI:10.1016/j.jad.2017.10.010
14. Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization / J. Berona [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 209. P. 97—104. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.036
15. Reed K.P., Nugent W., Cooper R.L. Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents // *Children and Youth Services Review*. 2015. Vol. 55. P. 128—137. DOI:10.1016/j.childyouth.2015.05.016

16. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts / T.A. Duarte [et al.] // *Psychiatry Research*. 2019. In Press. 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112553
17. Short-term prediction of suicidal thoughts and behaviors in adolescents: Can recent developments in technology and computational science provide a breakthrough? / N.B. Allen [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 250. P. 163—169. DOI:10.1016/j.jad.2019.03.044
18. Stressful life events, insomnia and suicidality in a large sample of Chinese adolescents / B.P. Liu [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 249. P. 404—409. DOI:10.1016/j.jad.2019.02.047
19. Suárez-Soto E., Pereda N., Guilera G. Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems // *Children and Youth Services Review*. 2019. Vol. 106. 8 p. DOI:10.1016/j.childyouth.2019.104500
20. Suicidality and its relationships with individual, family, peer, and psychopathology factors among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder / W. Chou [et al.] // *Research in Developmental Disabilities*. 2016. Vol. 53—54. P. 86—94. DOI:10.1016/j.ridd.2016.02.001
21. Suicide attempts in chronically depressed individuals: What are the risk factors? / M. Ernst [et al.] // *Psychiatry Research*. 2019. In Press. 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112481
22. The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder / X. Fang [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 245. P. 17—21. DOI:10.1016/j.jad.2018.10.110
23. The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana / K.O. Asante [et al.] // *SSM — Population Health*. 2017. Vol. 3. P. 427—434. DOI:10.1016/j.ssmph.2017.05.005
24. The relationship between the frequency of suicidal ideation and sleep disturbance factors among adolescent earthquake victims in China / W. Tang [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. 2018. Vol. 55. P. 90—97. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2018.09.013
25. Which healthy lifestyle factors are associated with a lower risk of suicidal ideation among adolescents faced with cyberbullying? / M. Rodelli [et al.] // *Preventive Medicine*. 2018. Vol. 113. P. 32—40. DOI:10.1016/j.ypmed.2018.05.002

## References

1. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendatsii [Diagnosis of suicidal behavior: Methodological recommendations] [Elektronnyi resurs]. Moscow: Moskovskii nauchno-issledovatel'skii institut psikiatrii [Moscow Research Institute of Psychiatry]. 1980. 58 p. URL: [https://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tikhonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya\\_2c4fd3f064f.html](https://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tikhonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya_2c4fd3f064f.html) (Accessed 20.03.2020). (In Russ.).
2. Ekimova V.I. Trudnye podrostki. Prakticheskie materialy po psikhodiagnostike i otsenke otklonyayushchegosya povedeniya [Difficult teens. Practical materials on psychodiagnostics and assessment of deviant behavior]. Moscow: Arkti, 2007. 86 p. (In Russ.).
3. Khairullin R.M. [et al.] Patterny konstitutsional'nykh osobennosti kak osnova dlya otsenki adaptatsii k uchebnomu protsessu [Patterns of constitutional features as a basis for assessing adaptation to the educational process] [Elektronnyi resurs]. *Bioupravlenie v meditsine i sporte. Materialy I vserossiiskoi konferentsii [Biofeedback in medicine and sport. Materials of the 1st All-Russian Conference]*. Novosibirsk: Institut meditsinskoi i biologicheskoi kibernetiki SO RAMN, 1999, pp. 125—126. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26215823> (Accessed 02.02.2020). (In Russ.).
4. Kostev K. et al. Association between chronic somatic conditions and depression in children and adolescents: A retrospective study of 13,326 patients. *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 245, pp. 697—701. DOI:10.1016/j.jad.2018.11.014
5. Baiden P. et al. Association between insufficient sleep and suicidal ideation among adolescents. *Psychiatry Research*, 2019. Vol. 245, pp. 697—701. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112579
6. Septier M. et al. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2019. Vol. 103, pp. 109—118. DOI:10.1016/j.neubiorev.2019.05.022
7. Capuzzi E. et al. Biomarkers of suicidal behaviors: A comprehensive critical review. *Advances in Clinical Chemistry*, 2019. In press. DOI:10.1016/bs.acc.2019.11.005
8. DeCou C.R., Lynch S.M. Emotional reactivity, trauma-related distress, and suicidal ideation among adolescent inpatient survivors of sexual abuse // *Child Abuse and Neglect*, 2019. Vol. 89, pp. 155—164. DOI:10.1016/j.chiabu.2019.01.012
9. Lang C.M. et al. Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2018. Vol. 25, no. 3, pp. 416—426. DOI:10.1016/j.cbpra.2017.12.005
10. Raj S. et al. Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, 2019. Vol. 39, pp. 58—62. DOI:10.1016/j.ajp.2018.12.001
11. Wang Y. et al. Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2020. Vol. 66, 12 p. DOI:10.1016/j.appdev.2019.101090



12. Lewisa C.P. et al. Preliminary evidence of an association between increased cortical inhibition and reduced suicidal ideation in adolescents treated for major depression. *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 244, pp. 21—24. DOI:10.1016/j.jad.2018.09.079
13. Liu Z.Z. et al. Psychological and behavioral characteristics of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 226, № 8. pp. 287—293. DOI:10.1016/j.jad.2017.10.010
14. Berona J. et al. Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 209, pp. 97—104. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.036
15. Reed K.P., Nugent W., Cooper R.L. Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and Youth Services Review*, 2015. Vol. 55, pp. 128—137. DOI:10.1016/j.childyouth.2015.05.016
16. Duarte T.A. et al. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 2019. In Press, 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112553
17. Allen N.B. et al. Short-term prediction of suicidal thoughts and behaviors in adolescents: Can recent developments in technology and computational science provide a breakthrough? *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 250, pp. 163—169. DOI:10.1016/j.jad.2019.03.044
18. Liu B.P. et al. Stressful life events, insomnia and suicidality in a large sample of Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 249, pp. 404—409. DOI:10.1016/j.jad.2019.02.047
19. Suárez-Soto E., Pereda N., Guilera G. Poly-victimization, resilience, and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems. *Children and Youth Services Review*, 2019. Vol. 106, 8 p. DOI:10.1016/j.childyouth.2019.104500
20. Chou W. et al. Suicidality and its relationships with individual, family, peer, and psychopathology factors among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 2016. Vol. 53—54, pp. 86—94. DOI:10.1016/j.ridd.2016.02.001
21. Ernst M. et al. Suicide attempts in chronically depressed individuals: What are the risk factors? *Psychiatry Research*, 2019. In Press, 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2019.112481
22. Fang X. et al. The association between somatic symptoms and suicidal ideation in Chinese first-episode major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2019. Vol. 245, pp. 17—21. DOI:10.1016/j.jad.2018.10.110
23. Asante K.O. et al. The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. *SSM — Population Health*, 2017. Vol. 3, pp. 427—434. DOI:10.1016/j.ssmph.2017.05.005
24. Tang W. et al. The relationship between the frequency of suicidal ideation and sleep disturbance factors among adolescent earthquake victims in China. *General Hospital Psychiatry*, 2018. Vol. 55, pp. 90—97. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2018.09.013
25. Rodelli M. et al. Which healthy lifestyle factors are associated with a lower risk of suicidal ideation among adolescents faced with cyberbullying? *Preventive Medicine*, 2018. Vol. 113, pp. 32—40. DOI:10.1016/j.ypmed.2018.05.002

### Информация об авторах

Храмов Евгений Владимирович, кандидат психологических наук, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>, e-mail: [ev.khramov@gmail.com](mailto:ev.khramov@gmail.com)

### Information about the authors

Evgeniy V. Khramov, candidate of psychological sciences, associate professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>, e-mail: [ev.khramov@gmail.com](mailto:ev.khramov@gmail.com)

Получена 30.01.2020

Received 30.01.2020

Принята в печать 16.03.2020

Accepted 16.03.2020



## Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований)

**Эстербрук С.А.**

*Ассоциация «Глобальные бихевиоральные решения», Спрингфилд, штат Вирджиния, США,  
Спрингфилд, Вирджиния, США  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: [lane1130@yahoo.com](mailto:lane1130@yahoo.com)*

**Орлова Е.А.**

*Российская академия народного хозяйства и государственной службы  
при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: [orlova.elena64@yandex.ru](mailto:orlova.elena64@yandex.ru)*

**Карпекова Т.А.**

*средняя школа № 39 г. Могилева,  
г. Могилев, Республика Беларусь  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: [tkarpiakova@yahoo.com](mailto:tkarpiakova@yahoo.com)*

**Гребенников Ю.Л.**

*Московский государственный областной университет (МГОУ),  
г. Мытищи, Российская Федерация;  
Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: [imaruell@gmail.com](mailto:imaruell@gmail.com)*

В статье представлен обзор зарубежной литературы по проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): дается определение, описывается симптоматика, идентифицируются факторы и группы риска; определяются диагностические критерии, положенные в основу постановки диагноза ПТСР; рассматриваются существующий диагностический инструментарий и методы терапии, используемые при терапевтической работе с людьми, страдающими ПТСР. Как отмечается в работах ряда исследователей, ПТСР существует в странах с разным социально-экономическим развитием, в разных этнических и социокультурных средах и возрастных группах. Особый акцент в статье делается на рассмотрении когнитивно-бихевиорального подхода, широко применяющегося в практике терапевтической работы с людьми с ПТСР. Авторами рассматриваются концептуальные модели и теории, положенные в основу когнитивно-бихевиоральной терапии; идентифицируются часто используемые валидизированные диагностические интервью и самоотчеты для постановки диагноза ПТСР; описываются методы и техники когнитивно-бихевиоральной терапии; представлена базовая структура терапевтических программ. Как отмечают авторы статьи, эффективность когнитивно-бихевиорального подхода подтверждена рядом теоретических и экспериментальных исследований, доказывающих валидность и надежность применения методов когнитивно-бихевиоральной терапии, а также успешной многолетней практикой ее использования в работе с людьми, страдающими ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, травматическое событие, избегание стимулов, суицидальный риск, эмоционально-процессуальная теория, когнитивно-процессуальная терапия, тренинг ассертивности.

**Для цитаты:** Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований) [Электронный ресурс] / С.А. Эстербрук, Е.А. Орлова, Т.А. Карпекова, Ю.Л. Гребенников // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 76—84. DOI:10.17759/jmfp.2020090108

## Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies)

**Sviatlana A. Esterbrook**

*International Operations, Global Behavior Solutions,  
Springfield, Virginia, USA*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: [lane1130@yahoo.com](mailto:lane1130@yahoo.com)*

**Elena A. Orlova**

*Institute of Public Sciences in The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration,  
Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: [orlova.elena64@yandex.ru](mailto:orlova.elena64@yandex.ru)*

**Tatsiana A. Karpiakova**

*school № 39, Mogilev, Republic of Belarus*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: [tkarpiakova@yahoo.com](mailto:tkarpiakova@yahoo.com)*

**Yulia L. Grebennikov**

*Moscow Region State University, Moscow, Russia*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: [imaruell@gmail.com](mailto:imaruell@gmail.com)*

The article provides a review of foreign research on the topic of posttraumatic stress disorder (PTSD). It presents a definition, symptoms of PTSD; identifies PTSD risk factors and group types; defines diagnostic criteria for PTSD diagnosis; reviews existing diagnostic instruments and therapy methods used to work with people who suffered from PTSD. As mentioned by various researchers, PTSD can be found in cultures with different level of socio-economic development, in various ethnic and social groups, and in different age groups. The authors of the work particularly focus their attention on presenting the cognitive-behavioral approach, which is used widely in therapies for individuals with PTSD. They review the theories and concept models as the basis for cognitive-behavioral therapy; identify valid diagnostic tools such interviews and self-reports frequently used for the diagnosis of PTSD; describe cognitive-behavioral methods and techniques; present the basic structure for the therapeutic programs. As pointed by the authors of the article, the effectiveness of the cognitive —behavioral approach as shown by vary theoretical and experimental researches prove validity and reliability of cognitive-behavioral methods as well as their successful implementation in therapeutic work with people with PTSD.

**Keywords:** posttraumatic stress disorder; traumatic event; suicidal risk; theory of emotional processing; cognitive-processing therapy.

**For citation:** Esterbrook S.A., Orlova E.A., Karpiakova T.A., Grebennikov Yu.L. Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies) [Elektronnyi resurs]. Journal of Modern Foreign Psychology, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 76—84. DOI:10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ.).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это сложное психическое состояние, которое развивается в результате переживания травматического события. Симптомами, характеризующими ПТСР, являются: повторяющееся воспроизведение травматического события или его эпизодов, соответствующих образов, мыслей и чувств, которые вызывают тяжелые эмоциональные переживания; постоянное избегание стимулов — мыслей, воспоминаний, людей или мест, ассоциирующихся с этим травматическим событием; эмоциональное оцепенение, блокировка эмоциональных реакций; совокупность симптомов возрастающего напряжения и возбуждения. ПТСР часто сопровождается другими психическими расстройствами и является сложным заболеванием, которое может привести к нетрудоспособности и нарушению жизненно важных функций [1; 9 11; 12; 17; 21].

В «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (5-е издание Американской Психиатрической Ассоциации, 2013) подробно классифицируются и описываются симптомы ПТСР. Так, ПТСР характеризуется постоянным переживанием симптомов, которые включают: 1 — повторяющиеся и навязчивые воспоминания о травматическом событии; 2 — повторяющиеся сны о собы-

тии; 3 — такие действия, как если бы событие происходило вновь; 4 — интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматическом событии или символизирующей его; 5 — физиологическую реактивность на стимулы или ситуации, которые напоминают о травматическом событии [9].

ПТСР также часто идентифицируется симптомами избегания и эмоционального оцепенения. Они могут включать: 1 — усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров о травматическом событии; 2 — усилия по избеганию деятельности, мест или людей, ассоциирующихся с событием; 3 — неспособность вспомнить о важных аспектах события; 4 — заметное снижение интереса к тому, что раньше доставляло удовольствие; 5 — ощущение отчужденности, отстраненности от других людей; 6 — ограничение спектра эмоциональных переживаний; 7 — чувство сокращенной жизненной перспективы, сопровождающееся серьезным недостатком планирования будущего. Наконец, следует отметить и симптомы возбуждения, которые не наблюдались до травматического события. К ним относятся следующие симптомы: 1 — трудности с засыпанием или плохой сон; 2 — раздражительность или вспышки гнева; 3 — затруднения с сосредоточением внимания;

4 — повышенный уровень настороженности, гипербдительность, постоянное ожидание опасности или повторного переживания ситуации, угрожающей жизни; 5 — гипертрофированная реакция на испуг [1; 9; 11; 12; 21].

Данные диагностические критерии положены в основу постановки диагноза ПТСР и являются базовыми, на основе чего составляются индивидуальные программы психотерапевтической работы с людьми, страдающими ПТСР.

Обычно это расстройство переживается более одного месяца и вызывает тяжелое эмоциональное состояние или значимые нарушения в профессиональной или социальной жизнедеятельности. Если продолжительность симптомов меньше трех месяцев, то ставится диагноз «острое ПТСР», если продолжительность симптомов превышает три месяца, то расстройство считается хроническим. Иногда симптомы проявляются через месяцы или даже годы после пережитой травмы. В этих случаях ставится диагноз «ПТСР с отсроченным началом» [1; 9; 11].

Как отмечают Э.Б. Фoa и коллеги, С. Тэйлор, П.А. Ресик и коллеги, большинство людей, переживших травму, со временем приходят в себя и у них не возникают симптомы ПТСР. Однако у некоторых людей возникают симптомы ПТСР, которые без терапевтической помощи могут привести к развитию серьезного и устойчивого психического расстройства. Исследователи также подчеркивают, что ПТСР часто сопровождается другими сопутствующими психическими расстройствами, требующими особого внимания и чуткости на протяжении всего процесса терапии. Такими сопутствующими психическими расстройствами являются злоупотребление химическими веществами, различные состояния тревожности и общая депрессия [11; 17; 21].

Согласно эпидемиологическим данным по США, полученным Р. Кесслером и коллегами, 80% пациентов, страдающих ПТСР, испытывают также депрессию, другие тревожные расстройства или зависимость/злоупотребление различными химическими веществами [23].

В работах ряда современных зарубежных авторов, анализирующих фактор распространенности ПТСР, отмечается, что распространенность травматического опыта в целом значительно выше, чем это ранее предполагалось экспертами. Результаты эпидемиологических исследований по распространенности переживаний травматических событий поддерживают эту точку зрения [4; 14; 23].

Так, Ф. Норрис и Л.Б. Слоун обнаружили, что 69% взрослого населения сообщают о переживании одного или более травматического события за свою жизнь [14]. В эпидемиологическом исследовании Н. Бреслау показано, что примерно у 25% людей, переживших травматическое событие, впоследствии развивалось ПТСР, которое стало хроническим примерно у 9%. Исследователь также выявила, что даже среди относительно молодых людей с образованием, 39% когда-то переживали травмирующие события [4].

В национальном исследовании заболеваемости Р. Кесслера с соавторами было обнаружено, что ПТСР в течение жизни наблюдается у 8% взрослого населения США [23]. Этот показатель подтвержден и данными Американской психиатрической ассоциации [9]. Согласно результатам Национального исследования заболеваемости Р. Кесслера и коллег, мужчины чаще (60%) подвергаются воздействию травмирующих событий, чем женщины (50%). Однако женщины (12%) более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (6%) [23].

ПТСР имеет более высокие показатели в так называемых «группах риска». Прежде всего, это относится к людям, профессии которых связаны с повышенным уровнем риска. Это ветераны войн и участники вооруженных конфликтов. Отмечается, что распространенность ПТСР у них в среднем 22—31% [14]. Затем, в группе риска развития ПТСР находятся индивиды, пережившие насилие. Исследователь Н. Бреслау обнаружила, что жертвы насильственных нападений, включая сексуальное насилие, имели самые высокие показатели ПТСР. Причем у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, развивается ПТСР в результате насилия, особенно это касается сексуального насилия. Более того, ПТСР в целом сохраняется дольше у женщин, чем у мужчин, часто более 6 месяцев (74%), а также дольше, если травматическое событие произошло непосредственно с самим человеком, а не с другим (в случае опосредованной травматизации) [4].

Ряд исследователей анализируют факторы риска, способствующие развитию ПТСР. Так, К.Р. Бревин описывает 4 категории факторов риска, которые могут увеличить вероятность развития у людей посттравматического стрессового расстройства. К ним относятся: 1 — наличие психиатрических расстройств в семье, низкий уровень интеллекта, нестабильность семьи, личностные черты, травматические события в прошлом; 2 — глубина травматического воздействия; 3 — особенности протекания психических процессов и адекватный уровень реагирования на ситуации опасности до и сразу после травматического события; 4 — наличие стрессовых стимулов в повседневной жизни и слабая социальная поддержка после травмы [5].

Итак, по мнению ряда авторов, распространенность ПТСР обусловлена спецификой социокультурной среды, местом работы и проживания людей, а также их индивидуально-психологическими особенностями. ПТСР встречается в различных современных культурах и этнических средах, независимо от социально-экономического и политического уклада, как в индустриальных, так и в неиндустриальных странах. Распространенность ПТСР намного выше в тех странах, где присутствуют этнические и вооруженные конфликты. Симптомы ПТСР в целом одинаково проявляются в различных возрастных группах (как у детей, так и у взрослых людей) [4; 5; 12; 14; 23].

В качестве диагностического инструментария, с целью выявления и всесторонней оценки симптомов ПТСР, разработан и применяются ряд структурирован-

ных диагностических интервью, а также опросники-самоотчеты и специально разработанные дополнительные шкалы к существующим тестам для оценки ПТСР [1; 9; 11; 21].

Структурированные диагностические интервью и психологические тесты являются базовыми диагностическими инструментами. Они характеризуются надежностью и валидностью и позволяют выявить весь спектр и специфику симптомов ПТСР, а также сопутствующих ПТСР состояний и оценить глубину их проявления. К ним относятся следующие: 1 — Структурированное клиническое интервью для «Диагностического статистического руководства по психическим расстройствам»; 2 — Клиническая шкала для диагностики ПТСР; 3 — Интервью по диагностике ПТСР; 4 — Структурированное интервью для ПТСР; 5 — Интервью по диагностике тревожных расстройств; 6 — ПТСР-Интервью [1; 11; 20; 22; 25].

Опросники-самоотчеты и специальные шкалы для выявления симптомов ПТСР широко используются в качестве дополнительных методов для оценки симптоматики ПТСР. Они эффективны в получении информации о симптомах ПТСР, легки в использовании и обработке результатов, хорошо дополняют структурированные диагностические интервью. Они применяются как для получения первоначальной информации о симптомах ПТСР, так часто и при повторной диагностике ПТСР. Среди них можно назвать следующие: 1 — Шкала оценки влияния травматического события (переработанная); 2 — Шкала ПТСР Кина для Миннесотского многофакторного личностного опросника-2; 3 — Шкала посттравматической диагностики; 4 — Опросник симптомов ПТСР [1; 16; 15; 26].

Авторы данной статьи в наибольшей мере концентрируют свое внимание на обзоре зарубежной литературы, в которой описывается диагностика и система методов терапии ПТСР в рамках когнитивно-бихевиорального подхода как наиболее систематизированного и эффективного терапевтического подхода для работы с ПТСР. Эффективность методов когнитивно-бихевиоральной терапии доказана рядом теоретических и экспериментальных исследований и апробирована на практике с различными категориями людей, имеющих ПТСР [2; 3; 7; 8; 10; 18; 19; 21].

С. Тэйлор, С.П. Кахилл и коллеги, представляют теоретические принципы и концептуальные модели в рамках когнитивно-бихевиорального подхода, которые положены в основу когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР. Самые ранние техники когнитивно-бихевиоральной терапии (систематическая десенсилизация, релаксационный тренинг) основываются на двухфакторной теории обусловливания эмоций страха и оперантного избегания. С появлением более поздних техник (вскрывающая терапия, когнитивная терапия, когнитивно-процессуальная терапия) эмоционально-информационные теории ПТСР стали доминировать над теорией научения. Социально-когнитивные теории концентрируют внимание на содержании когни-

тивной сферы индивида, действующего внутри социального контекста. [8; 21]. К.Р. Бревин и Н. Бургесс попытались интегрировать эти два направления в теории двойной репрезентации [6].

Все когнитивно-поведенческие теории придают особое значение фактору убежденности людей в своих возможностях справиться с трудными ситуациями, т. е. вере в свои собственные силы. Вера в свои силы является решающим фактором в совладении с травматическим переживанием. Без нее различные когнитивные процессы — мотивация, эмоции, принятие решений — теряют свою эффективность. Таким образом, вера в свои силы является когнитивным регулятором психических процессов. Она определяет то, каким образом будет воспринято и осмыслено травматическое событие [2; 3; 8; 12; 18; 21].

Исследователи Э.Б. Фоа и Э.А. Мидоуз, П.А. Ресик и коллеги четко определяют основные критерии, с позиций которых анализируется обоснованность, валидность и эффективность различных методов и техник, используемых для терапии ПТСР. К таким критериям так называемого «золотого стандарта» относятся следующие: 1 — четкое описание симптомов, на которые направлена терапия; 2 — надежность и валидность методики измерений; 3 — независимая экспертиза; 4 — тренинг экспертов; 5 — четко описанные специальные программы терапии; 6 — непредвзятое (случайное) формирование исследуемой совокупности; 7 — четкое соблюдение условий терапии [17, с. 420—422].

Ряд методов и техник когнитивно-бихевиоральной терапии отвечают практически всем этим требованиям и признаны весьма эффективными в работе с ПТСР. Остановимся подробнее на описании методов и техник когнитивно-бихевиоральной терапии. К ним относятся: вскрывающая терапия; систематическая десенсилизация; тренинг управления стрессом; когнитивно-процессуальная терапия; когнитивная терапия; тренинг асертивности; релаксационный тренинг [2; 3; 7; 8, 18, 19; 21].

Метод вскрывающей терапии является основным методом, используемым при терапии людей с ПТСР. Метод применяется при работе с сильной тревогой или переживанием сильного страха, прорабатывает их и снижает их уровень. Как отмечалось ранее, Э.Б. Фоа и коллеги экспериментально доказали, что специальная активация страха в процессе терапии дает хорошие результаты. Этой цели и служат техники вскрывающей терапии, так как активация травматических воспоминаний позволяет корректировать патологические элементы травматических воспоминаний. Вскрывающая терапия включает в себя: «техники наводнения», воображения, «тренинга в реальной жизни», пролонгирования. Вскрывающая терапия начинается с разработки иерархии событий и стимулов, связанных с тревогой и страхом. В процессе вскрывающей терапии происходит продолжительная конфронтация с тревожащими стимулами, что снижает уровень тревоги и страха. Уменьшение тревоги приводит также к снижению или



исчезновению симптомов избегания, возникших после переживания травматического события. Данный метод используется в различных формах и в сочетании с методами психологического просвещения, релаксационным тренингом, а также в сочетании с когнитивной терапией [7; 10; 11; 21].

Метод систематической десенситизации представляет собой совмещение техник вскрывающей терапии с релаксацией. Данный метод был впервые описан Дж. Вольпе. Вначале предполагается разработка иерархии тревожащих индивида стимулов. При этом тревожные события ранжируются по шкале от самого слабого до самого сильного события. До применения метода систематической десенситизации клиентов обучают релаксации. Затем, по мере освоения релаксационных техник, начинают применяться формы вскрывающей терапии. Причем, как только у людей с ПТСР возникает тревога, применение вскрывающей терапии прерывается и сменяется использованием релаксационных техник. После релаксации продолжается работа со стимулами, вызывающими тревогу, в соответствии с иерархией до тех пор, пока индивид не научится реагировать на каждый из этих стимулов без возникновения реакций тревоги [3; 7; 18].

Тренинг управления стрессом был вначале создан как способ управления тревогой. Затем программа тренинга была модифицирована для терапии жертв насилия и представлена в терминах ПТСР. Данный модифицированный тренинг управления стрессом включает в себя: психологическое просвещение; технику мышечной релаксации; тренинг дыхания; проигрывание ролей; когнитивное моделирование (реструктурирование); диалог с собой; позитивное воображение; технику остановки мыслей; тренинг дыхания. Программа тренинга управления часто проводится до применения техник вскрывающей терапии, которые предполагают конфронтацию с пугающими стимулами. Мотивация предварительного проведения программы тренинга управления стрессом с людьми, страдающими ПТСР, состоит в том, что тревога и страх, возникшие у них в момент переживания травматического события, генерализуются и проявляются во многих ситуациях, не связанных с травмой. Таким образом, люди с ПТСР обучаются управлять своей тревогой с помощью новых приемов, что снижает уровень тревоги и избегания ситуаций, напоминающих травму. Техники управления стрессом могут использоваться как отдельно, так и комбинироваться с техниками вскрывающей терапии [8; 10; 11; 12; 21].

Когнитивно-процессуальная терапия предполагает использование техник когнитивной терапии и вскрывающей терапии. Данная терапия применялась с целью терапии жертв насилия. Широко применяется в работе с искаженными когнитивными схемами и убеждениями людей с ПТСР, которые возникают у них вследствие влияния травматического события. Люди с ПТСР пытаются ассимилировать новую информацию о травме и адаптировать ее к существующим когнитивным

схемам и представлениям. При этом когнитивные техники помогают людям с ПТСР переработать проблемные когнитивные схемы и сверхобобщенные убеждения и представления, появившиеся в результате травмы. В процессе терапии у людей с ПТСР негативные представления заменяются позитивными, такими как убеждение в безопасности, в доверии, контроле, уважении. Вскрывающая терапия используется в форме детального повествования о травме, в прочтении его терапевту и затем самому себе дома вслух. Это помогает людям, страдающим ПТСР, не только уменьшить эмоциональное напряжение, но и выявить так называемую «тупиковую точку» у клиента, т. е., тот момент в травматическом событии, который повлек за собой возникновение конфликта с предыдущими убеждениями или который наиболее тяжело воспринимается индивидом [8; 11; 18; 19; 21].

Когнитивная терапия была разработана А. Беком и получила распространение для терапии тревожных расстройств и депрессии. Когнитивная терапия базируется на положении о том, что интерпретация события в большей степени, чем само событие, определяет психическое состояние человека. Следовательно, негативные интерпретации ведут к негативным состояниям. Ошибочные интерпретации обозначаются как автоматические (дисфункциональные) мысли, которые возникают в результате неточных или экстремальных объяснений, вызванных определенными ситуациями. Целью когнитивной терапии является изменение дисфункциональных мыслей. Для этого существует специальная программа, когда люди учатся распознавать дисфункциональные мысли, доказывать их нелогичность и заменять их логичными мыслями. При работе с людьми с ПТСР особое внимание уделяется вопросам безопасности, доверия и коррекции представлений о своем Я [2; 3; 10; 12; 21].

В основе тренинга асертивности находится положение о том, что уверенность в себе, как и релаксация, может эффективно снижать тревогу. В процессе тренинга асертивности прорабатываются межличностные проблемы, возникающие как результат травмы. Люди с ПТСР приобретают уверенность в себе, учатся быть асертивными в общении с другими людьми при обсуждении своего травматического опыта, своих мыслей и в просьбах о поддержке и помощи. В процессе тренинга асертивности часто используются некоторые формы когнитивной терапии для обучения умению устанавливать взаимосвязи между мыслями, эмоциями и поведением и для выявления стереотипов ошибочного мышления [2; 8; 11; 18].

Релаксационный тренинг используется также для терапии ПТСР, так как релаксационные техники, включая и дыхательные упражнения, помогают людям, страдающим ПТСР, снизить уровень тревоги, вызываемой стимулами, связанными с травматическим событием. Различные формы релаксационных техник и дыхательные упражнения могут проводиться до начала терапии, самостоятельно или как часть тренинга

управления стрессом. Также релаксационные техники могут использоваться в процессе проведения терапии, в сочетании с вскрывающей и когнитивной терапией [2; 7; 10; 12; 21].

Любая терапия, в том числе и когнитивно-бихевиоральная, строится на основе детальной и всесторонней диагностики ПТСР. Диагностика ПТСР проводится в соответствии с диагностическими критериями, представленными в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим Расстройствам» Американской Психиатрической ассоциации [9].

К наиболее надежным диагностическим инструментам, выявляющим неадаптивные когнитивные схемы, искаженные убеждения о мире, о людях и о себе, а также неадаптивные (нефункциональные) формы поведения, относятся: 1 — Посттравматический опросник когнитивных процессов; 2 — Шкала представлений о мире [13; 24].

Диагностика проводится на протяжении всего курса терапии с целью контроля симптоматики и мониторинга изменений неадаптивных когнитивных схем и убеждений у людей с ПТСР, дезадаптивных форм их поведения и эмоционального реагирования на стимулы, вызывающие тревогу. Затем, по окончании курса терапии, проводится итоговая диагностика.

После проведения первичной диагностики и постановки предварительного диагноза наступает фаза определения целей и задач терапии, обсуждения программы терапии с клиентом. Перед началом проведения терапевтических сессий, особенно с применением форм вскрывающей терапии, следует ранжировать вызывающие тревогу стимулы по иерархии — от самого слабого к самому сильному.

Кроме того, если у индивида с ПТСР выявлен высокий уровень тревожности, прежде чем перейти к техникам вскрывающей терапии, желательно провести с ним тренинг управления стрессом. В процессе тренинга происходит обучение приемам регуляции эмоциональных состояний, релаксации, включая и дыхательные упражнения. После этого, по мере готовности, можно переходить и к использованию основных мето-

дов когнитивно-бихевиоральной терапии, к которым относятся техники вскрывающей терапии и когнитивного реконструирования неадаптивных когнитивных схем и убеждений людей с ПТСР.

Техники релаксации и дыхательные упражнения могут использоваться не только в рамках проведения тренинга управления стрессом, но и в процессе проведения терапии в сочетании с другими терапевтическими методами, особенно с методом вскрывающей терапии, что помогает снижению уровня тревоги и страха у индивида, страдающего ПТСР. Варьирование техник и методов терапии определяется индивидуальными особенностями человека и глубиной психологического переживания им травматического события.

Итак, структура терапевтических программ в рамках когнитивно-бихевиорального подхода включает в себя следующие базовые этапы: 1 — глубокая и всесторонняя диагностика ПТСР и постановка предварительного диагноза; 2 — разработка и обсуждение плана терапии, включая психологическое просвещение клиента, практику по эмоциональной регуляции его состояний, с элементами релаксации и дыхательных упражнений; 3 — вскрывающая терапия и когнитивная терапия — работа с неадаптивными когнитивными схемами и нефункциональным поведением, искаженными убеждениями клиента о мире, о себе, о других [12; 21, 12].

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что в современной науке и практике накоплен значительный опыт диагностики и психотерапии ПТСР. ПТСР — это серьезное психологическое состояние, возникающее у людей в результате воздействия травматического события, затрагивающего важнейшие сферы функционирования и жизнедеятельности человека. Люди, страдающие ПТСР, зачастую не могут сами справиться с последствиями травмы и нуждаются в профессиональной психологической помощи. Многообразие диагностического инструментария для всесторонней и точной оценки симптомов и терапевтических методов и техник, разработанных в рамках различных подходов, позволяет разрабатывать эффективные терапевтические программы оказания помощи людям с ПТСР.

## Литература

1. Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults / A.F. Reardon [et al.] // Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.) / Eds. M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resick. New York: Guilford Press, 2016. P. 369—381.
2. Beck A.T., Clark D.A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York: Guilford Press, 2011. 628 p.
3. Behavior Therapy in Psychiatric Practice / Eds. J. Wolpe, L.J. Reyna. New York: Pergamon Press, 2013. 207 p.
4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD and other posttraumatic disorders // Trauma, Violence, and Abuse. 2009. Vol. 10. № 3. P. 198—210. DOI:10.1177/1524838009334448
5. Brewin C.R. Risk Factor Effect Sizes in PTSD: What This Means for Intervention // Journal of Trauma & Dissociation. 2005. Vol. 6. № 2. P. 123—130. DOI:10.1300/J229v06n02\_11
6. Brewin C.R., Burgess N. Contextualization in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014. Vol. 45. № 1. P. 217—219. DOI:10.1016/j.jbtep.2013.07.011
7. Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure / L.A. Brown [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2018. Vol. 86. № 5. P. 452—463. DOI:10.1037/ccp0000292

8. Cognitive Behavioral Therapy for Adults / S.P. Cahill [et al.] // *Effective Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / Eds. E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, J.A. Cohen. New York: Guilford Press, 2009. P. 139—212.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* / American Psychiatric Association. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
10. Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial / D. Horesh [et al.] // *Psychology and Psychotherapy*. 2017. Vol. 90. № 2. P. 235—243. DOI:10.1111/papt.12103
11. *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / E.B. Foa [et al.]. New York: Guilford Press, 2009. 642 p.
12. *Evidence Based Treatments for Trauma-related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians* / Eds. U. Schnyder, M. Cloitre. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. 522 p.
13. *Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Toward of New Psychology of Trauma*. New York: Free Press, 1992. 262 p.
14. *Norris F.H., Slone L.B. The Epidemiology of Trauma and PTSD [Электронный ресурс]* // *Handbook of PTSD: Science and Practice (First Edition)*. New York: Guilford Press, 2007. P. 78—99. URL: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3u18rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3u18rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (дата обращения: 19.03.2020).
15. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members / J.H. Wortmann [et al.] // *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28. № 11. P. 1392—1403. DOI:10.1037/pas0000260
16. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) / E.B. Foa [et al.] // *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28. № 10. P. 1166—1171. DOI:10.1037/pas0000258
17. *Psychosocial Treatments for Adults with PTSD* / P.A. Resick [et al.] // *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)* / Eds. M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resick. New York: Guilford Press, 2016. P. 419—431.
18. *Psychotherapies for PTSD: what do they have in common* / U. Schnyder [et al.] // *European Journal of Psychotraumatology*. 2015. Vol. 6. № 1. P. 281—286. DOI:10.3402/ejpt.v6.28186
19. *Resick P.A., Monson C.M., Chard C.M. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. New York: Guilford Press, 2017. 311 p.
20. *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)* / M.B. First [et al.]. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2015. 94 p.
21. *Taylor S. Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press, 2017. 372p.
22. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans / F.W. Weathers [et al.] // *Psychological Assessment*. 2018. Vol. 30. № 3. P. 383—395. DOI:10.1037/pas0000486
23. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States / R. Kessler [et al.] // *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* / Eds. R. Kessler, T. Ustun. New York: Cambridge University Press, 2008. P. 165—210.
24. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation / E.B. Foa [et al.] // *Psychological Assessment*. 1999. Vol. 11. № 3. P. 303—314. DOI:10.1037/1040-3590.11.3.303
25. *Weathers F.W., Keane T.M., Foa E.B. Assessment and Diagnosis of Adults // Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / Eds. E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, J.A. Cohen. New York: Guilford Press, 2009. P. 36—39.
26. *Weiss D.S. The Impact of Event Scale — Revised // Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed.)* / Eds. J.P. Wilson, T.M. Keane. New York: Guilford Press, 2004. P. 168—189.

## References

1. Reardon A.F. et al. Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults. In Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2016, pp. 369—381.
2. Beck A.T., Clark D.A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press, 2011. 628 p.
3. *Behavior Therapy in Psychiatric Practice*. Wolpe J., Reyna L.J. (eds.). New York: Pergamon Press, 2013. 207 p.
4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD and other posttraumatic disorders. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2009. Vol. 10, no. 3, pp. 198—210. DOI:10.1177/1524838009334448
5. Brewin C.R. Risk Factor Effect Sizes in PTSD: What This Means for Intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2005. Vol. 6, no. 2, pp. 123—130. DOI:10.1300/J229v06n02\_11



6. Brewin C.R., Burgess N. Contextualization in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2014. Vol. 45, no. 1, pp. 217—219. DOI:10.1016/j.jbtep.2013.07.011
7. Brown L.A. et al. Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2018. Vol. 86, no. 5, pp. 452—463. DOI:10.1037/ccp0000292
8. Cahill S.P. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Adults. In Foa E.B. et al. (eds.), *Effective Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2009, pp. 139—212.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
10. Horesh D. et al. Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 90, no. 2, pp. 235—243. DOI:10.1111/papt.12103
11. Foa E.B. et al. Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2009. 642 p.
12. Evidence Based Treatments for Trauma-related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. Schnyder U., Cloitre M. (eds.). Switzerland: Springer International Publishing, 2015. 522 p.
13. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Toward of New Psychology of Trauma. New York: Free Press, 1992. 262 p.
14. Norris F.H., Slone L.B. The Epidemiology of Trauma and PTSD [Elektronnyi resurs]. *Handbook of PTSD: Science and Practice (First Edition)*. New York: Guilford Press, 2007, pp. 78—99. URL: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3uI8rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3uI8rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Accessed 19.03.2020).
15. Wortmann J.H. et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 2016. Vol. 28, no. 11, pp. 1392—1403. DOI:10.1037/pas0000260
16. Foa E.B. et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 2016. Vol. 28, no. 10, pp. 1166—1171. DOI:10.1037/pas0000258
17. Resick P.A. et al. Psychosocial Treatments for Adults with PTSD. In Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2016, pp. 419—431.
18. Schnyder U. et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common. *European Journal of Psychotraumatology*, 2015. Vol. 6, no. 1, pp. 281—286. DOI:10.3402/ejpt.v6.28186
19. Resick P.A., Monson C.M., Chard C.M. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual. New York: Guilford Press, 2017. 311 p.
20. First M.B. et al. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2015. 94 p.
21. Taylor S. Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach (2nd ed.). New York: The Guilford Press, 2017. 372p.
22. Weathers F.W. et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. *Psychological Assessment*, 2018. Vol. 30, no. 3, pp. 383—395. DOI:10.1037/pas0000486
23. Kessler R. et al. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. In Kessler R., Ustun T. (eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008, pp. 165—210.
24. Foa E.B. et al. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 1999. Vol. 11, no. 3, pp. 303—314. DOI:10.1037/1040-3590.11.3.303
25. Weathers F.W., Keane T.M., Foa E.B. Assessment and Diagnosis of Adults. In Foa E.B. et al. (eds.), *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2009, pp. 36—39.
26. Weiss D.S. The Impact of Event Scale — Revised. In Wilson J.P., Keane T.M. (eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2004, pp. 168—189.

### Информация об авторах

Эстербрук Светлана Анатольевна, кандидат психологических наук, заместитель руководителя по международным связям ассоциации «Глобальные бихевиоральные решения», Спрингфилд, Вирджиния, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: [lane1130@yahoo.com](mailto:lane1130@yahoo.com)

Орлова Елена Александровна, доктор психологических наук, профессор кафедры общей психологии факультета психологии, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: [orlova.elena64@yandex.ru](mailto:orlova.elena64@yandex.ru)



*Карпекова Татьяна Анатольевна*, учитель начальных классов, средняя школа № 39 г. Могилева, г. Могилев, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: [tkarpiakova@yahoo.com](mailto:tkarpiakova@yahoo.com)

*Гребенников Юлия Леонидовна*, кандидат психологических наук, магистрант, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); старший преподаватель кафедры психологии развития личности, Московский государственный областной университет (МГОУ), г. Мытищи, Российская Федерация, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: [imaruell@gmail.com](mailto:imaruell@gmail.com)

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

*Sviatlana A. Esterbrook*, PhD in Psychology, Vice President of International Operations, Global Behavior Solutions, LLC, Springfield, Virginia, USA, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: [lanal130@yahoo.com](mailto:lanal130@yahoo.com)

*Elena A. Orlova*, Doctor of Psychology, Professor, Chair of General Psychology, Faculty of Psychology, Institute of Public Sciences in The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: [orlova.elena64@yandex.ru](mailto:orlova.elena64@yandex.ru)

*Tatsiana A. Karpiakova*, Primary School Teacher, School №39, Mogilev, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: [tkarpiakova@yahoo.com](mailto:tkarpiakova@yahoo.com)

*Yulia L. Grebennikov*, PhD in Psychology, Senior Teacher, Chair of Psychology of Personality Development, Moscow Region State University, Mytishchi, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: [imaruell@gmail.com](mailto:imaruell@gmail.com)

Получена 22.01.2020

Принята в печать 15.03.2020

Received 22.01.2020

Accepted 15.03.2020

---

## ОТРАСЛЕВАЯ ПСИХОЛОГИЯ SPECIAL (BRANCH) PSYCHOLOGY

---

### Психологические факторы рецидивизма и его профилактики (по материалам зарубежных исследований)

*Сечко А.В.,*

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>, e-mail: [setschko@yandex.ru](mailto:setschko@yandex.ru)*

В статье проанализированы результаты исследования рецидивизма, проведенные в Англии, Дании, Канаде, Нигерии, Португалии, Новой Зеландии, США, Шотландии. Выявлены объективные и субъективные детерминанты, позволяющие с высокой долей вероятности прогнозировать последующее уголовно преследуемое нарушение, его временные параметры. Описан психологический портрет рецидивиста, выявлены стресс-факторы деликвентного поведения. Раскрыты движущие силы декриминализации бывших преступников. Это интенсивный испытательный срок под покровительством наставников, способных построить доверительные отношения с условно-досрочно освобожденными через последовательные, не осуждающие действия с одновременной возможностью выполнения роли опекунов молодых людей, находящихся в сложной социальной и криминальной обстановке при решении их экономических проблем.

**Ключевые слова:** рецидивизм, служба пробации, интенсивный испытательный срок, стресс, экстремизм, декриминализация, стигматизация, реинтеграция.

**Для цитаты:** Сечко А.В. Психологические факторы рецидивизма и его профилактики (по материалам зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. №1. С. 85—93. DOI:10.17759/jmfp.2020090109

### Psychological conditions for the prevention of recidivism

*Aleksandr V. Sechko*

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>, e-mail: [setschko@yandex.ru](mailto:setschko@yandex.ru)*

The article analyzes the results of a study of recidivism conducted in England, Denmark, Canada, Nigeria, Portugal, New Zealand, the USA, and Scotland. Objective and subjective determinants have been identified that make it possible to predict with a high degree of probability the subsequent criminal prosecution violation, its time parameters. The psychological portrait of the recidivist is described, stress factors of delinquent behavior are revealed. The driving forces of decriminalization of former criminals are revealed. This is an intensive probationary period under the auspices of mentors who are able to build trusting relationships with parole through consistent, non-judgmental actions with the simultaneous possibility of playing the role of guardians of young people in difficult social and criminal settings in solving their economic problems.

**Keywords:** recidivism; probation service; intensive trial period; stress; extremism; decriminalization; stigma reintegration.

**For citation:** Sechko A.V. Psychological conditions for the prevention of recidivism [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 85—93. DOI:<https://DOI.org/10.17759/jmfp.2020090109> (In Russ.).

### Введение

Рецидив относится к «привычке совершать преступления преступниками». Это акт возобновления

преступного поведения после наказания и/или реабилитации за предыдущее преступление. Таким образом, это означает повторяющуюся преступную деятельность.

CC BY-NC

Интерес к изучению рецидивизма растет во всем мире ввиду того, что тюремное заключение наносит все больший ущерб городским и государственным бюджетам, а последствия преступной деятельности чувствуются обществом, семьями и местными общинами. Так, в США в тюрьмы возвращается 50—60% отсидевших, в Великобритании более 70% отбывающих наказание в течение двух лет будут повторно осуждены и снова попадут в тюрьму [21, с. 440]. Недавние межгосударственные оценки рецидивизма среди заключенных женщин в США говорят о 58% повторно арестованных, 38% повторно осужденных, 30% возвращаются в тюрьму через три года после освобождения [15, с. 277]. Общая экономическая и социальная стоимость повторного совершения правонарушений в Шотландии с чуть более 5 миллионным населением составляет около 3 млрд. фунтов стерлингов в год, что создает значительное бремя для государства, местных учреждений и бюджетов государственного сектора [16].

Плохо управляемые и переполненные тюрьмы могут быть фактором, ведущим к усилению радикализации и экстремизма. Обиды, моральное возмущение и разочарование в результате бесчеловечного обращения могут усугубить влияние вербовщиков экстремистских организаций в условиях тюрьмы. Экстремистские идеологии могут быть легче восприняты в агрессивной и переполненной среде. Как известно, некоторые из виновников крупных террористических актов в Европе прошли через систему тюрем и пробации [11].

Правонарушителям обычно свойствен целый ряд факторов риска и потребностей, весь спектр которых необходимо учитывать в целях предупреждения рецидивизма. Вместе с тем успех определения, выявления и устранения рисков и потребностей правонарушителей зависит от наличия эффективной системы оценки, позволяющей обнаружить такие потребности и оценить изменение степени их выраженности. А также создания среды, позволяющей бывшим преступникам интегрироваться в общество, а также социальных и экономических условий, обеспечивающих декриминализацию.

### Личностные особенности

Значительную роль в вероятности рецидивов играют особенности личности. Несмотря на многовековую разработку проблемы, со времен античных Платона, Аристотеля до наших дней, специалисты не довели алгоритм прогнозирования до совершенства. Тем не менее, результаты многих исследователей достойны научного анализа.

Результаты преступности с 1960-х гг. в Дании говорят о наличии связи между психическими расстройствами и преступностью, особенно преступлениями, связанными с насилием. Выборка составила

324401 человек в возрасте до 43 лет. Авторами сделан вывод о том, что пациенты, выписанные из психиатрических отделений, с большей вероятностью, чем другие лица, проживающие в том же сообществе, совершают преступления [24].

Другая группа исследователей в Португалии анализирует факторы, увеличивающие вероятность возвращения на криминальный путь в подростковом возрасте. Среди основных факторов риска выделена психопатия — многомерная конструкция, состоящая из аффективных (отсутствие раскаяния, вины, черствость, др.), межличностных (нарциссизм, манипулятивность, обман, поверхностное обаяние, и др.) и поведенческих (импульсивность, безответственность, др.) компонентов. Статистика показывает, что заключенные, классифицированные как психопаты, в пять раз более склонны к участию в насильственном рецидиве, чем не психопаты [17].

Исследователи проводили изучение личностных особенностей, обуславливающих высокую вероятность рецидива; на теоретическом этапе были выявлены следующие факторы. Во-первых, это когнитивный компонент (когнитивная центральность), понимание субъектом того, что он принадлежит к криминальному сообществу и эта принадлежность расценивается им как лично значимая. Во-вторых, это влияние референтной группы. И последнее — это психологическое восприятие сходства с членами преступной группы [16].

Экспериментальное исследование проводилось при поддержке Департамента исправительных учреждений Пенсильвании (PA DOC). Исследовательская выборка составила 478 человек, содержащихся в трех тюрьмах, в том числе одной строгого режима. Выборка включала 94 убийц (все с пожизненным заключением или в камере смертников; мужчины —  $n = 69$ , женщины —  $n = 25$ , 266 рецидивистов (мужчины —  $n = 142$ , женщины —  $n = 124$ ) и 118 впервые осужденных (мужчины —  $n = 72$ , женщины —  $n = 46$ ). Было обнаружено, что у рецидивистов, по сравнению с убийцами, в большей степени выражены когнитивный компонент принадлежности к криминальному сообществу (когнитивная центральность) и внутригрупповые связи. Авторами предполагается, что «профессиональные преступники» развивают когнитивные структуры, которые формируют их преступную идентичность, объясняющую их рецидивизм. Также было показано, что люди, ведущие неупорядоченный образ жизни с большей вероятностью становятся приверженцами «криминальной карьеры». Обнаружена высокая зависимость между умением манипулировать людьми и рецидивизмом.

Сделан вывод о том, что действия рецидивистов, совершающих насильственные преступления, в большей степени обусловлены когнитивным компонентом, они в меньшей степени зависимы от группы и эмоционально с ней связаны, нежели рецидивисты, совершающие преступления ненасильственного характера [16].

## Социальные факторы

Еще более весомым фактором в рецидивном поведении является социальный фактор, общество часто создает питательную среду для проявления тех или иных качеств личности в виде различных стрессоров, невозможность преодоления которых выводит поведение за рамки социально-приемлемого.

Так причиной преступности и рецидивизма в Новой Зеландии, среди коренного народа Маори называют стрессоры в различных социальных контекстах: бедность, плохое состояние здоровья, различные зависимости и, как следствие, проблемы с психическим здоровьем. Они также имеют плохие образовательные и трудовые навыки, неудовлетворительные жилищные условия. Имеют себе подобных соседей, что провоцирует конфликты, насилие, плохие примеры для подражания. Они публично воспринимаются как низший класс, представляющий угрозу безопасности для законопослушного сообщества, практически с рождения подвергаются стрессу стигматизации, рассматриваются в качестве потенциальных нарушителей [26, с. 40]. То же самое отмечают исследователи в Великобритании. Осужденные, имеющие проблемы с психическим здоровьем, злоупотребляющие наркотиками, алкоголем, имеющие долги, без жилья, работы, образования и профессиональных навыков, скорее всего повторно совершат преступление и, таким образом, будут осуждены [18, с. 440].

Исследование, проведенное в 2010 г. с участием 217 заключенных из числа маори (129 мужчин и 88 женщин), показало, что они имеют более высокий уровень рецидивизма. 48% мужчин-маори были приговорены к четвертому или последующему тюремному заключению. Как правило, заключенные-рецидивисты имели «семейные традиции». Около половины выборки были осуждены и приговорены к тюремному заключению в детстве, чаще всего несколько раз [26, с. 41].

Исследование, проведенное в Канаде на выборке из 532 участников, выходцев из Сомали в возрасте от 18 до 30 лет, показало следующее. Стресс, полученный в результате бедствий и слабых социальных связей, может предсказать как антиобщественное поведение, так и предрасположенность к насилию. В частности, социальная сплоченность и социальная разьединенность полностью опосредовали взаимосвязь между дискриминацией (плохими условиями жизни, неудовлетворительным экономическим положением) и обеими переменными результата. Результаты были неизменными во времени и частично по полу [22]. Утверждается, что социальные связи лежат в основе жизнеспособных сообществ, и любая стратегия повышения устойчивости сообществ должна как использовать, так и расширять существующие социальные связи и стремиться не наносить им вреда или не ослаблять их [13]. Подобные выводы делают и исследователи из США. Они считают, что основной причиной преступности и рецидивизма является нарушение

из-за разрыва социальных и значимых межличностных связей, которые обеспечивают необходимый капитал для успешной реинтеграции [24].

Занятость является одним из ключевых факторов успешной реинтеграции бывших заключенных. Это нечто большее, чем просто источник дохода. Она структурирует деятельность, устанавливает определенный режим и позволяет вносить свой вклад жизнь общества, одновременно содействуя установлению полезных социальных контактов. Занятость помогает бывшим заключенным восстановить связи с членами общины, способствует повышению самооценки, уверенности в собственных силах и эффективности своих действий [14, с. 4]. Однако правонарушители весьма часто возвращаются в обездоленные общины с плохими экономическими условиями и ограниченными возможностями трудоустройства. Существующие в этих общинах группы лиц с аналогичным статусом, как правило, имеют мало контактов в сфере законной трудовой деятельности, что затрудняет выявление и использование людьми возможностей трудоустройства. Специалисты по экономике труда отмечают, что правонарушители находятся в нижней части списка предпочтений работодателей. Они, как правило, не хотят принимать на работу бывших заключенных, особенно если они еще не зарекомендовали себя с хорошей стороны после освобождения из мест лишения свободы. В результате нехватка рабочих мест оказывает несоразмерное воздействие на наиболее обездоленных лиц, который испытывают сильнейший стресс в состоянии поиска работы.

Кроме того, лишь немногие из бывших правонарушителей обладают квалификацией, знаниями или опытом, которые требуются работодателям.

Наконец, бывшие заключенные, как правило, возвращаются в общину, располагая весьма незначительной суммой денег либо вообще не имея средств. Ограниченность финансовых средств может оказывать негативное воздействие на посещение собеседований и способность правонарушителя получить и сохранить рабочее место, ездить на работу, покупать одежду или инструменты, необходимые для работы или организации своего дела.

Исследования показали, что преимущества занятости, касающиеся сокращения рецидивизма, могут быть связаны не только с трудоустройством бывшего правонарушителя, но и с качеством работы. Кроме того, связь между законным трудоустройством и сокращением рецидивизма может существенно зависеть от взаимодействия следующих факторов: наличие постоянного жилья, обладание навыками, необходимыми для устройства на работу, отсутствие расстройств, обусловленных употреблением наркотиков, и активное обращение за помощью в поиске работы [25].

Не только условия на свободе, но и в местах лишения свободы определяют будущее поведение. Если в Европе положение заключенных в тюрьмах достаточно комфортное, то в странах третьего мира, в частно-



сти в Нигерии, они далеки от идеала. Там плохое санитарное состояние, перенаселенность, коррупция со стороны персонала и отсутствие всякой классификации отбывающих наказание, за исключением признака пола. 744 (79,5%) респондентов считали, что отсутствие разделения осужденных способствует рецидивизму в Нигерии, ввиду приобщения к криминальной культуре, приобретения социальной значимости, которая абсолютно бесперспективна на свободе. Даже юридически правительство стигматизирует бывшего осужденного после освобождения. По закону им не разрешается работать в государственных учреждениях, они не могут голосовать или быть избранным в Нигерии [6].

### Психологические условия декриминализации

Анализу движущих сил, позволяющих человеку выйти из порочного преступного круга, также посвящены работы в зарубежной психологии. Одно из исследований, проведенное в 2000 г. включало подробные интервью с 40 молодыми людьми из Шотландии в возрасте от 18 до 33 лет. Его целью было выяснение причин, по которым молодые правонарушители начинали и прекращали совершать правонарушения, а также их взгляды и опыт сопротивления декриминализации. В 2010 г. было проведено последующее исследование этих правонарушителей, оно было сопоставлено с новой выборкой молодых правонарушителей. Первоначальная выборка имела 35 рецидивов, и их история преступлений длилась в среднем 13 лет. Преступления были связаны с кражами, нападением, наркотиками насильственными и корыстными преступлениями. Молодые правонарушители были представлены выборкой из 12 мужчин и 8 женщин, имели 30 приговоров, и истории их преступлений продолжались в среднем 7 лет.

В обеих выборках прослеживается противоречивый путь формирования мотивации и практических действий по завершению криминальной карьеры и принятию образа жизни, одобряемого обществом Шотландии. Был выявлен так называемый «зигзагообразный» путь в желании стать добропорядочным гражданином. Для достижения этой цели необходимо, чтобы этот процесс был тем, что называется «желанием по замыслу» (согласованным), а не «желанием по умолчанию» (совпадением). Другими словами, они должны были сознательно отказаться от выгод преступной деятельности (статус, деньги, дружба, волнение), с одной стороны. С другой — избежать дальнейшего участия в системе уголовного правосудия и возобновить ценные отношения со своими родителями, партнерами и детьми. Потенциальные или фактические обязательства перед значимыми членами семьи были основной причиной желания декриминализации среди обеих выборок, хотя интересно, что вопреки предполагаемым гендерным приоритетам в выборке

молодых людей приверженность семье была более распространенной среди молодых респондентов мужского пола, чем среди женщин той же возрастной группы. По мере взросления среди обеих выборок было осознание того, что они могут потерять эти близкие отношения, продолжая совершать преступления. Что интересно: потеря возможности не иметь семью в большей степени стрессогенна для преступников, нежели риск потери здоровья, преследования со стороны полиции или стигматизация [8].

Прекращение или контроль над употреблением наркотиков с неизбежным состоянием депрессии, тревоги, посттравматического стресса и нарушений обучения также рассматривалось как существенное основание, позволяющее встать на путь законопослушания. Особенно респонденты старшего возраста (исходная выборка) ассоциировали прекращение более серьезных преступлений с контролем над употреблением наркотиков, считали это основным условием. А респонденты младшего возраста связывали прекращение правонарушений с поддержкой службы probation, социальной работой, религией. И они казались менее зависимыми от наркотиков к концу своей криминальной карьеры, несмотря на тот факт, что алкоголь и наркотики были основным фактором в начале их криминальной карьеры [23, с. 9].

Хотя трудоустройство рассматривается как ключевой поворотный момент в литературе, 40 респондентов не упоминают об этом, возможно потому, что они более реалистичны, чем идеалистичны в своих представлениях о полной интеграции через занятость в нынешних экономических условиях [9, с. 50].

В работе говорится о том, что для декриминализации недостаточно одного желания. Должна существовать реальная стратегия при наличии внешних возможностей. В шотландской выборке многие из мужчин гипотетически высказались о желании поселиться с партнером и детьми, с последующим положительным результатом, предполагающим исключение рецидивов. Но не все смогли использовать этот потенциальный поворотный момент [9, с. 51].

В западной пенитенциарной системе широко применяется система штрафов, которые являются промежуточной мерой воздействия и позволяют избежать лишения свободы. Из 34 человек, которые подвергались штрафам в Шотландии ранее, только 3 считали, что эта мера является сдерживающим фактором. Представители выборки придерживались мнения, что проще, быстрее и дешевле согласиться на наказание в виде лишения свободы, чем заплатить штраф [9, с. 54].

Общественные работы как альтернатива лишению свободы также воспринимается преступниками Шотландии без энтузиазма. Из двадцати двух респондентов, имевших подобную меру наказания, только двое думали, что это был положительный опыт, потому что общественные работы дисциплинировали, обязывая вставать по утрам, заниматься чем-то конструктивным или обучаться навыкам для будущей работы.

Тринадцать респондентов упомянули, что они не явились на общественные работы или расценивали общественные работы как стресс и негативный опыт. Чаще всего из-за отношений с руководителем, качества работы, выполняемой в сообществе, или из-за злоупотребления психоактивными веществами, им было трудно запоминать расписание и записываться на приемы [9, с. 54].

Испытания и интенсивный испытательный срок были сочтены этими респондентами наиболее эффективными с точки зрения решения практических, эмоциональных проблем и отказа от преступлений. Но это работало только в том случае, когда надзор осуществлялся должностными лицами, обладающими определенными качествами и поведением: непредвзятостью, проявлением уважения к осужденным, стремлением оказывать им поддержку в решении проблем [9, с. 54].

В то время как 15 человек расценили испытательный срок как положительный опыт, 10 человек испытывали его как стресс. А 15 имели противоречивые чувства, причем некоторые из них предположили, что если бы их сотрудник службы пробации был другим (более представительным и привлекательным), они могли бы сотрудничать с большим желанием [9, с. 55].

Многие из респондентов, предполагают, что постоянные периоды тюремного заключения, которые могут стать рутинной жизненной деятельностью, накапливают и усиливают неблагоприятное воздействие на правонарушителей, сокращают возможности для трудоустройства, семейной жизни и усиливают состояние стресса, чувства безнадежности, гнева и потери жизненных перспектив.

С другой стороны, большое количество осужденных считают, что тюрьма «слишком проста». Она менее карательна, нежели система условно-досрочного освобождения [21, с. 455]. Это мнение, приверженцем которого является меньшая часть заключенных Англии, заслуживает оценки и подробного анализа.

Что же, по мнению описанной выборки, может помочь молодым людям избавиться от криминальной жизни? Респонденты твердо верили в важность генеративности для поддержки процесса собственного возрождения. Под генеративностью подразумевается участие в заботе о других, основанной на собственном опыте. Согласно взглядам молодых правонарушителей это помогает им и другим поддерживать процесс декриминализации. Многие правонарушители в процессе отказа от преступления и реабилитации себя в глазах окружающих примеряют роли матерей, опекунов больных родителей, даже домашних животных, лекторов, которые предостерегают молодых людей о ловушках наркотиков.. Таким образом, для этих людей важными способами предотвращения дальнейшего совершения правонарушений рассматривается возможность сообщения другим молодым людям о последствиях правонарушений и об их собственном (неблагоприятном) опыте системы уголовного правосудия. Также многие респонденты предположили, что

посещение, краткосрочный стресс пребывания в тюрьме, могут удержать молодых людей от дальнейших правонарушений, несмотря на то, что большинство отрицательно отзываясь о собственном опыте пребывания в тюрьме [9, с. 57]. Для предотвращения преступности среди молодежи в будущем агентства должны предлагать им более качественные и более доступные видов досуга. Скука и отсутствие конструктивных альтернатив у молодежи являются очевидной проблемой. Хотя не все респонденты начали совершать преступления из-за скуки, большинство по-прежнему считали, что предоставление молодым людям больших возможностей для проведения досуга и других занятий в их собственных общинах является важным способом предотвращения эскалации правонарушений.

Еще один фактор является важным для профилактики правонарушений: это уменьшение стресса безработицы, бездомности и бедности. Все респонденты понимали, что социальное признание очень важно и может быть достигнуто через статус, обеспечиваемый материальным положением: возможностью сдавать имущество в аренду, престижной работой, а не маргинализацией или заключением.

Поддержка типа пробации также считалась основным фактором, помогающим молодым людям перестать совершать преступления. Мало того, эти люди настоятельно подчеркивали необходимость иметь работников службы пробации, которые имели опыт злоупотребления или употребления наркотиков. Это позволяет им быть более «уличными» и эмпатичными, чем работники, которые знают о жизни только из учебников [9, с. 59].

Исследователи из США также считают, что наставничество с участием добровольцев, способных построить доверительные отношения с условно-досрочно освобожденными через последовательные, не осуждающие действия и общение, является многообещающей, но недостаточно используемой стратегией предотвращения рецидивизма. Исследование указывает на то, что большинство бывших правонарушителей будут участвовать в программе добровольного наставничества, если она будет доступна. Петерсилия Дж. отмечает, что, несмотря на ее интуитивную привлекательность, эта программа наставничества не получила широкого распространения в Соединенных Штатах и пристального внимания в современной научной литературе [19]. Однако программа наставничества, реализуемая в округе Боулдер штата Колорадо показала свою эффективность. Статус освобожденного от наказания включает в себя сложное распределение обязанностей между различными агентствами, делая эти обязательства очень трудными для бывших заключенных, несмотря на их лучшие намерения. Требования к занятости, жилью и реабилитации часто погружают испытуемого в дистресс. Например, противоречивые графики работы отдельных агентств часто создают условия, при которых необходимо быть в одно и то же время в разных

местах. С другой стороны, транспортных ресурсов у большинства бывших заключенных просто нет. В этом случае наставники функционировали в качестве каналов связи для обеспечения координации за всем процессом для подопечного, чтобы обеспечить выполнение его обязанностей. Точно так же наставники облегчают обмен информацией между агентствами, которые выполняют надзорные функции за условно-досрочно освобожденными. Сделан важный вывод о том, что помимо информационной, эмоционально-поддерживающей, профилактирующей функций наставники играют важнейшую коммуникационную функцию, позволяющую условно-освободившемуся адаптироваться к противоречивой и сложной административной системе [19].

### Выводы

Таким образом, анализ зарубежной пенитенциарной практики показывает, что проблема рецидивизма окончательно не решена, как в странах, где применяется жесткий подход к наказанию, так и в странах, где отбывающие наказание преступники находятся в мягких, иногда более комфортных условиях, нежели на свободе. Жесткость наказания проблему не решает. Нет особого смысла подвергать лишению свободы людей, совершивших не особо тяжкие преступления под влиянием сложных жизненных обстоятельств, плохих экономических условий, неупорядоченной жизнедеятельности, наркотиков, маргинального окружения. Причина рецидивизма, как правило, та же, что и при первом преступлении. Но при длительном тюремном опыте она может приобретать более изощренные формы, иметь больший размах и тяжесть в силу влияния криминальной среды, утраты социальных контактов, депрофессионализации и стигматизации.

Видится перспективной практика условно досрочного освобождения с организацией всемерной помощи и поддержки лиц, находящихся на испытательном сроке. Успех этой работы во многом обусловлен качеством этой деятельности, которая предусматривает скоординированные действия различных ведомств, содействие в решении экономических проблем. Наилучший эффект реабилитации дает участие добровольных наставников, лиц, знающих проблему не понаслышке и способных построить доверительные отношения с условно-досрочно освобожденными через последовательные, не осуждающие действия и общение. Создание института такого наставничества решает две задачи. Обеспечивает работой победивших свои проблемы лиц и обеспечивает пенитенциарную систему наиболее мощным средством перевоспитания лиц, совершивших преступление.

Важным направлением деятельности по предотвращению рецидивизма является психодиагностическая работа по выявлению лиц с психопатическими склонностями и психическими расстройствами, оказание им психиатрической помощи, постоянный мониторинг их состояния, при необходимости изоляция от общества. Большинство преступников не имеют подобных проблем, хотя и готовы встать на путь исправления, особенно при наличии развитых социальных мотивов: потребность в уважении общества, семейное счастье и т. д.

В глобальном масштабе перспектива решения проблемы рецидивизма скорее всего заложена в снижении имущественного и правового неравенства граждан, предоставления молодежи возможностей для всестороннего развития, образования, культурного досуга, ограничения доступа к наркотическим средствам. Это стратегический уровень, обусловленный экономическим положением государства, уровнем развития гражданственности, интересами и волей правящих кругов. Большинство стран делают определенные усилия в этом направлении, но процесс, к сожалению, не достаточно динамичный.

### Литература

1. Екимова В.И., Кокурина И.В., Кокурин А.В. Осужденные к пожизненному лишению свободы: социально-демографическая, медицинская, уголовно-правовая и уголовно-исполнительная характеристика, а также особенности психологического сопровождения [Электронный ресурс] // Психология и право. 2014. Том 4. № 1. С. 59—74. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n1/68324.shtml> (дата обращения: 02.03.2020).
2. Модель психолого-воспитательной работы с детьми и подростками, находящимися на ранней стадии наркотизации «Школа жизни» [Электронный ресурс] / И.П. Кутянова [и др.] // Психология обучения. 2016. № 6. С. 107—114. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26040269> (дата обращения: 02.03.2020).
3. Сечко А. Выгорание, суициды, экстремизм: психологический анализ. Saarbrücken: LAP LAMBERT, 2015. 98 с.
4. Сечко А.В., Донцова Н.В. Деструктивно-агрессивное поведение несовершеннолетних осужденных и его коррекция в подростковом возрасте // Модели и технологии оказания психологической помощи детям и подросткам в экстремальных ситуациях: коллективная монография / Под общ. ред. А.В. Кокурина, В.И. Екимовой, Е.А. Орловой. Пермь: ИП Сигитов Т.М., 2018. 215 с.
5. Annual Report for 2015 and Resource Material. Series No. 99 [Электронный ресурс]. UNAFEI: Fuchu, Tokyo, Japan, 2016. 146 p. URL: [https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS\\_No99/No99\\_00All.pdf](https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No99/No99_00All.pdf) (дата обращения: 30.01.2020).
6. Asokhia M.O., Osumah O.A. Assessment of Rehabilitation Services in Nigerian Prisons in Edo State [Электронный ресурс] // American International Journal of Contemporary Research. 2013. Vol. 3. № 1. P. 224—230. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/2a83/fa51f38921cb157b1ff01bace03f44d88c5c.pdf> (дата обращения: 04.02.2020).



7. Assessment of psycho-social factors predicting recidivistic violent offenses within a sample of male prisoners/ D. Boduszek [et al.] // *The Irish Journal of Psychology*. 2013. Vol. 34. № 1. P. 24—34. DOI:10.1080/03033910.2012.754324
8. Barriers to Participation in Vocational Orientation Programmes among Prisoners [Электронный ресурс] / D. Brosens [et al.] // *Journal of Prison Education and Reentry*. 2015. Vol. 2. № 2. P. 8—22. URL: <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=jper> (дата обращения: 30.01.2020).
9. *Barry Monica* Desistance by Design: Offenders' Reflections on Criminal Justice Theory, Policy and Practice // *European Journal of Probation*. 2013. Vol. 5. № 2. P. 47—65. DOI:10.1177/206622031300500204
10. Comparison of murderers with recidivists and first time incarcerated offenders from U.S. prisons on psychopathy and identity as a criminal: An exploratory analysis Elsevier/ N. Sherretts [et al.] // *Journal of Criminal Justice*. 2017. Vol. 51. P. 89—92. DOI:10.1016/j.jcrimjus.2017.03.002
11. Council of Europe Handbook for Prison and Probation Services Regarding Radicalisation and Violent Extremism [Электронный ресурс] / European Committee on Crime Problems (CDPC). Strasbourg: Directorate General I — Human Rights and Rule of Law, 2016. 51 p. URL: <https://rm.coe.int/16806f9aa9> (дата обращения: 04.02.2020).
12. *Decker S., Pyrooz D.C., Moule R.K.* Disengagement from gangs as role transitions // *Journal of Research on Adolescence*. 2014. Vol. 24. № 2. P. 268—283. DOI:10.1111/jora.12074
13. *Ellis B.H., Abdi S.M.* Building community resilience to violent extremism through genuine partnerships // *American Psychologist*. 2017. Vol. 72. № 3. P. 289—300. DOI:10.1037/amp0000065
14. *Graffam J., Shinkfield A.J., Hardcastle L.* The perceived employability of ex-prisoners and offenders // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2008. Vol. 52. № 6. DOI:10.1177/0306624X07307783
15. *Jennifer E. Cobbina, Kimberly A. Bender* Predicting the Future: Incarcerated Women's Views of Reentry Success // *Journal of Offender Rehabilitation*. 2012. Vol. 51. № 5. P. 275—294. DOI:10.1080/10509674.2012.683323
16. Juvenile Delinquency and Psychopathic Traits: An Empirical Study With Portuguese Adolescents / P. Gonçalves [et al.] // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014. Vol. 58. № 2. P. 174—189. DOI:10.1177/0306624X12465584
17. *Koschmann Matthew A., Peterson Brittany L.* Rethinking Recidivism: A Communication Approach to Prisoner Reentry // *Journal of Applied Social Science*. 2013. Vol. 7. № 2. P. 188—207. DOI:10.1177/1936724412467021
18. Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort / S. Hodgins [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. 1996. Vol. 53. № 6. P. 489—496. DOI:10.1001/archpsyc.1996.01830060031004
19. *Petersilia J.* When Prisoners Come Home: Parole and Prisoner Reentry. New York: Oxford University Press, 2009. 320 p.
20. *Pitts S.* The effective resettlement of offenders by strengthening 'community reintegration factors [Электронный ресурс] // United Nations Asia and Far East Institute: For the Prevention of Crime and Treatment of Offenders. 2010. 11 p. URL: [https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS\\_No82/No82\\_04VE\\_Pitts1.pdf](https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No82/No82_04VE_Pitts1.pdf) (дата обращения: 30.01.2020).
21. Redesigning the Community Justice System: A Consultation on Proposals [Электронный ресурс] // Scottish Government. Edinburgh: Scottish Government, 2012. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2012/12/7292> (дата обращения: 30.01.2020).
22. Social bonds in the diaspora: The application of social control theory to somali refugee young adults in resettlement / E. Cardeli [et al.] // *Psychology of Violence*. 2020. Vol. 10. № 1. P. 18—29. DOI:10.1037/vio0000259
23. Stress and Hardship After Prison / B. Western [et al.] // *American Journal of Sociology*. 2015. Vol. 120. № 5. P. 1512—1547. DOI:10.1086/681301
24. The Consolations of Going Back to Prison: What 'Revolving Door Prisoners Think of their Prospects / A. Howerton [et al.] // *Journal of Offender Rehabilitation*. 2009. Vol. 48. № 5. P. 439—461. DOI:10.1080/10509670902979710
25. *Uggen C.* Ex-offenders and the conformist alternative: a job quality model of work and crime // *Social Problems*. 1999. Vol. 46. № 1. P. 127—151. DOI:10.2307/3097165
26. *Workman K.* The social integration of Māori prisoners // *Aotearoa New Zealand Social Work*. 2016. Vol. 26. № 1. P. 39—46. DOI:10.11157/anzswj-vol26iss1id53

## References

1. Ekimova V.I., Kokurina I.V., Kokurin A.V. Osuzhdennyye k pozhiznennomu lisheniyu svobody: sotsial'no-demograficheskaya, meditsinskaya, ugovolno-pravovaya i ugovolno-ispolnitel'naya kharakteristika, a takzhe osobennosti psikhologicheskogo soprovozhdeniya [Persons sentenced to life-term imprisonment: socio-demographic, medical, criminal and criminal-executive characteristics as well as psychological support features] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiya i pravo [Psychology and law]*, 2014. Vol. 4, no. 1, pp. 59—74. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n1/68324.shtml> (Accessed 02.03.2020). (In Russ.).
2. Kutyanova I.P. et al. Model' psikhologo-vospitatel'noi raboty s det'mi i podrostkami, nakhodyashchimisya na rannei stadii narkotizatsii «Shkola zhizni» [Model of psychological educational work with children and adolescents at an early stage



- of drug addiction «School of life»] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiya obucheniya [Psychology of Education]*, 2016, no. 6, pp. 107—114. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26040269> (Accessed 02.03.2020). (In Russ.).
3. Sechko A. Vygoranie, suitsidy, ekstremizm: psikhologicheskii analiz [Burnout, suicides, extremism: a psychological analysis]. Saarbrücken: LAP LAMBERT, 2015. 98 p. (In Russ.).
  4. Sechko A.V., Donskova N.V. Destruktivno-agressivnoe povedenie nesovershennoletnikh osuzhdennykh i ego korrektsiya v podrostkovom vozraste [Destructive-aggressive behavior of juvenile convicts and its correction in adolescence]. In Kokurina A.V., Ekimovoi V.I., Orlovoi E.A. (eds.), *Modeli i tekhnologii okazaniya psikhologicheskoi pomoshchi detyam i podrostkam v ekstremal'nykh situatsiyakh: kollektivnaya monografiya [Models and technologies for the provision of psychological assistance to children and adolescents in extreme situations: a collective monograph]*. Perm: IP Sigitov T.M., 2018. 215 p. (In Russ.).
  5. Annual Report for 2015 and Resource Material. Series No. 99. [Elektronnyi resurs]. UNAFEI: Fuchu, Tokyo, Japan, 2016. 146 p. URL: [https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS\\_No99/No99\\_00All.pdf](https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No99/No99_00All.pdf) (Accessed 30.01.2020).
  6. Asokhia M.O., Osumah O.A. Assessment of Rehabilitation Services in Nigerian Prisons in Edo State [Elektronnyi resurs]. *American International Journal of Contemporary Research*, 2013. Vol. 3, no. 1, pp. 224—230. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/2a83/fa51f38921cb157b1ff01bace03f44d88c5c.pdf> (Accessed 04.02.2020).
  7. Boduszek D. et al. Assessment of psycho-social factors predicting recidivistic violent offenses within a sample of male prisoners. *The Irish Journal of Psychology*, 2013. Vol. 34, no. 1 pp. 24—34, no. 1. DOI:10.1080/03033910.2012.754324
  8. Brosens D. et al. Barriers to Participation in Vocational Orientation Programmes among Prisoners [Elektronnyi resurs]. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2015. Vol. 2, no. 2, pp. 8—22. URL: <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=jper> (Accessed 30.01.2020).
  9. Barry Monica Desistance by Design: Offenders' Reflections on Criminal Justice Theory, Policy and Practice. *European Journal of Probation*, 2013. Vol. 5, no. 2, pp. 47—65. DOI:10.1177/206622031300500204
  10. Sherretts N. et al. Comparison of murderers with recidivists and first time incarcerated offenders from U.S. prisons on psychopathy and identity as a criminal: An exploratory analysis Elsevier. *Journal of Criminal Justice*, 2017. Vol. 51, pp. 89—92. DOI:10.1016/j.jcrimjus.2017.03.002
  11. European Committee on Crime Problems(CDPC). Council of Europe Handbook for Prison and Probation Services Regarding Radicalisation and Violent Extremism [Elektronnyi resurs]. Strasbourg: Directorate General I — Human Rights and Rule of Law, 2016. 51 p. URL: <https://rm.coe.int/16806f9aa9> (Accessed 04.02.2020).
  12. Decker S., Pyrooz D.C., Moule R.K. Disengagement From Gangs as Role Transitions. *Journal of Research on Adolescence*, 2014. Vol. 24, no. 2, pp. 268—283. DOI:10.1111/jora.12074
  13. Ellis B.H., Abdi S.M. Building community resilience to violent extremism through genuine partnerships. *American Psychologist*, 2017. Vol. 72, no. 3, pp. 289—300. DOI:10.1037/amp0000065
  14. Graffam J., Shinkfield A.J., Hardcastle L. The perceived employability of ex-prisoners and offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2008. Vol. 52, no. 6. DOI:10.1177/0306624X07307783
  15. Jennifer E. Cobbina, Kimberly A. Bender Predicting the Future:Incarcerated Women's Views of Reentry Success. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2012. Vol. 51, no. 5, pp. 275—294. DOI:10.1080/10509674.2012.683323
  16. Gonçalves P. et al. Juvenile Delinquency and Psychopathic Traits: An Empirical Study With Portuguese Adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2014. Vol. 58, no. 2, pp. 174—189. DOI:10.1177/0306624X12465584
  17. Koschmann Matthew A., Peterson Brittany L. Rethinking Recidivism: A Communication Approach to Prisoner Reentry. *Journal of Applied Social Science*, 2013. Vol. 7, no. 2, pp. 188—207. DOI:10.1177/1936724412467021
  18. Hodgins S. et al. Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 1996. Vol. 53, no. 6, pp. 489—496. DOI:10.1001/archpsyc.1996.01830060031004
  19. Petersilia J. When Prisoners Come Home: Parole and Prisoner Reentry. New York: Oxford University Press, 2009. 320 p.
  20. Pitts S. The effective resettlement of offenders by strengthening 'community reintegration factors [Elektronnyi resurs]. *United Nations Asia and Far East Institute: For the Prevention of Crime and Treatment of Offenders*. 2010. URL: [https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS\\_No82/No82\\_04VE\\_Pitts1.pdf](https://www.unafei.or.jp/publications/pdf/RS_No82/No82_04VE_Pitts1.pdf) (Accessed 30.01.2020).
  21. Redesigning the Community Justice System: A Consultation on Proposals [Elektronnyi resurs]. *Scottish Government*. Edinburgh: Scottish Government, 2012. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2012/12/7292> (Accessed 30.01.2020).
  22. Cardeli E. et al. Social bonds in the diaspora: The application of social control theory to somali refugee young adults in resettlement. *Psychology of Violence*, 2020. Vol. 10, no. 1, pp. 18—29. DOI:10.1037/vio0000259
  23. Western B. et al. Stress and Hardship After Prison. *American Journal of Sociology*, 2015. Vol. 120, no.5, pp. 1512—1547. DOI:10.1086/681301
  24. Howerton A. et al. The Consolations of Going Back to Prison: What 'Revolving Door Prisoners Think of their Prospects. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2009. Vol. 48, no. 5, pp. 439—461. DOI:10.1080/10509670902979710

25. Uggen C. Ex-offenders and the conformist alternative: a job quality model of work and crime. *Social Problems*, 1999. Vol. 46, no. 1, pp. 127—151. DOI:10.2307/3097165
26. Workman K. The social integration of Māori prisoners. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 2016. Vol. 26, no. 1, pp. 39—46. DOI:10.11157/anzswj-vol26iss1id53

#### **Информация об авторах**

Сечко Александр Владимирович, кандидат психологических наук, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>, e-mail: setschko@yandex.ru

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

Alexandr V. Sechko, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Scientific Foundations of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>, e-mail: setschko@yandex.ru

Получена 29.01.2020  
Принята в печать 10.03.2020

Received 29.01.2020  
Accepted 10.03.2020

## Стресс и страх в экстремальной ситуации

**Розенова М.И.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>, e-mail: [profi1234@yandex.ru](mailto:profi1234@yandex.ru)*

**Екимова В.И.**

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)*

**Кокурин А.В.**

*Московский государственный юридический университет (МГЮА) имени О.Е. Кутафина,  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)*

**Огнев А.С.**

*Российский новый университет (НОУ ВПО «РосНОУ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
e-mail: [psychology@rosnou.ru](mailto:psychology@rosnou.ru)*

**Ефимова О.С.**

*Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>, e-mail: [efimovao.s.0303@mail.ru](mailto:efimovao.s.0303@mail.ru)*

На основе анализа зарубежных источников, в статье рассматриваются вопросы функционального взаимовлияния состояний страха и стресса в экстремальной ситуации. В работе показана неоднозначность и некоторая спутанность в понимании иерархического функционального развития данных состояний: иногда стресс называется причиной развития страхов, которые, в свою очередь, начинают усиливать стресс, или страх выступает источником развития стресс-реакции в конкретной ситуации. Авторы применили психолингвистический подход к разграничению страх-реагирования, выделив экзогенные и эндогенные страхи. Данное разграничение помогло авторам определить типологические особенности экстремальной ситуации, в вариантах эндогенной и экзогенной экстремальности, с описанием специфики порождаемых ими страх- и стресс-переживаний. Исследования зарубежных специалистов в области стресса показывают некоторое возвращение к исходным (давно известным) данным в отношении понимания развития стресса и методов снятия его последствий. Кроме того, в зарубежной литературе проблема взаимовлияния страха и стресса в экстремальной ситуации представлена недостаточно информативно, что позволяет отечественным исследованиям заполнить пробел и, в известном смысле, осуществить «пионерскую» работу.

**Ключевые слова:** стресс, страх, переживание, экстремальная, ситуация, состояния, взаимодействие, система, реагирование.

**Для цитаты:** Стресс и страх в экстремальной ситуации [Электронный ресурс] / М.И. Розенова, В.И. Екимова, А.В. Кокурин, А.С. Огнев, О.С. Ефимова // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 94–102. DOI:10.17759/jmfp.2020090110

## Stress and fear in extreme situations

**Marina I Rozenova**

*Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>, e-mail: [profi1234@yandex.ru](mailto:profi1234@yandex.ru)*

**Valentina I. Ekimova**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

**Aleksey V. Kokurin**

Moscow state University of psychology & education, Department of Criminology and Criminal Law,  
Kutafin Moscow State Law University (MSAL),  
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)

**Alexandr S. Ognev**

Institute of psychology and pedagogy, Russian New University (RosNOU),  
Moscow, Russia,

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

**Olga S. Efimova**

Moscow State Pedagogical University,  
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>, e-mail: [efimovao.s.0303@mail.ru](mailto:efimovao.s.0303@mail.ru)

Based on the analysis of foreign sources, the article examines the issues of functional interaction between states of fear and stress in an extreme situation. These experiences or states determine important aspects of personality behavior in extreme situations. The paper shows ambiguity and some confusion about understanding the hierarchical functional development of these states: sometimes stress is called the cause of the development of fears, which, in turn, begins to increase stress, or fear acts a source of stress response in a particular situation. Studies by foreign stress specialists show some return to the original (long-known) data regarding understanding the development of stress and methods of relieving its effects. In addition, in foreign literature, the problem of mutual impact of fear and stress in an extreme situation is not sufficiently informative, which allows national studies to fill the gap, and, in a sense, to implement a «pioneering» work.

**Keywords:** stress, fear, experience, extreme situation, state, interaction, system, response.

**For citation:** Rozenova M.I., Ekimova V.I., Kokurin A.V., Ognev A.S., Efimova O.S. Stress and fear in extreme situations [Elektronnyy resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 94–102. DOI:10.17759/jmfp.2020090110 (In Russ.).

*Актуальность и введение в проблему.* Обращение к проблеме человеческих переживаний, эмоций, состояний продиктовано их детерминирующей функцией по отношению практически ко всем сферам бытия (развитие, коммуникация, отношения, деятельность, ценностная реализация). Феномены страха и стресса относятся к ключевым компонентам жизнедеятельности личности и общества в целом. С одной стороны, данные эмоциональные феномены уже были подвергнуты научному анализу и исследованиям, особенно в области изучения стресса [1; 7; 11; 21; 22; 25], с другой стороны, современная ситуация мирового общественно-экономического развития, связанная с появлением целого ряда факторов и обстоятельств жизни, а также новых исследовательских данных, которых не было, даже еще несколько лет назад, заставляют вновь серьезным образом обратиться к данной тематике.

Актуализация проблемы источников и особенностей функционирования личностных страхов у современного человека детерминирована увеличением общего количества экстремальных ситуаций и видов деятельности, протекающих в сложных (технических

условиях, с повышенным уровнем ответственности), нарастающим потреблением антидепрессантов и психоактивных веществ, увеличением лиц, имеющих пограничные личностные и эмоциональные расстройства (включая разнообразные аддикции), активизацией агрессивных форм защитного поведения (фильм «Джокер» (США, 2019) — одна из ярких обобщающих иллюстраций по данной теме) и увеличением социальной востребованности психотерапевтической помощи (в широком понимании, включающим психологическое обучение, просветительскую и консультативную практики).

В отношении общесоциальных страхов (свойственных большим группам людей) ситуация также весьма актуализирована, в частности проблемой широкомасштабных миграций, что ярко прослеживается на ситуации современной Европы. Например, исследования в Германии уже фиксируют появление некоего основательного страха «перемен», связанного с постоянным увеличением «миграционных потоков» (Альтмейер Л. (2012) *Die neuen deutschen Heimatsucher*), в то время как совсем недавно (конец XX столетия) на первом



месте у большинства европейцев были традиционные страхи (утраты близкого человека (первое место), болезни (третье место), смерти (седьмое место) [10]. А в настоящий период, с возникновением общемировой проблемы распространения коронавирусной инфекции, ситуация изучения страхов и возможности управления ими максимально актуализируется.

Что касается стресса, то его механизмы и феноменология описаны в большом количестве источников научного (теоретического и прикладного) и научно-популярного формата. Несмотря на это и учитывая, что, по современным данным, стресс является одним из базовых механизмов энтропии и распада, вряд ли можно оставить эту тему вне рассмотрения в контексте самых разнообразных проблем [2]. О стрессе (как источнике энтропии) подробно и основательно рассмотрено в работах М.П. Чернышевой (2014, 2019)<sup>1</sup>.

В настоящей статье мы обратились к рассмотрению страха и стресса в контексте экстремальной ситуации, однако в начале мы должны оговорить ряд общих моментов.

*Феноменология страха, его физиологические и психологические механизмы.*

В начале следует определиться в отношении страха и его генезиса. Чаще всего, когда речь идет о страхе, обыватели и часть ученого сообщества «помещают» его в категорию базовых и врожденных эмоций. Однако это не совсем так. У. Джемс полагал страх «онтогенетическим ранним инстинктом» человека. Дж. Уотсон называл страх (наряду с яростью и любовью) одной из «готовых» эмоций, хотя считал, что предметные страхи возникают при жизни, на основе условных стимулов [4; 28]. Льюис также выделял «первичные эмоции», в число которых были включены страх, радость, гнев, печаль, отвращение, удовольствие [28]. Плачик определял страх и гнев базовыми эмоциями, в которых *языком поведения* являются избегание, а *языком функции* — защита [23]. Магда Арнолд, разделившая эмоции на позитивные и негативные, импульсивные и эмоции борьбы, помещает страх в эмоции борьбы, если объект опасный или неопределенный [6].

Стенли Холл, исходил из биогенетических основ психической жизни и говорил об инстинктивном страхе как воспроизводимой реакции предков. Однако его исследования о преобладании (практически в два раза) количества страхов у девочек, в сравнении с мальчиками, и его вывод о том, что предметом страха может выступить любой объект, привели к снижению уверенности ученого во врожденности страха [15].

Не все ученые и исследователи считают страх врожденным. Кэннон и Мараньон считают, что для эмоции

необходимо достаточно развитый когнитивный компонент, а простое возбуждение не может вызвать полноценную эмоцию. Шехтер и Лазарус также не считают эмоции врожденными. В. Штерн, К. Грос, Д. Сели не считали страх врожденной эмоцией, хотя Грос и Сели признавали наличие биологической основы боязни непривычного [14; 18; 28].

К. Бюлер различал реакции страха (*Angst*), которые отсутствуют у ребенка в первые месяцы жизни, и некие врожденные реакции «вздрагивания-испуга» (*erschrecken*), фиксируемые уже и в первые месяцы жизни. Изард, также, не считал страх врожденным и писал, что Уотсон в раннем онтогенезе скорее наблюдал не страх, а испуг [4; 28].

В XX и XXI в. признанным оказалось, что страхи — суть социально-обусловленное явление психической жизни человека, формируемое во многом за счет научения и обучения. Ребенка, с одной стороны, научают бояться (пугают, что «Бабай придет и утащит»), а с другой стороны, учат иерархически дифференцировать страхи, выделяя важные и существенные (бояться огня, транспорта, незнакомых ситуаций с высоким уровнем неопределенности) и менее значимые — несерьезные, ситуативные (неприятные картинки, страшные игрушки, страшные истории и т. п.) [4].

Таким образом, беглый взгляд на трактовки зарубежными специалистами генезиса страха говорит о наличии нескольких позиций: 1) страх, рассматривается как врожденная составляющая психики и 2) страх — феномен, приобретаемый и формируемый за счет опыта, информации и их когнитивной обработки. Эти позиции взаимно дополняют друг друга, и только более тщательное изучение данного вопроса на уровне современных психофизических, психофизиологических и генетических исследований позволит получить более отчетливые научные представления по данной проблеме.

В отечественной литературе проблематика страха доминирующим образом представлена в отношении рассмотрения детских и школьных страхов (часть которых, кстати, попадает в экстремальный ракурс рассмотрения), а классификации страхов базируются на объектах страха, уровнях или некоторых содержательных аспектах его проявления (физиологический, психологический, ментальный, социальный, промежуточный (и биологический и социальный)).

В настоящей статье мы, частично, опираемся на опыт европейских (а именно немецких) исследований, поскольку в Германии отмечается наибольший рост публикаций по данной проблематике. Например, в период с 1993 по 2003 г., там было опубликовано 20 870 статей по теме «страх», и каждый из авторов отмечал недостаток представленности и разработанности данной проблемы, особенно в свете современного развития науки [8].

<sup>1</sup> В оригинале: Чернышева М.П. Временная структура биосистем и биологическое время. СПб: Написано пером, 2014. 172 с.; Чернышева М.П. О феномене жизни // Новый русский журнал. 2019. № 12. С. 103—108.

Для понимания сути проблемы нам показалось интересным взять за основу некоторые языковые «формулы», связанные с обозначением страха. Например, в церковно-славянской и старорусской традиции «страх» понимается как сужение пространства, стеснение, оцепенение [3, с. 139]. Данные определения переживания страха нам еще понадобятся, но к ним вернемся несколько позже.

Анализируя знаковые, лексические формы обозначения эмоции страха, мы остановились на лексемах немецкого языка. В немецком языке понятие страха представлено двумя четко дифференцируемыми лексемами «Furcht» и «Angst», которые, по выводу исследователей, в обиходном употреблении часто перемешиваются и используются синонимично, однако имеют некоторые корреляты с выделенными разновидностями страха, фиксируемыми в научном языке психологии, философии, социологии и медицины [3, с. 142; 8].

Разбор данных форм лексической репрезентации феномена страха позволяет дифференцировать весьма существенные моменты в понимании природы и специфики этого сложного психического феномена.

Слово «Furcht» (не имеющее множественной формы) используется (по крайней мере в классическом языковом варианте) для обозначения реагирования человека на конкретную (видимую, предметную) угрозу, которая определена в своих границах (имеет размер, объем, цвет, временную и пространственную протяженность). Мы можем сказать, что это некий *опредмеченный страх*, который порождается, чаще всего, внешними объектами. Мы бы, в свою очередь, назвали данную разновидность переживания «экзогенным страхом», который, преимущественно, задается внешней реальностью.

Словом «Angst» обозначаются такие типы реагирования, которые связаны с чем-то неопределенным, беспредметным, неясным, неоформленным, смутным, диффузным, безотчетным, не имеющим границ, навязчиво повторяющимся. Этот тип реагирования задается внутренними источниками (опасениями), в силу чего мы можем назвать эти переживания «эндогенными страхами». В психологической и психоаналитической литературе этот тип страха соотносим со страхами невротического, фобического и экзистенциального характера [5].

В физиологических проявлениях и моторике Furcht-страхи и Angst-страхи, видимо, схожи и функционируют по формуле Ф. Перлза «страх есть возбуждение минус кислород»: от страха мы «задыхаемся», отмечается усиленное сердцебиение или «замирание сердца», возникает ощущение стеснения, ограничения, тесноты (что, как мы указывали выше, отражено и в этимологии русской лексики). Переживание страха приводит к известным телесным изменениям: внешний вид («перекошенное лицо», «расширенные зрачки»), тремор конечностей («трясущиеся руки» «дрожь в коленях», «подкосились ноги»), изменения сердцебиения, температурных показателей («холодный пот» «холод-

ные руки»), затруднения с дыханием и речью («перехватило горло», «прилип язык», «комочек в горле»), возможные нарушения пищеварительной системы (тошнота, рвота). На этом первичном этапе, уровне физиологических проявлений страха организм, видимо, фиксирует особенность, необычность, опасность ситуации и сигнализирует тревогой и мобилизацией.

Далее, усиливается моторное реагирование и повышается экспрессия (выражение) актуального состояния: происходит нарастание активности или усиливается паралич действия (ступор). Обычные реакции возможны в вариантах бегства, борьбы, оцепенения. Большинство исследователей отмечают, что страх гораздо реже является источником реакций борьбы: чаще это реакции бегства или оцепенения [5; 10].

На психологическом и когнитивном (ментальном) уровне Furcht-страхи, в силу их конкретности и опредмеченности, распознаются и оцениваются более адекватно, с более надежным прогнозом и установлением этиологических аспектов (в качестве основы здесь, видимо, выступает инстинкт самосохранения) [8; 10; 30]. А вот Angst-страхи (исходящие из внутренней среды и не имеющие четких границ) уже мозаично и иррационально комбинируются с чувством вины, обиды, печали, гнева, возмущения, преувеличения серьезности, с тенденцией формирования «негативной аффективности» [8; 9; 29].

На уровне контроля человек до определенной степени и с определенной успешностью способен контролировать ситуацию Furcht-страха, но ситуация Angst-страха скорее сама осуществляет контроль над личностью [30]. Это то, что называют «быть в плену у своего страха», и то, что является предметом психотерапии, главным методом которой является путь превращения Angst-страхов в Furcht-страх (более конкретный, понимаемый, контролируемый) [5; 30]. Научно зафиксировано, что Furcht-страх может легко сам трансформироваться в Angst-страх (фобию, невротическое навязчивое состояние), а вот обратно, из Angst-страха в Furcht-страх, путь более сложный, требующий внутреннего осознанного (и как правило, весьма напряженного и систематического) усилия, а иногда и вмешательства специалистов [5; 16].

Разберем ситуацию. Один из распространенных человеческих страхов — это страх опасных животных. Представьте, что Вы пошли на экскурсию в крокодилий питомник. К самому крокодилу (его размеру, виду, движению) было бы правильно применить термин Furcht-страха. А вот вся неопределенность актуальной ситуации и ее последствий, связанных с крокодилом (все, что Вы знаете и слышали когда-то о них зловещее — возможность быть укушенным или убитым этим крокодилом, непонятность его пространственного поведения и т. п.), скорее относится к Angst-страхам. Такое сочетание страхов обеспечивает владельцам парков-питомников и сафари-парков высокую доходность: люди там имеют возможность, с одной стороны, усилить свои невротические Angst-страхи и, с другой

стороны, опредметить их в конкретных Furcht-страхах, снизив общий накал собственных внутренних переживаний. Тот же механизм работает в пристрастиях к фильмам-ужасам, триллерам, сказкам.

Возвращаясь к ситуации прогулки по крокодильему парку-питомнику: пока Вы идете и наблюдаете за крокодилами и думаете о них, представляете себя рядом с ними в живой природе и т. п., в Вас работают на умеренном уровне Angst-страхи, подстегивая и будоража Ваше воображение, позволяя пережить некоторый необходимый уровень возбуждения. Но представим, что Вы были неловки (или заграждения оказались ненадежными) и свалились в вольер к тому самому крокодилу, который на расстоянии всего лишь оживлял фантазию. Видимо, мгновенно (во всяком случае, очень быстро) произойдет преобразование размытого Angst-страха неопределенности, в совершенно конкретный животный Furcht-страх, который и заставит Вас либо действовать на выживание (бежать, бороться, спастись, призывать помощь), либо погубит оцепенением, когда Вы не сможете действовать и замрете в ожидании гибели.

Столкновение с экстремальной ситуацией, если это происходит в контролируемой (безопасной) среде, используется в современных практиках психотерапии, для реабилитации современников от фобических и депрессивных реакций.

Хеннинг Бергенхольц отмечает, что сто лет назад превалировали конкретные страхи (Furcht-страхи), но в современном мире ситуация радикально изменилась, и сейчас доминируют Angst-страхи (неопределенные, диффузные, внутренне детерминированные), примерно в соотношении от 6:1 до 9:1 [17].

Таким образом, применение лингвистических форм обозначения феномена страха (заимствованные в немецком языке) позволяет дифференцировать сложный комплекс состояний, связанных с переживанием опасности, угрозы, уничтожения, повреждения, по достаточно понятным основаниям. Это имеет потенциал создания более точного диагностического инструментария (не только по феноменологии, но и по механизмам формирования и функционирования страха) и оригинальной методической базы в интерпретации полученного материала. Мы не использовали лексемы русского языка, поскольку в нем (в доминанте) существует именно понятие «страх», либо «модель» исследуемого переживания пришлось бы изрядно усложнять, добавляя к «страху» понятия «боязнь», «испуг» и еще что-нибудь, что создает громоздкость конструкции в теоретическом и практическом плане.

#### *Страх и стресс в экстремальной ситуации.*

Доминирование и склонность современного человека внутренне порождать неопределенные страхи детерминирует и проблему более сложного и тяжелого реагирования личности в ситуации стресса (бытового, профессионального, социального, экономического).

Взаимосвязи страха и стресса достаточно туманны, особенно с точки зрения механизмов их порождения и

возникновения. С одной стороны, фактор страха (угрозы, опасность) выступают важным стресс-фактором нашей жизни. Например, руководитель держит в страхе увольнения коллектив (создает неизвестность и неопределенность критериев оценки работы), и это служит источником развития у работников стресса (и даже дистресса, если эта ситуация развивается длительно или чрезмерно интенсивно). В приведенном примере, на уровне индивидуума, работают как Furcht-страхи (конкретного увольнения, с четко очерченными действиями и последствиями), так и Angst-страхи (связанные с неуверенностью в себе или своих действиях, общей тревогой за существование, развитием возможных последствий для персональной самооценки, статуса, влияния ситуации на родных и близких и т. д.).

С другой стороны, сам стресс (его стадийное протекание, ощущение и наступление последствий) является для человека источником формирования *страха переживания стресса* и попадания в стрессовую ситуацию. Особенно это заметно у людей и в сообществах, где присутствует *примитивная осведомленность о стрессе*, что порождает ригидные защитные механизмы ухода от напряжений (страх напряжений, интенсивных нагрузок, непривычных ситуаций), в том числе в ситуациях профессиональной деятельности, когда работник начинает использовать стратегию имитации деятельности, чтобы «не перегрузить себя». Такое поведение не является конструктивным, поскольку ограничивает человека в получении опыта (даже приятного) и развитии способностей, а также, создает значительные проблемы и для самой личности, и для окружающих. Особенный урон наносится механизмам саморегуляции и психической устойчивости, которые выступают основой противостояния экстремальным воздействиям [13; 19; 26].

Мы не случайно сделали оговорку о наличии «примитивной осведомленности о стрессе». Дело в том, что при наличии большого количества литературы по проблеме стресса значительное число людей (включая представителей опасных профессий, руководителей, педагогов, социальных работников, т. е. тех, кто профессионально находится сопряженным с данной проблемой) имеют весьма упрощенные представления о стрессе (его последствиях и механизмах развития). Кроме того, отмечается недостаток способности дифференцированно применить даже эти простые знания к обыденным жизненным практикам и самому себе [1; 12; 24; 27].

Современные источники по проблеме стресса свидетельствуют, что те знания, достижения и стратегии работы со стрессом, что были наработаны в период с середины XX века до начала XXI столетия, оказались как бы забыты, а новые исследования не отталкиваются от достигнутого, а как-то снова открывают то же самое (особенно в части профилактики и работы со стрессовыми состояниями) [1; 21]. Но это предмет отдельного анализа.

Особенности страх- и стресс-реагирования прослеживаются в ситуациях, называемых экстремальными,



т. е. таких, в которых человек напрямую, но в течение непродолжительного периода, взаимодействует со сверхсложной обстановкой (значительно выходящей за рамки обычного, наполненной неблагоприятными и угрожающими для жизнедеятельности факторами), приводящей его на грань персонального порога адаптивности. Экстремальная ситуация — это исключительно опасное событие или совокупность опасных событий, создающих угрозу жизни или здоровью, протекающих в ограниченном временном континууме. Последнее, создает давление фактора времени, при котором привычные стратегии приспособления, принятия решений и действий не являются эффективными, а на выработку новых нет ресурсов. Экстремальными называются и такие ситуации, о которых человек может быть осведомлен и к которым готовится заранее, но эти ситуации требуют максимальной включенности субъекта, активизации его ресурсов (физических, ментальных, эмоциональных, ценностных), выдержки и соответствия неким требованиям (например, экзамен, тестирование при приеме на работу, игра по типу «Что. Где. Когда»).

Эти нюансы определения экстремальной ситуации влекут за собой и своеобразие механизмов взаимодействия страха и стресса, что требует оригинального эмпирико-экспериментального изучения. В теоретическом плане и на основе приведенного выше лингвистического концепта страха мы можем выделить:

— *экзогенные экстремальные ситуации* (*Furcht-экстремальные ситуации*), связанные с внезапным наступлением опасного события, очерченного в пространственно-временных и предметно-объектных границах. Здесь страх, в привычном понимании, может быть минимально проявлен, в силу необходимости действовать и преодолеть угрозы. Такое положение дел возможно на базе имеющегося опыта практической деятельности, внутренней саморегуляции и ценностно-смысловой обеспеченности личности [26; 13]. Второй вариант в этом типе (*Furcht-экстремальной ситуации*) связан с поглощением страхом любой активности преодоления. В этом случае необходима помощь, без которой человек может оказаться на краю гибели.

В случаях экзогенной экстремальности (*Furcht-экстремальности*) стресс-реакции могут не развиваться (за счет быстрой мобилизации и решения ситуации) или быть отсроченными в варианте восстановления-

реабилитации. По мнению авторов, опирающихся на свой практический консультативный опыт, в подобных ситуациях не исключено развитие посттравматических состояний, выраженных в появлении страха подобных ситуаций и обстоятельств.

— *Эндогенные экстремальные ситуации* (*Angst-экстремальные ситуации*) — известные заранее, но требующие максимизации напряжения ресурсных систем. В этих ситуациях *Angst-экстремальности* (имеющих зазор неопределенности, вариативности) доминируют *Angst-страхи*, имеющие комплексно-мозаичный характер (описанный нами выше), и они в большей степени провоцируют реакции оцепенения («ступора», «зависания») вместо активации и мобилизации. Вероятно, причина кроется в доминировании «мысленного проигрывания последствий» и «давления ответственности» (возникают угрозы самооценке, статусу, престижу, достижениям). Все это создает «эмоционально забитый» фон общего состояния. В таких ситуациях стресс непосредственно следует за страхом, или стресс и страх могут развиваться параллельно-одновременно, создавая широкий спектр долгоиграющих (но, возможно, слабо осознаваемых) последствий невротического характера.

Подытожим.

— Применение лингвистического подхода к пониманию феноменологии страха позволяет выделить два типа страх-реагирования: *экзогенно порождаемые страхи* (конкретизированные по объекту, имеющие достаточно отчетливые границы, возникающие под влиянием внешней реальности, поддающиеся более-менее адекватной оценке и контролю) и *эндогенно порождаемые страхи* (детерминированные внутренней средой человека, характеризующиеся беспредметностью, неопределенностью, размытостью границ и неясностью, но способностью «захватывать» личность).

— Соотношение и взаимовлияние страхов и стресса имеет сложный характер, определяемый типом ситуации и особенностями комплексной личностной организации человека (включающей его психофизиологический статус). Страх и стресс могут выступать взаимодетерминантами.

— Выделенные типы экстремальности ситуации (экзогенная экстремальность и эндогенная экстремальность) определяют типы страх- и стресс-реагирования, в сочетании со спектром возможных последствий.

## Литература

1. Абабков В.А., Пере М. Адаптация к стрессу: Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Розенова М.И. Индивидуально-психологические источники продолжительности жизни: актуальные и перспективные исследования // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2019. № 4. С. 71—90. DOI:10.18384/2310-7235-2019-4-71-90
3. Ямшанова В.А. Furcht и Angst: Проблема страха в немецкой лингвистике и психологии [Электронный ресурс] // Актуальные проблемы экономики и управления. 2016. Том 1. № 9. С. 138—142. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25778328> (дата обращения: 18.03.2020).
4. Adler R.S., Rozen B., Silverstein E.M. Emotion in negotiation: How to manage fear and anger // Negotiation Journal. 1998. Vol. 14. № 2. P. 161—179. DOI:10.1023/A:1024657321423



5. Angst — Furcht — Fobie — Panik [Электронный ресурс] // NLPedia: Die NLP Enzyklopädie, 2018. URL: [https://nlpportal.org/nlpedia/wiki/Angst\\_-\\_Furcht\\_-\\_Phobie\\_-\\_Panik](https://nlpportal.org/nlpedia/wiki/Angst_-_Furcht_-_Phobie_-_Panik) (дата обращения: 18.03.2020).
6. Arnold M.B. Emotion and Personality: 2 vols. Vol. I: Psychological aspects. New York: Columbia University Press, 1960.
7. Arnsten A.F. Stress Weakens Prefrontal Networks: molecular insults to higher cognition // Nature Neuroscience. 2015. Vol. 18. № 10. P. 1376—1385. DOI:10.1038/nn.4087
8. Becker J. Computergestütztes Adaptives Testen (CAT) von Angst entwickelt auf der Grundlage der Item Response Theorie (IRT): Diss. ... dr. psychological sciences. Berlin: Freie Universität, 2004. 263 p. DOI:10.17169/refubium-11432
9. Blankertz St., Doubrawa E. Angst [Электронный ресурс] // Lexikon der Gestalttherapie-lexikon / Gestalt institute Köln and Kassel. Kassel: Gikpress, 2017. P. 21—22. URL: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=yzWxDgAAQB\\_AJ&oi=fnd&pg=PA6&ots=WhNX1ny\\_Kd&sig=1LA0pWkeJIMd\\_d\\_33ugzHWOPc50&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=yzWxDgAAQB_AJ&oi=fnd&pg=PA6&ots=WhNX1ny_Kd&sig=1LA0pWkeJIMd_d_33ugzHWOPc50&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (дата обращения: 18.03.2020).
10. Bühlmann J. Angst // Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. 2004. Vol. 1. P. 81—101.
11. Clayton M. Brilliant stress management. Harlow, England; New York: Prentice Hall, 2011. 216 p.
12. Design of the army study to assess risk and resilience in service members (Army STARRS) / R.C. Kessler [et al.] // International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2013. Vol. 22. № 4. P. 267—275. DOI:10.1002/mpr.1401
13. Embedding emotional intelligence into military training contexts / K.B. Oden [et al.] // Procedia Manufacturing. 2015. Vol. 3. P. 4052—4059. DOI:10.1016/j.promfg.2015.07.976
14. Gross J.J., John O.P. Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates // Personality and Individual Differences. 1995. Vol. 19. № 4. P. 555—568. DOI:10.1016/0191-8869(95)00055-B
15. Hall S. Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. Vol. 2. New York: Appleton and Company, 1904. 45 p. doi.org/10.1037/14677-000
16. Harder A. Angst, Freiheit und räumliche Mobilität: Angst minimieren, räumliche Mobilität maximieren [Электронный ресурс] // Otto von Guericke Universität Magdeburg. URL: <http://www.med.uni-magdeburg.de/~harder/angst/mobangst.html> (дата обращения: 18.03.2020).
17. Henn-Memmesheimer B. Sprechen über Emotionen und Gefühle: neurobiologisch und alltagssprachlich — Das Beispiel Angst [Электронный ресурс] // Emotionen in Sprache und Kultur / Ed. J. Polajnar. Ljubljana, 2012. P. 22—36. URL: [http://madoc.bib.uni-mannheim.de/53650/1/henn\\_memmesheimer\\_2012\\_sprechen\\_aber\\_emotionen\\_und\\_gefuehle\\_angst.pdf](http://madoc.bib.uni-mannheim.de/53650/1/henn_memmesheimer_2012_sprechen_aber_emotionen_und_gefuehle_angst.pdf) (дата обращения: 18.03.2020).
18. Izard C.E. The face of emotion. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971. 468 p.
19. Joseph C. An overview of psychological factors and interventions in air combat operations [Электронный ресурс] // Indian Journal of Aerospace Medicine. 2007. Vol. 51. № 2. P. 1—16. URL: <http://medind.nic.in/iab/t07/i2/iabt07i2p1.pdf> (дата обращения: 18.03.2020).
20. Lazarus R.S. Emotion and Adaptation // Human Emotions: A Reader / Eds. J. Jenkins, K. Oatley, N. Stein. Malden, MA: Blackwell Publishers, 1998. P. 38—44.
21. Mazda A. Stress and City. München: C. Bertelsmann Verlag, 2017. 392 p.
22. Perez M., Reicherts M. Stress, coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications [Электронный ресурс]. Seattle, 1992. 233 p. URL: [https://www.researchgate.net/publication/242655636\\_Stress\\_coping\\_and\\_health\\_A\\_situation-behavior\\_approach\\_Theory\\_methods\\_applications](https://www.researchgate.net/publication/242655636_Stress_coping_and_health_A_situation-behavior_approach_Theory_methods_applications) (дата обращения: 18.03.2020).
23. Plutchik R. Emotion: A Psychoevolutionary synthesis. N.Y.: Harper and Row, 1980.
24. Predictors of suicide and accident death in the army study to assess risk and resilience in servicemembers / M. Schoenbaum [et al.] // JAMA Psychiatry. 2014. Vol. 71. № 5. P. 493—503. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417
25. Quick J.C., Cooper C.L. Stress and Strain. Health Press Limited, 2003. 52 p.
26. Resilience training with soldiers during basic combat training: randomization by platoon / A.B. Adler [et al.] // Applied Psychology: Health and Well-Being. 2015. Vol. 7. № 1. P. 85—107. DOI:10.1111/aphw.12040
27. Shakespeare Finch J. Primary and secondary trauma in emergency personnel // Traumatology. 2011. Vol. 17. № 4. P. 1—2. DOI:10.1177/1534765611431834
28. Tomkins S.S. Affect as the Primary Motivational System // Feelings and Emotions / Ed. M. Arnold. N.Y.: Academic Press, 1970. P. 101—110.
29. Vaas R. Angst [Электронный ресурс] // Lexikon der Neurowissenschaft. URL: <http://spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/fngst/641> (дата обращения: 18.03.2020).
30. Zörnpfennig M. Angst — Rachmann [Электронный ресурс] // Proseminar zur allg. Psychologie — Motivation und Emotion. 2001. 12 p. URL: [http://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/mot\\_emo2\\_2001/zoernpfennig.pdf](http://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/mot_emo2_2001/zoernpfennig.pdf) (дата обращения: 18.03.2020).

## References

1. Ababkov V.A., Pere M. Adaptatsiya k stress: Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress: Fundamentals of theory, diagnosis, therapy]. St. Petersburg: Rech, 2004. 166 p. (In Russ.).

2. Rozenova M.I. Individual'no-psikhologicheskie istochniki prodolzhitel'nosti zhizni: aktual'nye i perspektivnye issledovaniya [Individual psychological sources of life expectancy: current and prospective studies]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki* [Bulletin of the Moscow Region State University. Series: Psychology], 2019. Vol. 4, pp. 71—90. DOI:10.18384/2310-7235-2019-4-71-90 (In Russ.).
3. Yamshanova V.A. Fucht i Angst: Problema strakha v nemetskoj lingvistike i psikhologii [FURCHT and ANGST: problem of fear in german linguistics and psychology] [Elektronnyi resurs]. *Aktual'nye problemy ekonomiki i upravleniya* [Actual problems of economics and management], 2016. Vol. 1, no. 9, pp. 138—142. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25778328> (Accessed 18.03.2020). (In Russ.).
4. Adler R.S., Rozen B., Silverstein E.M. Emotion in negotiation: How to manage fear and anger. *Negotiation Journal*, 1998. Vol. 14, no. 2, pp. 161—179. DOI:10.1023/A:1024657321423
5. Angst — Furcht — Fobie — Panik [Elektronnyi resurs]. *NLPedia: Die NLP Enzyklopädie*. 2018. URL: [https://nlportal.org/nlpedia/wiki/Angst\\_-\\_Furcht\\_-\\_Phobie\\_-\\_Panik](https://nlportal.org/nlpedia/wiki/Angst_-_Furcht_-_Phobie_-_Panik) (Accessed 18.03.2020).
6. Arnold M.B. Emotion and Personality: 2 vols. Vol. I: Psychological aspects. New York: Columbia University Press, 1960.
7. Arnsten A.F. Stress Weakens Prefrontal Networks: molecular insults to higher cognition. *Nature Neuroscience*, 2015. Vol. 18, no. 10, pp. 1376—1385. DOI:10.1038/nn.4087
8. Becker J. Computergestütztes Adaptives Testen (CAT) von Angst entwickelt auf der Grundlage der Item Response Theorie (IRT). Diss. dr. psychological sciences. Berlin: Freie Universität, 2004. 263 p. DOI:10.17169/refubium-11432
9. Blankertz St., Doubrava E. Angst [Elektronnyi resurs]. In Gestalt institute Köln and Kassel. *Lexikon der Gestalttherapielexikon*. Kassel: Gikpress, 2017, pp. 21—22. URL: [https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=yzWxDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&ots=WhNX1ny\\_Kd&sig=1LA0pWkeJIMd\\_d\\_33ugzHWOPc50&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=yzWxDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&ots=WhNX1ny_Kd&sig=1LA0pWkeJIMd_d_33ugzHWOPc50&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (Accessed 18.03.2020).
10. Bühlmann J. Angst. *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, 2004. Vol. 1, pp. 81—101.
11. Clayton M. Brilliant Stress Management. Harlow, England; New York: Prentice Hall, 2011. 216 p.
12. Kessler R.C. et al. Design of the army study to assess risk and resilience in service members (Army STARRS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2013. Vol. 22, no. 4, pp. 267—275. DOI:10.1002/mpr.1401
13. Oden K.B. et al. Embedding emotional intelligence into military training contexts. *Procedia Manufacturing*, 2015. Vol. 3, pp. 4052—4059. DOI:10.1016/j.promfg.2015.07.976
14. Gross J.J., John O.P. Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 1995. Vol. 19, no. 4, pp. 555—568. DOI:10.1016/0191-8869(95)00055-B
15. Hall S. Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. Vol. 2. New York: Appleton and Company, 1904. 45 p. doi.org/10.1037/14677-000
16. Harder A. Angst, Freiheit und räumliche Mobilität: Angst minimieren, räumliche Mobilität maximieren [Elektronnyi resurs]. *Otto von Guericke Universität Magdeburg*. URL: <http://www.med.uni-magdeburg.de/~harder/angst/mobangst.html> (Accessed 18.03.2020).
17. Henn-Memmesheimer B. Sprechen über Emotionen und Gefühle: neurobiologisch und alltagssprachlich — Das Beispiel Angst [Elektronnyi resurs]. In Polajnar J. (ed.), *Emotionen in Sprache und Kultur*. Ljubljana, 2012, pp. 22—36. URL: [http://madoc.bib.uni-mannheim.de/53650/1/henn\\_memmesheimer\\_2012\\_sprechen\\_aber\\_emotionen\\_und\\_gefuehle\\_angst.pdf](http://madoc.bib.uni-mannheim.de/53650/1/henn_memmesheimer_2012_sprechen_aber_emotionen_und_gefuehle_angst.pdf) (Accessed 18.03.2020).
18. Izard C.E. The face of emotion. New York: Appleton-Century-Crofts, 1971. 468 p.
19. Joseph C. An overview of psychological factors and interventions in air combat operations [Elektronnyi resurs]. *Indian Journal of Aerospace Medicine*, 2007. Vol. 51, no. 2, pp. 1—16. URL: <http://medind.nic.in/iab/t07/i2/iabt07i2p1.pdf> (Accessed 18.03.2020).
20. Lazarus R.S. Emotion and Adaptation. In Jenkins J., Oatley K., Stein N. (eds.), *Human Emotions: A Reader*. Malden, MA: Blackwell Publishers, 1998, pp. 38—44.
21. Mazda A. Stress and City. München: C. Bertelsmann Verlag, 2017. 392 p.
22. Perrez M., Reicherts M. Stress, coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications [Elektronnyi resurs]. Seattle, 1992. 233 p. URL: [https://www.researchgate.net/publication/242655636\\_Stress\\_coping\\_and\\_health\\_A\\_situation-behavior\\_approach\\_Theory\\_methods\\_applications](https://www.researchgate.net/publication/242655636_Stress_coping_and_health_A_situation-behavior_approach_Theory_methods_applications) (Accessed 18.03.2020).
23. Plutchik R. Emotions: psychoevolutionary synthesis. N.Y.: Harper and Row, 1980.
24. Schoenbaum M. et al. Predictors of suicide and accident death in the army study to assess risk and resilience in servicemembers. *JAMA Psychiatry*, 2014. Vol. 71, no. 5, pp. 493—503. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417
25. Quick J.C., Cooper C.L. Stress and Strain. Health Press Limited, 2003. 52 p.
26. Adler A.B. et al. Resilience training with soldiers during basic combat training: randomization by platoon. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2015. Vol. 7, no. 1, pp. 85—107. DOI:10.1111/aphw.12040
27. Shakespeare Finch J. Primary and secondary trauma in emergency personnel. *Traumatology*, 2011. Vol. 17, no. 4, pp. 1—2. DOI:10.1177/1534765611431834
28. Tomkins S.S. Affect as the Primary Motivational System. In Arnold M. (ed.), *Feelings and Emotions*. N.Y.: Academic Press, 1970, pp. 101—110.

29. Vaas R. Angst [Elektronnyi resurs]. *Lexikon der Neurowissenschaft*. URL: <http://spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/fngst/641> (Accessed 18.03.2020).

30. Zörnpenning M. Angst — Rachmann [Elektronnyi resurs]. *Proseminar zur allg. Psychologie — Motivation und Emotion*, 2001. 12 p. URL: [http://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/mot\\_emo2\\_2001/zoernpfennig.pdf](http://homepage.univie.ac.at/michael.trimmel/mot_emo2_2001/zoernpfennig.pdf) (Accessed 18.03.2020).

### **Информация об авторах**

*Розенова Марина Ивановна*, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>, e-mail: [profil234@yandex.ru](mailto:profil234@yandex.ru)

*Екимова Валентина Ивановна*, доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

*Кокурин Алексей Владимирович*, кандидат психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); доцент кафедры криминологии и уголовно-исполнительного права, Московский государственный юридический университет (МГЮА) имени О.Е. Кутафина, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)

*Огнев Александр Сергеевич*, доктор психологических наук, профессор, Институт психологии и педагогики; научный руководитель, Российский новый университет (НОУ ВПО «РосНОУ»), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: [psychology@rosnou.ru](mailto:psychology@rosnou.ru)

*Ефимова Ольга Сергеевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда и психологического консультирования факультета педагогики и психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>, e-mail: [efimovao.s.0303@mail.ru](mailto:efimovao.s.0303@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Marina I Rozenova*, Doctor of Psychology, Professor of the Department of Scientific Foundations of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>, e-mail: [profil234@yandex.ru](mailto:profil234@yandex.ru)

*Valentina I. Ekimova*, Doctor of Psychological sciences, Professor, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: [iropse@mail.ru](mailto:iropse@mail.ru)

*Aleksey V Kokurin*, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of scientific foundations of extreme psychology, Faculty of Extreme Psychology, Moscow state University of psychology & education, Department of Criminology and Criminal Law, Kutafin Moscow State Law University (MSAL), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>, e-mail: [kokurin1@bk.ru](mailto:kokurin1@bk.ru)

*Alexandr S. Ognev*, Doctor of Psychology, Research Director of the Institute of psychology and pedagogy, Institute of Psychology and Pedagogy, Russian New University (RosNOU), Moscow, Russia, e-mail: [psychology@rosnou.ru](mailto:psychology@rosnou.ru)

*Olga S Efimova*, Candidate of Psychology science, assistant professor, Department of Labor Psychology and Psychological Counseling, Faculty of Pedagogy and Psychology, Department of Labor Psychology and Psychological Consulting, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>, e-mail: [efimovao.s.0303@mail.ru](mailto:efimovao.s.0303@mail.ru)

Получена 27.01.2020

Received 27.01.2020

Принята в печать 20.03.2020

Accepted 20.03.2020

*Вне тематики номера  
Outside of the theme rooms*

**СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
SOCIAL PSYCHOLOGY**

**Анализ зарубежных эмпирических моделей межкультурной компетентности  
и методик для ее оценки**

**Гриценко В.В.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: [gritsenko2006@yandex.ru](mailto:gritsenko2006@yandex.ru)

**Хухлаев О.Е.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>, e-mail: [huhlaevoe@mgppu.ru](mailto:huhlaevoe@mgppu.ru)

**Павлова О.С.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>, e-mail: [os\\_pavlova@mail.ru](mailto:os_pavlova@mail.ru)

**Ткаченко Н.В.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>, e-mail: [tata\\_tkachenko@mail.ru](mailto:tata_tkachenko@mail.ru)

**Усубьян Ш.А.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
e-mail: [usubyansha@mgppu.ru](mailto:usubyansha@mgppu.ru)

**Шорохова В.А.**

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5424-2350>, e-mail: [shorohovava@mgppu.ru](mailto:shorohovava@mgppu.ru)

Статья содержит первую часть аналитического обзора, в целом включающего 14 зарубежных эмпирических моделей межкультурной компетентности и разработанных на их основе психодиагностических методик, которые в зарубежной психологии прошли проверку на надежность и валидность. Проведен анализ девяти подходов к межкультурной компетентности, представлены результаты их исследований. Описана структура предметно ориентированных, т. е. сосредоточенных исключительно на оценке либо межкультурных черт характера, либо межкультурных отношений и мировоззрения, либо межкультурных возможностей, и смешанных моделей, т. е. сочетающих в себе черты характера, мировоззрения и возможности.

**Ключевые слова:** межкультурная компетентность, оценка межкультурной компетентности, эмпирическая модель, методика

**Финансирование:** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-013-00892 «Интегративная социально-психологическая модель оценки и прогнозирования эффективности межкультурного взаимодействия».



**Для цитаты:** Анализ зарубежных эмпирических моделей межкультурной компетентности и методик для ее оценки [Электронный ресурс] / В.В. Гриценко, О.Е. Хухлаев, О.С. Павлова, Н.В. Ткаченко, Ш.А. Усубьян, В.А. Шорохова // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 103—113. DOI:10.17759/jmfp.2020090111

## Analysis of foreign empirical models of intercultural competence and methods for its evaluation

**Gritsenko V.V.**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: [gritsenko2006@yandex.ru](mailto:gritsenko2006@yandex.ru)

**Khukhlaev O.E.**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>, e-mail: [huhlaevoe@mgppu.ru](mailto:huhlaevoe@mgppu.ru)

**Pavlova O.S.**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>, e-mail: [os\\_pavlova@mail.ru](mailto:os_pavlova@mail.ru)

**Tkachenko N.V.**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>, e-mail: [tata\\_tkachenko@mail.ru](mailto:tata_tkachenko@mail.ru)

**Usybyan Sh.A.**

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia

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

**Shorohova V.A.**

Moscow State University of Psychology and Education,  
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5424-2350>, e-mail: [shorohovava@mgppu.ru](mailto:shorohovava@mgppu.ru)

The article presents the first part of the analytical review, which in general includes 14 foreign empirical models of intercultural competences and psychodiagnostic techniques, developed on their basis, which in foreign psychology have been tested for reliability and validity. Nine approaches to intercultural competences have been analyzed and the results of these researches are presented. The article describes the structure of subject-oriented, i. e. focused solely on the assessment of intercultural traits, intercultural relations and worldview, or intercultural possibilities, and mixed models, i. e. combining character traits, worldviews and opportunities.

**Keywords:** intercultural competence, assessment of intercultural competence, empirical model.

**Funding:** The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 19-013-00892 «Integrative socio-psychological evaluation model and predicting the effectiveness of intercultural interaction».

**For citation:** Gritsenko V.V., Huhlaev O.E., Pavlova O.S., Tkachenko N.V., Usybyan Sh.A., Shorohova V.A., Shorohova V.A. Analysis of foreign empirical models of intercultural competence and methods for its evaluation [Elektronnyi resurs]. Journal of Modern Foreign Psychology, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 103—113. DOI:10.17759/jmfp.2020090111 (In Russ.).

### Введение

Исследования, связанные с межкультурной компетентностью (МКК), а именно разработка методическо-

го инструментария для ее оценки, имеют теоретическую и практическую значимость. Теоретически они могут выявить психологические конструкты, необходимые для межкультурной адаптации, помогая в создании

моделей, улучшающих понимание этого многогранного явления. С позиций практики такие инструменты позволяют специалистам определять цели психокоррекционного воздействия, разрабатывать действенные программы обучения, которые важны для организаций и отдельных лиц, и оценивать их эффективность.

Однако в отечественной психологии методических инструментов, предназначенных для оценки МКК, единицы. Это разработанная М.Ю. Чибисовой и О.Е. Хухлаевым на базе динамической модели межкультурной сенситивности (DMIS) М. Беннета «Шкала межкультурной сенситивности» [11], ее же модификация Ю.А. Логашенко [5]; опросники «Структура межкультурной компетентности», созданные М.Ю. Чибисовой и М.В. Корниловой, М.Ю. Чибисовой и Т.И. Ивановой [3; 7]; регионально-специфический авторский опросник А.М. Захаровой и С.Д. Гуриевой «Уровень межкультурной компетентности», направленный сугубо на респондентов из Иркутской области [2]; и, наконец, методики «Шкала культурного интеллекта» Г.У. Солдатовой, С.В. Чигарьковой, Е.И. Рассказовой (перевод и адаптация методики С. Анга и коллег [6; 12] и «Оценка межкультурной компетентности» М.А. Бульцевой, Н.М. Лебедевой (перевод и адаптация методики А. Фантини) [1; 15]. Данные методики представляют собой перевод и адаптацию известных зарубежных методик или разработаны на основе зарубежных моделей МКК. Они, как правило, направлены на измерение степени выраженности отдельных структурно-динамических компонентов МКК (межкультурной сензитивности, культурного интеллекта и т. п.) и не в полной мере отражают содержание МКК как целостного и поликомпонентного феномена.

В то же время в зарубежной психологии в последние годы появилось немало тестов, направленных на измерение как отдельных сторон МКК, так и их совокупности.

Поэтому цель данной статьи — представить обзор доступных зарубежных методик МКК, выявить базовые конструкты их построения, которые могут быть использованы для построения интегративной эмпирической модели МКК, соответствующей задачам конкретного исследования или практического вызова.

При разработке инструментов для оценки МКК исследователи, как правило, опираются на два подхода. Общекультурный подход основан на предположении, что люди, независимо от культуры, обладают определенным набором знаний, навыков, способностей, которые могут выступать неким психологическим ресурсом, позволяющим успешно адаптироваться к любой культуре. Культурно ориентированный же подход предполагает, что люди для успешного функционирования в другой культуре должны владеть культурно-специфическими умениями и навыками. При конструировании тестов возможен и так называемый смешанный подход, оценивающий как общекультурные, или универсальные, так и культурно-специфические характеристики личности.

В статье проанализированы тесты, в большинстве основанные на общекультурном или смешанном подходе. Предварительный отбор тестов для анализа проводился по критерию наличия опубликованных в зарубежных рецензируемых журналах эмпирических статей, подтверждающих психометрические свойства теста.

В итоге для анализа были отобраны 14 моделей, 9 из которых представлены в данной части статьи.

**1. ШКАЛА МЕЖКУЛЬТУРНОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА — Intercultural Adjustment Potential Scale (ICAPS)**, разработанная известным японским исследователем Д. Мацумото с коллегами, направлена на выявление возможностей индивида к успешной адаптации в новой культурной среде [14]. Одним из основных факторов успешной межкультурной адаптации и интеграции, по мнению авторов методики, является наличие у индивида способности регулировать свои эмоции в условиях межкультурного взаимодействия и межкультурного конфликта, неизбежно возникающего из-за различий в языке, ценностях, нормах, отношении, поведении. Важным аспектом в изучении новой культуры является также наличие способности быть свободным от чрезмерной привязанности к предыдущим способам мышления, которые работали в прошлом, и готовность мириться с неопределенностью, не зная или не в состоянии предсказывать вероятные результаты своих действий, т. е. быть открытым новому опыту. Наряду с открытостью, как подчеркивают авторы данной модели, нужна гибкость, чтобы вспомнить и рассмотреть альтернативы, которые были неуместны в предыдущем социальном опыте. Еще одним важным условием успешной межкультурной адаптации являются наблюдение, оценка, прогнозирование собственного поведения и поведенческих реакций окружающих людей, т. е. наличие способности к сознательному, критическому мышлению, выдвижению конкурирующих гипотез, объясняющих конфликт не только с позиций собственной культуры, и, как следствие, к созданию новых моделей социального взаимодействия. Как подчеркивает Д. Мацумото, эти психологические характеристики, конечно, были ранее описаны в научной литературе. Однако они не были проверены эмпирически и интегрированы в единый набор измерений, который учитывает межкультурную адаптацию. Этот набор измерений представляет собой попытку создать, по мнению авторов, более полную модель психологии межкультурной адаптации [14].

Данные, подтверждающие достоверность четырехфакторной конструкции ICAPS, получены на основе опросов более чем 1500 респондентов. Внутренняя согласованность шкал высока (коэффициент альфа Кронбаха  $\alpha \geq 0,7$ ). Внешняя валидность продемонстрирована через предсказанные корреляции шкал ICAPS и личностных факторов (Большая Пятерка и Калифорнийский Психологический Опросник) [14; 23]. ICAPS доступен на китайском, английском, немецком, японском, корейском и испанском языках [20].

**2. ОПРОСНИК О МУЛЬТИКУЛЬТУРНОЙ ЛИЧНОСТИ** — The Multicultural Personality Questionnaire (MPQ), предназначен для оценки личности, ее поведения при взаимодействии с людьми из разных культур [24; 25]. Определяя межкультурную эффективность как успех не только в области индивидуальной адаптации, но и в области межкультурных взаимодействий и профессиональной эффективности, Ван дер Зи и Ван Оуденховен [Van Der Zee, Van Oudenhoven] разработали свою эмпирическую модель МКК, включающую в себя в окончательном варианте 5 конструктов: *Культурная эмпатия* (*Cultural empathy*), *Открытость* или *непринужденность* (*Open-Mindedness*), *Социальная инициатива* (*Social initiative*), *Эмоциональная устойчивость* (*Emotional stability*) и *Гибкость* (*Flexibility*) [23].

Под *Культурной эмпатией* авторы понимают способность индивида идентифицировать себя с чувствами, мыслями и поведением людей из разных культур; под *Открытостью* — способность быть открытым непредвзятым при столкновении с людьми из другой культуры, имеющими другие ценности и нормы; под *Социальной инициативой* — стремление активно подходить к социальным ситуациям и проявлять инициативу во взаимодействии; под *Эмоциональной устойчивостью* — способность сохранять спокойствие в стрессовых ситуациях; под *Гибкостью* — способность людей приспосабливать свое поведение к новым и неизвестным ситуациям, менять стратегии, привычные и надежные способы ведения дел.

Английская версия MPQ адаптирована на 305 студентах и показала высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,8$ ) для всех 5 измерений и высокую прогностическую способность методики для измерения межкультурной эффективности и адаптации к новым и неизвестным межкультурным ситуациям [23].

**3. ОПРОСНИК МЕЖКУЛЬТУРНОГО РАЗВИТИЯ** — Intercultural Development Inventory (IDI), разработан М. Беннетом и М. Хаммером на основе концепции межкультурной сензитивности (чувствительности) М. Беннета [8].

В данной концепции рассматривается развитие межкультурной компетентности через 6 стадий.

Стадия «Отрицание» характеризуется наиболее выраженной формой этноцентризма, когда личность считает свою культуру единственной. Как правило, эта позиция характерна для представителей групп культурного большинства; нередко это связано с изоляцией от культурного многообразия. Отрицание может проявляться через изоляцию или сепарацию.

Стадия «Защита» характеризуется восприятием культурных различий как угрозы собственному существованию. Однако по сравнению с отрицанием — это более «продвинутый» уровень, так как он свидетельствует о появлении определенной чуткости к признанию реальности культурных различий. Формами защиты являются диффамация, превосходство и реверсия (обратное развитие).

На следующей стадии «Минимизация» культурные различия признаются индивидом, но оцениваются им как что-то тривиальное, незначительное и несущественное. Это последняя стадия этноцентристской позиции личности, основанная на культурном абсолютизме.

Переход к этнорелятивистскому этапу связан с осознанием и признанием культурного релятивизма. Культурные различия принимаются как реально существующие, но не имеющие негативной окраски: все культуры разные, но равные. Поэтому первой стадией этнорелятивизма становится стадия «Принятие», когда различия между культурами признаются естественным состоянием человеческого общества.

На следующей стадии «Приспособление» (адаптация) происходит понимание необходимости изменения своего поведения в разных культурных контекстах. Эмпатия, культурный плюрализм — эти качества развиваются в ходе адаптации к культурным различиям и способствуют этой адаптации.

Наивысшей стадией развития межкультурной компетентности является переход к стадии «Интеграция», на которой происходит формирование мультикультурной идентичности или конструктивной маргинальности. На этой стадии личность готова понять и принять множество культурных реальностей и действовать в соответствии с изменяющимися культурными условиями.

Таким образом, модель Беннета позволяет описать динамику формирования межкультурной компетентности и измерить ее. Опросник межкультурного развития (IDI) представляет собой тест из 50 пунктов и направлен на оценку степени сформированности межкультурной компетентности или способности воспринимать различия между собой и другими, которые «культурно обоснованы» [16].

В отличие от предыдущих двух опросников (ICAPS и MPQ), которые измеряют отдельные личные характеристики (например, открытость, гибкость, эмоциональную устойчивость), IDI позволяет видеть прогрессию человека или группы вдоль континуума межкультурной компетентности. Опросник демонстрирует высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,8$ ), достаточную валидность и широко используется во многих странах мира [16].

**4. ШКАЛА КУЛЬТУРНОГО ИНТЕЛЛЕКТА** — Cultural Intelligence Scale (CQS) [12], используется в социальных науках для измерения способности индивида эффективно работать в иной культурной среде, в разных межкультурных ситуациях. Культурный интеллект — это способность индивида эффективно функционировать и взаимодействовать в ситуациях, характеризующихся культурным многообразием. Данный инструмент апробирован в основном на группах лидеров в сфере менеджмента и бизнеса в западных странах в 2000-е гг. В дальнейшем эта методика распространилась по всему миру, пройдя апробацию в разных странах. В основу опросника положена многофакторная



модель культурного интеллекта, включающая четыре фактора: **метакогнитивный культурный интеллект** (*metacognitive CQ*) — умственная способность приобретать и понимать культурные знания; **когнитивный культурный интеллект** (*cognitive CQ*) — структуры знаний и знаний о культурах и культурных различиях; **мотивационный культурный интеллект** (*motivational CQ*) — способность направлять и поддерживать энергию к функционированию в межкультурных ситуациях; **поведенческий культурный интеллект** (*behavioural CQ*) — способность к поведенческой гибкости в межкультурных взаимодействиях).

Шкалы опросника характеризуются высокой надежностью: альфа Кронбаха варьирует для разных шкал и выборок 0,71—0,85 [26].

Валидизация шкалы культурного интеллекта на украинской выборке (она состояла из двух групп: представители так называемой «общей публики» и «лидеры» в качестве контрольной группы) [4] методом фокус-групп выявила ряд ограничений в ее использовании. В частности, участники фокус-групп отметили, что ее вопросы принуждают респондента к одобрению подавления естественных реакций, возникающих в ходе общения, и излишней рационализации общения, критической самооценки собственных знаний о других культурах; авторов упрекают в терминологическом давлении (использование терминов, не всегда однозначно понимаемых участниками исследования: к примеру, «межкультурное взаимодействие», «межкультурная ситуация»), а также в ущемлении социального статуса определенной части населения (в частности тех, кто не ездит в другие страны) [4]. При этом сами участники отметили, что на восприятие шкалы оказывают влияние различные факторы, среди которых политико-идеологические, социальные, культурные, психологические, гносеологические, которые создают определенные барьеры для восприятия материала опросника.

Апробация шкалы культурного интеллекта в России [6] на выборке 1545 человек из шести федеральных округов РФ показала ее надежным и валидным психодиагностическим инструментом. С помощью конфирматорного факторного анализа Г.У. Солдатова, С.В. Чигарькова, Е.И. Рассказова выявили, что русскоязычная версия опросника позволяет получить аналогичную англоязычной факторную структуру и может использоваться для изучения межкультурной коммуникации. Результаты тест-ретестовой надежности [6] согласуются с полученными для оригинальной версии данными о стабильности основных компонентов культурного интеллекта [26].

**5. ОПРОСНИК ГЛОБАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ** — Global Competencies Inventory (GCI) [13]. Данный опросник включает в себя 3 сложных конструкта или фактора, раскрывающих содержание межкультурной компетентности: «Управление восприятием» (Perception Management), «Управление отношениями» (Relationship Management), «Самоуправление»

(Self-Management), каждый из которых, в свою очередь, включает в себя несколько компонентов.

Так, конструкт «**Управление восприятием**», оценивающий умственную гибкость при столкновении с культурными различиями, склонность быстро оценивать эти различия и способность человека управлять своим восприятием, включает такие категории, как *Непредвзятость* (*Nonjudgmentalness*) — склонность удерживать или приостанавливать суждение о лицах, ситуациях или поведении, которые являются новыми или незнакомыми; *Любознательность* (*Inquisitiveness*) — активное стремление к пониманию идей, ценностей, норм, ситуаций и поведения, которые являются новыми и различными; *Терпимость к неопределенности* (*Tolerance of ambiguity*) — способность управлять неопределенностью в новых и сложных ситуациях, где не обязательно существует «правильный» способ интерпретации; *Космополитизм* (*Cosmopolitanism*) — стремление проявлять интерес к различным странам и культурам, мировым и международным событиям; *Включенность* (*Category inclusiveness*) — стремление к когнитивному включению и принятию вещей (в том числе людей) на основе общности, а не деления вещей на группы или категории.

Конструкт «**Управление отношениями**», учитывающий ориентацию людей на отношения в целом, а также на развитие межкультурных и межличностных отношений и управление ими, включает в себя 5 измерений: *Интерес к отношениям* (*Relationship interest*) — стремление проявлять интерес к своей социальной среде и развивать эффективные отношения с теми, кого они интересуют; *Межличностное взаимодействие* (*Interpersonal engagement*) — стремление инициировать и поддерживать отношения с людьми из других культур; *Эмоциональная чувствительность* (*Emotional sensitivity*) — способность осознавать и чувствовать эмоции и чувства других; *Самосознание* (*Self-awareness*) — способность осознавать свои сильные и слабые стороны в межличностных навыках, собственные взгляды, ценности и их влияние на поведение и на отношения с другими; *Социальная гибкость* (*Social flexibility*) — стремление создавать благоприятные впечатления и облегчать построение отношений.

Конструкт «**Самоуправление**», понимаемый создателями данной методики как способность к осознанию собственной идентичности, а также к эффективному управлению своими эмоциями и стрессом, включает следующие семь измерений, три из которых относятся к оценке собственного Я, а четыре — к управлению эмоциями и стрессом. *Оптимизм* (*Optimism*) — оценивает способность поддерживать позитивный, жизнерадостный взгляд на других людей, события, ситуации и результаты. *Уверенность в себе* (*Self-confidence*) относится к степени, в которой люди уверены в себе и имеют тенденцию принимать меры для преодоления препятствий и преодоления трудностей; *Самоидентификация* (*Self-identity*) относится к степени, в которой люди поддерживают личные ценности независимо от ситуационных факторов и обла-



дают сильным чувством личной идентичности, что позволяет интегрировать свои новые культурные знания в существующие ментальные модели. *Эмоциональная устойчивость (Emotional resilience)* — способность управлять своими эмоциями в сложных межкультурных ситуациях. *Стрессоустойчивость (Non-stress tendency)* — склонность людей испытывать стресс, в том числе и в межкультурных условиях. *Управление стрессом (Stress management)* — способность активно использовать методы снижения стресса в своей личной жизни и готовность использовать новые методы в будущем. *Гибкость интересов (Interest flexibility)* — способность находить новые интересы и виды деятельности для замены существующих, которые не вписываются в новую культуру.

Позже, авторами данной методики было проведено дополнительное исследование с целью проверки структуры опросника и валидности субшкал [21]. Размер выборки составил более 2000 человек с различными демографическими, социальными и этническими характеристиками. Результаты этого опроса показали высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,9$ ). Внешняя валидность показана на выборке из 179 человек, посредством демонстрации предсказуемых взаимосвязей между шкалами GCI и NEO PI-R (опросник Большой Пятерки личностных черт) [21].

По мнению авторов методики, GCI включает в себя полный набор компетенций, необходимых для эффективной работы в разных культурах. «Концептуальная основа для GCI, методология, использованная для его разработки и исследования, показали, что он является валидным и надежным инструментом» [21, с. 142].

**6. ОПРОСНИК ГЛОБАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ** — Global Mindset Inventory (GMI) [17; 18], направлен на оценку «Глобального мышления» («Global Mindset»), понимаемого как способность человека влиять на отдельных лиц, группы, организации и системы, которые не похожи на него самого или его группу, организацию. Несмотря на то, что авторы не используют термин «межкультурная компетентность», фактически «Глобальное мышление» понимается ими как синонимический конструкт, использующий термины, характерные для дискурса современного международного менеджмента.

Исследовательский и подтверждающий факторный анализ позволил авторам выявить три компонента МКК.

1. *Интеллектуальный капитал (intellectual capital)* измеряет когнитивные возможности глобального лидера: знание глобальных отраслей промышленности, понимание сетей и организаций, создающих ценности, понимание сложных глобальных проблем и знание культуры.

2. *Социальный капитал (social capital)* измеряет отношения внутри и за пределами фирмы: международные связи, межличностные компетенции, необходимые для развития новых отношений, и лидерские навыки, необходимые для мобилизации сотрудников на глобальном уровне.

3. *Психологический капитал (psychological capital)* оценивает личностный профиль; уважение и открытое отношение к различным культурам; стремление к изучению и исследованию других культур; положительные черты личности, такие как устойчивость, любопытство, уверенность и жажда приключений.

Созданный на основе данной модели опросник представляет собой набор из 9 шкал, организованных следующим образом. Компонент *Интеллектуальный капитал* включает шкалы «Опытность в глобальном бизнесе» (Global business savvy), «Когнитивная сложность» (Cognitive complexity), «Космополитичность» (Cosmopolitan outlook); *Психологический капитал* — шкалы «Стремление к разнообразию» (Passion for diversity), «Жажда приключений» (Quest for adventure), «Уверенность в себе» (Self-assurance); *Социальный капитал* — шкалы «Межкультурная эмпатия» (Intercultural empathy), «Межличностное влияние» (Interpersonal impact), «Дипломатичность» (Diplomacy).

Размер выборки, на которой был произведен анализ надежности опросника, составил более 600 человек, в том числе включая более 200 мировых лидеров, 40 ученых, а также экспертов коммерческих организаций. Результаты показали высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,8$ ), что подтверждают и результаты конфирматорного факторного анализа. Внешняя валидность показана через предсказуемые корреляции между шкалами GMI и параметрами, используемыми организационными консультантами при оценке персонала (выборка более 300 человек) [18].

Авторы говорят о том, что GMI используется в более чем 200 мировых организациях из 115 стран [17]. При этом он, безусловно, обладает высокой специфичностью, в связи с ориентацией на международный бизнес.

**7. ШКАЛА МЕЖКУЛЬТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ** — Intercultural Sensitivity Scale (ISS) [10], нацелена на оценку способности человека развивать позитивные эмоции по отношению к пониманию и оценке культурных различий, которые способствуют надлежащему и эффективному поведению в межкультурной коммуникации. Иными словами, опросник измеряет особенности установок, касающихся ситуаций межкультурного взаимодействия (например, мотивации и вовлеченности (motivation and engagement)).

Опросник составляют 5 шкал, отражающих 5 эмоциональных аспектов МКК.

*Уважение к культурным различиям (respect for cultural differences)*. Данная шкала характеризует уважение ценностей людей из других культур, их поведения и мнения.

*Степень включенности во взаимодействие (interaction engagement)*. Данная шкала характеризует открытость другой культуре, которая выражается в желании делать комплименты, способность расшифровывать вербальные и невербальные сигналы в коммуникации и, в целом, получение удовольствия от общения с представителями другой культуры.

**Уверенность в себе (self-confidence).** Данная шкала характеризует уверенность в себе при взаимодействии с представителями других культур, которая выражается в знании, уверенности и адекватности во взаимодействии с представителем другой культуры.

**Удовольствие (enjoyment).** Данная шкала характеризует чувства и переживания, возникающие при взаимодействии с представителями других культур.

**Внимательность (attentiveness).** Данная шкала характеризует наблюдательность, внимательность и чувствительность при взаимодействии с представителями других культур.

Результаты проверки показали высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,8$ ) на выборке в 162 респондента. По результатам анализа взаимосвязей с рядом других параметров (учет иной точки зрения, межкультурная общительность, межкультурная эффективность) можно судить о его внешней валидности [10]. При этом небольшой размер выборки говорит о необходимости дополнительных подтверждающих исследований.

**8. ОПРОСНИК МЕЖКУЛЬТУРНОЙ ГОТОВНОСТИ — The Intercultural Readiness Check (IRC) [23],** предназначен для самооценки четырех аспектов межкультурной компетентности [9].

**Межкультурная чувствительность (Intercultural Sensitivity)** — степень, с которой человек проявляет активный интерес к другим, их культурному опыту, потребностям и перспективам.

**Межкультурная коммуникация (Intercultural Communication)** — степень, в которой человек активно контролирует свое коммуникативное поведение.

**Формирование взаимной приверженности (Building Commitment)** — степень, в которой человек активно влияет на социальное окружение, интегрируя, объединяя разных людей.

**Предпочтение определенности (Preference for Certainty)** — степень, в которой человек предпочитает предсказуемую и однородную среду. Авторы указывают, что для данного фактора предпочтительны низкие значения.

Авторы проводили подтверждение на выборке более 13 тыс. человек в разных странах среди разных социальных групп и подтвердили четырехфакторную структуру данного опросника, в том числе с помощью конфирматорного факторного анализа [9]. Внешняя валидность объяснена через взаимосвязи с Опросником Мультикультурной Личности (MPQ) [24; 25].

Модель и диагностирующий ее опросник позиционируются авторами как инструмент, предсказывающий успешность при работе и учебе за рубежом (что подтверждается исследованиями) [23]. В силу этого он содержит параметр «**Формирование взаимной приверженности**», не являющийся специфичным для ситуации межкультурного общения, но выступающий как значимый предиктор коммуникативной эффективности при работе/учебе в другой стране.

**9. МУЛЬГИКОМПОНЕНТНЫЙ ПОДХОД К МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ — Multicomponent approach of CCC (MACCC) [12].** Бартел-Радик (Bartel-Radic) и Гианнелони (Giannelloni) опираются на определение межкультурной компетентности Дж.П. Джонсона, понимая ее как эффективность применения человеком набора знаний, навыков и личных характеристик, необходимых для успешной работы с людьми из различных национально-культурных групп (находящихся как в рамках своей страны, так и за рубежом) [19]. Таким образом, межкультурная компетентность предполагает способность к выстраиванию успешного межкультурного взаимодействия. Данная способность формируется на базе личностных черт, характеристик и ресурсов человека.

Авторы опросника провели большую аналитическую работу, проанализировали несколько подходов к межкультурной компетентности и выделили следующие наиболее, по их мнению, значимые в рамках межкультурной компетентности характеристики: *Атрибутивная сложность (attributional complexity)*, *Эмоциональная стабильность (emotional stability)*, *Этноцентризм*, *Открытость новому*, *Открытость изменениям (Open-mindedness)*, *Уверенность в себе (self-confidence)*, *Эмпатия* и *Коммуникативные навыки*.

Некоторые из представленных характеристик являются составляющими «стабильных» черт личности (например, открытость входит в «Большую Пятерку»), в то время как другие, такие как этноцентризм и эмпатия, представляют собой более специфические характеристики [27].

Результаты проверки методики показали высокую согласованность шкал (коэффициент Кронбаха  $\alpha \geq 0,7$ ) на выборке более 500 респондентов из 27 стран. Показатели конфирматорного факторного анализа также подтверждают достоверность модели.

Внешняя валидность проверялась путем анализа детерминации с факторами MACCC конкретных знаний о культурных различиях (кросс-культурных знаний), измеряемых с помощью специально разработанного теста ситуационных суждений, составленного из кейсов, демонстрирующих разные проблемные моменты в межкультурном общении. Значимо предсказывают выраженность кросс-культурных знаний такие факторы, как Атрибутивная сложность, Эмоциональная стабильность, Открытость новому и Коммуникативные навыки. Следует учесть, что авторами использовался неклассический, более строгий способ оценки внешней валидности, поэтому отсутствие взаимосвязей со всеми шкалами не может говорить о более низкой его пригодности, чем иные методы, не прошедшие такого рода проверку.

Описание остальных моделей межкультурной компетентности, а также сравнительный анализ их направленности и степени концептуализации представлены во второй части статьи.

## Литература

1. Бульцева М.А., Лебедева Н.М. Взаимосвязь межкультурной компетентности и креативности у российских студентов // *Общественные науки и современность*. 2018. № 6. С. 31—44. DOI:10.31857/S086904990002750-7
2. Захарова А.М. Социально-психологические особенности феномена межкультурной компетентности (на примере Иркутской области) // *Современные исследования социальных проблем*. 2014. Том 11. № 43. С. 172—185. DOI:10.12731/2218-7405-2014-11-14
3. Корнилова М.В. Динамика межкультурной компетентности в моно- и поликультурных группах (на материале межкультурного тренинга): дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 308 с.
4. Костенко Н., Скокова Л. Тестирование шкалы культурной компетентности (CQS): украинская аудитория [Электронный ресурс] // *Социология: теория, методы, маркетинг*. 2012. № 4. С. 158—193. URL: <https://i-soc.com.ua/assets/files/journal/sockult/2012-4-ru11.pdf> (дата обращения: 12.03.2020).
5. Логащенко Ю.А. Межкультурная чувствительность студентов в полиэтнической среде: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2015. 240 с.
6. Солдатова Г.У., Чигарькова С.В., Рассказова Е.И. Апробация русскоязычной версии расширенной шкалы культурного интеллекта // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2018. Т. 15. № 3. С. 510—526. DOI:10.17323/1813-8918-2018-3-510-526
7. Чибисова М.Ю., Иванова Т.М. Структурная модель межкультурной компетентности как основа разработки экспресс-опросника // *Теоретические проблемы этнической и кросскультурной психологии: Материалы Пятой международной научной конференции: г. Смоленск, 27—28 мая 2016 г.* Смоленск: СГУ, 2016. С. 243—246.
8. Bennett M.J. Becoming interculturally competent [Электронный ресурс] // *Towards multi-culturalism: A reader in multicultural education* / Ed. J. Wurzel. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation, 2004. P. 62—77. URL: [https://www.uua.org/sites/live-new.uua.org/files/becoming\\_interculturally\\_competent\\_3.pdf](https://www.uua.org/sites/live-new.uua.org/files/becoming_interculturally_competent_3.pdf) (дата обращения: 12.03.2020).
9. Brinkmann U. Connecting intercultural learning with personal development: Insights from the Intercultural Readiness Check [Электронный ресурс]. 2009. 7 p. // WU. Wirtschafts universität Wien. Vienna university of economics and Business. URL: [https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/o/iacm/Abstracts/2009\\_26brinkmann.pdf](https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/o/iacm/Abstracts/2009_26brinkmann.pdf) (дата обращения: 12.03.2020).
10. Chen G.-M., Starosta W.J. The development and validation of the Intercultural Communication Sensitivity Scale [Электронный ресурс] // *Human Communication*. 2000. Vol. 3. P. 1—15. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b76/b27955625acd2c7c630201819ae7c284557f.pdf> (дата обращения: 12.03.2020).
11. Chibisova M., Khukhlaev O. Measuring teachers' intercultural competence: Towards a theory-based instrument // *Book of Abstracts of the 19th International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology* / Eds. N.R. Brown [et al.]. Bremen: Jacobs University, 2008. P. 237—238.
12. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance / S. Ang [et al.] // *Management and Organization Review*. 2007. Vol. 3. № 3. P. 335—371. DOI:10.1111/j.1740-8784.2007.00082.x
13. Defining the content domain of intercultural competence for global leaders / A. Bird [et al.] // *Journal of Managerial Psychology*. 2010. Vol. 25. № 8. P. 810—828. DOI:10.1108/02683941011089107
14. Development and validation of a measure of intercultural adjustment potential in Japanese sojourners: The Intercultural Adjustment Potential Scale (ICAPS) / D. Matsumoto [et al.] // *International Journal of Intercultural Relations*. 2001. Vol. 25. № 5. P. 483—510. DOI:10.1016/S0147-1767(01)00019-0
15. Fantini A., Tirmizi A. Exploring and assessing intercultural competence [Электронный ресурс]: Final Report of a Research Project conducted by the Federation of the Experiment in International Living with funding support from the Center for Social Development at Washington University. St. Louis, Missouri: Washington University. 2006. 133 p. URL: [https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1815&context=csd\\_research](https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1815&context=csd_research) (дата обращения: 16.04.2019).
16. Hammer M.R., Bennett M.J., Wiseman R. The Intercultural Development Inventory: A measure of intercultural sensitivity // *International Journal of Intercultural Relations*. 2003. Vol. 27. № 4. P. 421—443.
17. Javidan M., Hough L., Boullough A. Conceptualizing and measuring global mindset: Development of the global mindset inventory [Электронный ресурс]. Glendale, AZ: Thunderbird. Global Mindset Institute, 2010. 108 p. URL: [https://thunderbird.asu.edu/sites/default/files/gmitechnicalreportexecutivesummary1-1\\_0.pdf](https://thunderbird.asu.edu/sites/default/files/gmitechnicalreportexecutivesummary1-1_0.pdf) (дата обращения: 16.04.2019).
18. Javidan M., Teagarden M.B. Conceptualizing and measuring global mindset // *Advances in Global Leadership*. 2011. Vol. 6. № 1. P. 13—39. DOI:10.1108/S1535-1203(2011)0000006005
19. Johnson J.P., Lenartowicz T., Apud S. Cross-cultural competence in international business: Toward a definition and a model [Электронный ресурс] // *Journal of International Business Studies*. 2006. Vol. 37. № 4. P. 525—543. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/palgrave.jibs.8400205.pdf> (дата обращения: 16.04.2019).
20. Matsumoto D., Hwang H.C. Assessing Cross-Cultural Competence: A Review of Available Tests // *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2013. Vol. 44. № 6. P. 849—873. DOI:10.1177/0022022113492891
21. Measuring global leader intercultural competency: Development and validation of the Global Competencies Inventory (GCI) / M. Stevens [et al.] // *Advances in Global Leadership*. 2014. Vol. 8. P. 115—154. DOI:10.1108/S1535-120320140000008014



22. Unraveling the psychological correlates of intercultural adjustment potential / D. Matsumoto [et al.] // *International Journal of Intercultural Relations*. 2004. Vol. 28. № 3—4. P. 281—309. DOI:10.1016/j.ijintrel.2004.06.002
23. Van der Zee K., Brinkmann U. Construct Validity Evidence for the Intercultural Readiness Check against the Multicultural Personality Questionnaire // *International Journal of Selection and Assessment*. 2004. Vol. 12. № 3. P. 285—290. DOI:10.1111/j.0965-075x.2004.283\_1.x
24. Van Der Zee K.I., Van Oudenhoven J.P. The Multicultural Personality Questionnaire: A multidimensional instrument of multicultural effectiveness // *European journal of personality*. 2000. Vol. 14. № 4. P. 291—309. DOI:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<291::AID-PER377>3.0.CO;2-6
25. Van der Zee K.I., Van Oudenhoven J.P. The Multicultural Personality Questionnaire: Reliability and validity of self- and other ratings of multicultural effectiveness // *Journal of Research in Personality*. 2001. Vol. 35. № 3. P. 278—288. DOI:10.1006/jrpe.2001.2320
26. Van Dyne L., Ang S., Koh C. Development and validation of the CQS [Электронный ресурс] // *Handbook of cultural intelligence: Theory, measurement, and applications* / Eds. L. Van Dyne, S. Ang. New York: M.E. Sharpe, 2008. P. 16—38. URL: [http://culturalq.com/wp-content/uploads/2016/05/Van-Dyne\\_Ang\\_Koh-Handbook-Ch-2-CQS-Scale.pdf](http://culturalq.com/wp-content/uploads/2016/05/Van-Dyne_Ang_Koh-Handbook-Ch-2-CQS-Scale.pdf) (дата обращения: 16.04.2019).
27. You can take it with you: Individual differences and expatriate effectiveness / M.A. Shaffer [et al.] // *Journal of Applied Psychology*. 2006. Vol. 91. № 1. P. 109—125. DOI:10.1037/0021-9010.91.1.109

## References

1. Bultseva M.A., Lebedeva N.M. Vzaimosvyaz' mezhkul'turnoi kompetentnosti i kreativnosti u rossiiskikh studentov [Interrelation of intercultural competence and creativity among Russian students]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost' [Social sciences and contemporary world]*, 2018, no. 6, pp. 31—44. DOI:10.31857/S086904990002750-7 (In Russ.).
2. Zakharova A.M. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti fenomena mezhkul'turnoi kompetentnosti (na primere Irkutskoi oblasti) [Socio-psychological characteristics of this phenomenon intercultural competence (the example Irkutsk area)]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem [Modern research of social problems]*, 2014. Vol. 11, no. 43, pp. 172—185. DOI:10.12731/2218-7405-2014-11-14 (In Russ.).
3. Kornilova M.V. Dinamika mezhkul'turnoi kompetentnosti v mono- i polikul'turnykh gruppakh (na materiale mezhkul'turnogo treninga). Dis. kand. psikhol. nauk. [Dynamics of intercultural competence in mono- and multicultural groups (based on intercultural training). Ph. D. (Psychology) diss.] Moscow, 2012. 308 p. (In Russ.).
4. Kostenko N., Skokova L. Testirovanie shkaly kul'turnoi kompetentnosti (CQS): ukrainskaya auditoriya [Testing the scale of cultural competence (CQS): Ukrainian audience] [Elektronnyi resurs]. *Sotsiologiya: teoriya, metody, marketing [Sociology: theory, methods, marketing]*, 2012, no. 4, pp. 158—193. URL: <https://i-soc.com.ua/assets/files/journal/sockult/2012-4-ru11.pdf> (Accessed 12.03.2020). (In Russ.).
5. Logashenko Yu.A. Mezhhkul'turnaya sensitivnost' studentov v polietnicheskoi srede: Dis. ... kand. psikhol. nauk [Intercultural Sensitivity of Students in a Multi-Ethnic Environment. Ph. D. (Psychology) diss.]. St. Petersburg, 2015. 240 p. (In Russ.).
6. Soldatova G.U., Chigarkova S.V., Rasskazova E.I. Aprobatsiya russkoyazychnoi versii rasshirennoi shkaly kul'turnogo intellekta [Approbation of Expanded Cultural Intelligence Scale in Russian]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2018. Vol. 15, no. 3, pp. 510—526. DOI:10.17323/1813-8918-2018-3-510-526 (In Russ.).
7. Chibisova M.Yu., Ivanova T.M. Strukturnaya model' mezhkul'turnoi kompetentnosti kak osnova razrabotki ekspres-oprosnika [The structural model of intercultural competence as the basis for the development of an express questionnaire]. *Teoreticheskie problemy etnicheskoi i krosskul'turnoi psikhologii: Materialy Pyatoi Mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii: g. Smolensk, 27—28 maya 2016 g. [Theoretical Problems of Ethnic and Cross-Cultural Psychology: Materials of the Fifth International Scientific Conference: Smolensk, May 27—28, 2016]*. Smolensk: SGU, 2016, pp. 243—246.
8. Bennett M.J. Becoming interculturally competent [Elektronnyi resurs]. In Wurzel J. (ed.), *Towards multi-culturalism: A reader in multicultural education*. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation, 2004, pp. 62—77. URL: [https://www.uua.org/sites/live-new.uua.org/files/becoming\\_interculturally\\_competent\\_3.pdf](https://www.uua.org/sites/live-new.uua.org/files/becoming_interculturally_competent_3.pdf) (Accessed 12.03.2020).
9. Brinkmann U. Connecting intercultural learning with personal development: Insights from the Intercultural Readiness Check [Elektronnyi resurs]. 2009. 7 p. *WU. Wirtschafts universit t Wien. Vienna university of economics and Business* URL: [https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/o/iaccm/Abstracts/2009\\_26brinkmann.pdf](https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/o/iaccm/Abstracts/2009_26brinkmann.pdf) (Accessed 12.03.2020).
10. Chen G.-M., Starosta W.J. The development and validation of the Intercultural Communication Sensitivity Scale [Elektronnyi resurs]. *Human Communication*, 2000. Vol. 3, pp. 1—15. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b76/b27955625acd2c7c630201819ae7c284557f.pdf> (Accessed 12.03.2020).
11. Chibisova M., Khukhlaev O. Measuring teachers' intercultural competence: Towards a theory-based instrument. In Brown N.R. [et al.] (eds.), *Book of Abstracts of the 19th International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. Bremen: Jacobs University, 2008. P. 237—238.



12. Ang S. et al. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance. *Management and Organization Review*, 2007. Vol. 3, no. 3, pp. 335—371. DOI:10.1111/j.1740-8784.2007.00082.x
13. Bird A. et al. Defining the content domain of intercultural competence for global leaders. *Journal of Managerial Psychology*, 2010. Vol. 25, no. 8, pp. 810—828. DOI:10.1108/02683941011089107
14. Matsumoto D. et al. Development and validation of a measure of intercultural adjustment potential in Japanese sojourners: The Intercultural Adjustment Potential Scale (ICAPS). *International Journal of Intercultural Relations*, 2001. Vol. 25, no. 5, pp. 483—510. DOI:10.1016/S0147-1767(01)00019-0
15. Fantini A., Tirmizi A. Exploring and assessing intercultural competence [Elektronnyi resurs]: Final Report of a Research Project conducted by the Federation of The Experiment in International Living with funding support from the Center for Social Development at Washington University. St. Louis, Missouri: Washington University. 2006. 133 p. URL: [https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1815&context=csd\\_research](https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1815&context=csd_research) (Accessed 16.04.2019).
16. Hammer M.R., Bennett M.J., Wiseman R. The Intercultural Development Inventory: A measure of intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 2003. Vol. 27, no. 4, pp. 421—443.
17. Javidan M., Hough L., Boullough A. Conceptualizing and measuring global mindset: Development of the global mindset inventory [Elektronnyi resurs]. Glendale, AZ: Thunderbird. Global Mindset Institute, 2010. 108 p. URL: [https://thunderbird.asu.edu/sites/default/files/gmitechnicalreportexecutivesummary1-1\\_0.pdf](https://thunderbird.asu.edu/sites/default/files/gmitechnicalreportexecutivesummary1-1_0.pdf) (Accessed 16.04.2019).
18. Javidan M., Teagarden M.B. Conceptualizing and measuring global mindset. *Advances in Global Leadership*, 2011. Vol. 6, no. 1, pp. 13—39. DOI:10.1108/S1535-1203(2011)0000006005
19. Johnson J.P., Lenartowicz T., Apud S. Cross-cultural competence in international business: Toward a definition and a model [Elektronnyi resurs]. *Journal of International Business Studies*, 2006. Vol. 37, no. 4, pp. 525—543. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/palgrave.jibs.8400205.pdf> (Accessed 16.04.2019).
20. Matsumoto D., Hwang H.C. Assessing Cross-Cultural Competence: A Review of Available Tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2013. Vol. 44, no. 6, pp. 849—873. DOI:10.1177/0022022113492891
21. Stevens M. et al. Measuring global leader intercultural competency: Development and validation of the Global Competencies Inventory (GCI). *Advances in Global Leadership*, 2014. Vol. 8, pp. 115—154. DOI:10.1108/S1535-120320140000008014
22. Matsumoto D. et al. Unraveling the psychological correlates of intercultural adjustment potential. *International Journal of Intercultural Relations*, 2004. Vol. 28, no. 3—4, pp. 281—309. DOI:10.1016/j.ijintrel.2004.06.002
23. Van der Zee K., Brinkmann U. Construct Validity Evidence for the Intercultural Readiness Check against the Multicultural Personality Questionnaire. *International Journal of Selection and Assessment*, 2004. Vol. 12, no. 3, pp. 285—290. DOI:10.1111/j.0965-075x.2004.283\_1.x
24. Van Der Zee K.I., Van Oudenhoven J.P. The Multicultural Personality Questionnaire: A multidimensional instrument of multicultural effectiveness. *European journal of personality*, 2000. Vol. 14, no. 4, pp. 291—309. DOI:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<291::AID-PER377>3.0.CO;2-6
25. Van der Zee K.I., Van Oudenhoven J.P. The Multicultural Personality Questionnaire: Reliability and validity of self- and other ratings of multicultural effectiveness. *Journal of Research in Personality*, 2001. Vol. 35, no. 3, pp. 278—288. DOI:10.1006/jrpe.2001.2320
26. Van Dyne L., Ang S., Koh C. Development and validation of the CQS [Elektronnyi resurs]. In Van Dyne L., Ang S. (eds.), *Handbook of cultural intelligence: Theory, measurement, and applications*. New York: M.E. Sharpe, 2008. P. 16—38. URL: [http://culturalq.com/wp-content/uploads/2016/05/Van-Dyne\\_Ang\\_Koh-Handbook-Ch-2-CQS-Scale.pdf](http://culturalq.com/wp-content/uploads/2016/05/Van-Dyne_Ang_Koh-Handbook-Ch-2-CQS-Scale.pdf) (Accessed 16.04.2019).
27. Shaffer M.A. et al. You can take it with you: Individual differences and expatriate effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 2006. Vol. 91, no. 1, pp. 109—125. DOI:10.1037/0021-9010.91.1.109

### Информация об авторах

Гриценко Валентина Васильевна, доктор психологических наук, профессор, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: [gritsenko2006@yandex.ru](mailto:gritsenko2006@yandex.ru)

Хухлаев Олег Евгеньевич, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой этнопсихологии и психологических проблем поликультурного образования, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>, e-mail: [huhlaevoe@mgppu.ru](mailto:huhlaevoe@mgppu.ru)

Павлова Ольга Сергеевна, кандидат педагогических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>, e-mail: [os\\_pavlova@mail.ru](mailto:os_pavlova@mail.ru)

*Ткаченко Наталья Владимировна*, кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>, e-mail: [tata\\_tkachenko@mail.ru](mailto:tata_tkachenko@mail.ru)

*Усубьян Шушаник Араевна*, аспирант, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: [usubyansha@mgppu.ru](mailto:usubyansha@mgppu.ru)

*Шорохова Валерия Альбертовна*, старший преподаватель, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5424-2350>, e-mail: [shorohovava@mgppu.ru](mailto:shorohovava@mgppu.ru)

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

*Gritsenko Valentina V.*, Doctor of Psychology, professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: [gritsenko2006@yandex.ru](mailto:gritsenko2006@yandex.ru)

*Khukhlaev Oleg E.*, PhD in Psychology, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>, e-mail: [huhlaevoe@mgppu.ru](mailto:huhlaevoe@mgppu.ru)

*Pavlova Olga S.*, PhD in Education, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>, e-mail: [os\\_pavlova@mail.ru](mailto:os_pavlova@mail.ru)

*Tkachenko Natal'ya V.*, PhD in Education, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>, e-mail: [tata\\_tkachenko@mail.ru](mailto:tata_tkachenko@mail.ru)

*Usybyan Shushanik A.*, Postgraduate Student, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: [usubyansha@mgppu.ru](mailto:usubyansha@mgppu.ru)

*Shorohova Valeriya A.*, Senior Lecturer, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, e-mail: [shorohovava@mgppu.ru](mailto:shorohovava@mgppu.ru)

Получена 16.04.2019

Received 16.04.2019

Принята в печать 15.08.2019

Accepted 15.08.2019

---

## ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

---

### Феномен лжи в детском возрасте: амбивалентный подход

*Юркевич В.С.*

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>, e-mail: [vinni-vi@mail.ru](mailto:vinni-vi@mail.ru)*

*Емельянова И.В.*

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),  
г. Москва, Российская Федерация,  
Пловдивский университет «Паисий Хилендарски»,  
Болгария  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-1598>, e-mail: [emerina@mail.ru](mailto:emerina@mail.ru)*

Проведенный авторами анализ фиксирует амбивалентный (двойственный) подход к феномену лжи, как со стороны общества, так, в определенной степени, и в научном сообществе. С одной стороны, ложь, особенно у детей, — это очевидно негативное явление, которое необходимо разными способами преодолевать. С другой стороны, в большинстве исследований феномен лжи рассматривается как важнейшая социальная компетенция, необходимая для успешной адаптации в обществе. В статье показано, что амбивалентное отношение общества к феномену лжи вытекает из двойственной природы самого этого явления (обмана как намеренного действия), а именно: склонность ко лжи положительно связана с развитием когнитивных и регуляторных возможностей ребенка. Именно поэтому ранние проявления обмана у детей авторы этих исследований рассматривают как вполне позитивные. Более того, обнаружено, что с феноменом лжи прямо и, судя по всему, содержательным образом соотносится такое важное для общества качество, как креативность.

**Ключевые слова:** феномен лжи, амбивалентный подход, мотивы лжи, интеллектуально-личностное развитие, просоциальное поведение, креативность.

**Для цитаты:** Юркевич В.С., Емельянова И.В. Феномен лжи в детском возрасте: амбивалентный подход [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. №1. С. 114—124. DOI:10.17759/jmfp.2020090112

### The phenomenon of lies in childhood: an ambivalent approach

*Viktoriya S. Yurkevich*

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>, e-mail: [vinni-vi@mail.ru](mailto:vinni-vi@mail.ru)*

*Irina V. Yemelyanova*

*Moscow State University of Psychology & Education, Plovdiv University «Paisy Khilendarsky», Bulgaria  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-1598>, e-mail: [emerina@mail.ru](mailto:emerina@mail.ru)*

The analysis carried out by the authors captures the ambivalent (dual) approach to the phenomenon of lies, both on the part of society and in the scientific community. In most studies, however, the phenomenon of lies is seen as the most important social competence necessary for successful adaptation in society. As part of the same ambivalent approach, it is found that creativity directly correlates with the phenomenon of lies. Analysis of the phenomenon of lies within the framework of age development showed that lies are positively associated with the development of cognitive and regulatory capabilities of the child. From this point of view, the early manifestations of deception in children are considered to be quite positive.

**Keywords:** Phenomenon of lie, ambivalent approach, motives of lie, intellectual-personal development, prosocial behavior, creativity.

**For citation:** Yurkevich V.S., Yemelyanova I.V. The phenomenon of lies in childhood: an ambivalent approach [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 114—124. DOI: 10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ).

И если правда ложью оказалась,  
Зачем рыдать, когда и детям ясно,  
Что все в природе — лицедейство сплошь.  
И неба синь, что нас слепит всечасно,  
Не небо и не синь. Какая жалость,  
Что вся эта краса — всего лишь ложь!  
*Микельанжело Буонаротти*

## Часть 1. Феномен лжи в современном обществе

Ложь укоренена в нашей культуре. Отметим парадоксальную ситуацию: с одной стороны, феномен лжи изучается в самых разных аспектах, проводятся остроумные эксперименты, делаются доказательные выводы, а, с другой стороны, эта проблема часто рассматривается линейно — упрощенно, либо как необходимая, пусть негативная, часть социальной жизни, либо как порок духовной среды взрослых, воспитавшей безнравственных детей. Отсутствие отчетливой позиции, фактически отрицание феномена лжи, как сложной, противоречивой проблемы развития детской психики, ведет к декларативности в практической психологии и к нереалистичности проповедуемой модели семейного и школьного воспитания детей.

**Цель** статьи — предложить анализ феномена лжи, как с общих социально-философских позиций, так и со стороны интеллектуально-личностного развития ребенка.

Чаще всего под феноменом лжи понимают то или иное *искажение истины*, которое намеренно вводит собеседника в заблуждение. В литературе выделяются разные уровни лжи, при этом градации обмана определяются мерой ложности, наличия намерения солгать и, самое главное, фактом ее корыстности/бескорыстности.

Так, *умолчание*, отличается тем, что самой по себе лжи здесь нет, а есть лишь утаивание правды. Иногда такую ложь обозначают как *«Белая ложь»*. Во многих культурах такая «белая ложь» не осуждается и даже приветствуется.

Практически все авторы специально отмечают *ложь во спасение*, которая вызвана благородным желанием действующего субъекта скрыть неприятную для другого человека правду, факты, которые могут ему навредить. Благородной ложью является, конечно, и *фантазирование*. В такой лжи часто нет намерения солгать, получить какие-то бонусы от лжи.

К разряду лжи относится и *«самообман»*, который фактически является «ложью самому себе». Этот вид лжи многими авторами рассматривается как негативное явление, так как самообман рано или поздно принимается субъектом как реальность и ведет к неадек-

ватным действиям, опасным не только для него самого, но и для других.

## Основные подходы к феномену лжи

Многообразие направлений в этой проблематике укладывается, с нашей точки зрения, в несколько подходов.

### Философско-этический подход.

Это изначальный, даже традиционный для культуры и общества подход. Две полярные позиции представлены великими фамилиями.

С точки зрения Иммануила Канта, правда — это высшая экзистенциальная ценность, и никаких отступлений, полумер, благородной лжи и прочих ухищрений совести здесь быть не может. Он пишет: «Честность, это — священная, безусловно повелевающая и никакими внешними требованиями не ограничиваемая заповедь разума: во всех показаниях нужно быть *правдивым* (честным), как бы ни был велик вред, который произойдет отсюда для него или для кого другого». Таким образом, отношение Канта к ЛЮБОМУ обману укладывается в сформулированный им «Категорический императив». В этике Канта это синоним «морального императива», обозначение нравственной нормы как формально независимой в своих основаниях от каких бы то ни было фактических условий. Иначе говоря, по Канту, любая ложь, даже самая благородная — это нарушение нравственной нормы [3].

Этой позиции противостоит не менее известная, вполне релятивистская позиция Никколо Макиавелли. В книге «Государь» Макиавелли считал возможными ложь и лицемерие, если это оправдано теми или иными стратегическими или тактическими целями [4].

Такой же позиции придерживается и Мишель Монтень, считающий, что благодаря почти невинному обману своего наставника он полюбил чтение [5].

### Ложь как естественный, природный феномен

Вместе с тем, как и раньше, немало авторов, рассматривающих обман амбивалентно, как социальную и



даже биологическую необходимость, как естественный результат сложности адаптивных процессов в природе и социуме. Они считают, что уже естественный отбор сам по себе «пренебрегает идеалами правды», и поэтому ложь у людей вполне оправдана (Роберт Райт) [7].

В некотором смысле ложь — вещь естественная. «Природа полна обмана», — пишет в своей книге «Почему мы лжем. Эволюционные корни обмана и подсознание» философ Дэвид Ливингстон Смит. [21] Вирусы, чтобы проникнуть в организм, «обманывают» иммунную систему в организме, в который они проникают. Хамелеоны используют камуфляжную окраску, чтобы обмануть хищников. Даже в растительном мире обнаружено нечто, что вполне может относиться ко лжи. Словом, вся природа принимает ложь как естественное явление [7].

Более того, именно ложь, по мнению адептов этого направления, в той или иной мере сыграла «решающую роль в эволюции человеческого рода» [13].

#### **Бытовое (прагматическое) понимание лжи**

В прагматическом смысле принципиальное значение имеет наличие или отсутствие корысти у субъекта, использующего обман в своем взаимодействии с миром, были обманные действия вызваны необходимостью выживания или же только сугубо эгоистическими целями. При таком подходе обман становится неотъемлемой частью живого противоречивого процесса жизни и требует столь же гибкого отношения к нему [2].

#### **Упрощенно-морализаторское отношение (семья и школа)**

Упрощенное отношение к ситуации лжи отмечается у многих родителей и педагогов, представителей конкретно-практического звена. По их мнению, когда ребенок лжет — это несомненный порок ребенка. И вина здесь, прежде всего, его родителей и, может быть, учителей. Ряд исследователей указывают, что родители и учителя нередко рассматривают ложь как серьезную проблему поведения ребенка и часто убеждены, что в этих случаях необходимо принимать серьезные меры [8].

Часто, если родители обнаруживают, что их дети выдумывают, то считают это «неуместной ложью», даже если это именно фантазия, и хотят принять меры против такого «обмана» [31]. Авторы многих популярных книг педагогического направления занимают вполне однозначную и довольно жесткую позицию по отношению к любым проявлениям обмана у детей [8; 12]. Другие авторы считают, что такое морализаторство не только упрощает проблему детской лжи, оно фактически контрпродуктивно [2].

#### **Ложь как социальный феномен**

Большинство людей используют ложь в социальных целях. Агентства, занимающиеся подбором персонала, предупреждают руководителей, что практически все кан-

дидаты на ту или иную должность преувеличивают свою квалификацию. В некоторых случаях обман является своего рода частью профессии (взять хотя бы разведчиков или дипломатов, жестко ограниченных в правдивости самими условиями дипломатической деятельности).

По мнению ряда авторов, «Ложь пронизывает деятельность и общение большинства людей». Мари де Солемен, писатель, философ, автор книги «Искренняя ложь» вместо того, чтобы осуждать или поощрять ложь, пытается понять, почему общество не может прожить без лжи. Большая часть ее аргументов выглядит весьма убедительными [15].

Американские ученые провели исследования, в ходе которых просили людей оценить, насколько часто они лгут, и абсолютное большинство участников признались, что говорят неправду один—два раза в день. Исследования показали, что в среднем 56% американцев считают, что ложь сойдет им с рук; среди протестантов в этом были уверены 55%, а у мусульман этот показатель несколько ниже — только 47% из них полагают, что ложь не будет иметь никаких неприятных последствий [10].

По мнению ряда психологов, для любого человека самое важное — имеют ли другие люди добрые намерения в отношении него, при этом существенно менее важно, говорят ли они при этом правду. Многие авторы указывают, что «нечестность является неотъемлемой частью нашего социального мира, влияя на сферы, начиная от финансов и политики до личных отношений». Постепенно серьезные моральные нарушения начинают рассматриваться как серия небольших нарушений. Иначе говоря, происходит своего рода «эскалация корыстной нечестности» [1].

**Язык** — это тоже элемент социума, и здесь роль рассматриваемого феномена особенно велика. Как считает Дэниэл Дор, именно ложь сама по себе внесла огромный вклад в развитие языка. Без нее язык не был бы таким сложным, да и лингвистическое общение было бы намного проще, а когнитивная роль языка в обществе была бы радикально иной. [17] Судя по всему, движение от мысли к речи является настолько сложным и извилистым, что по пути пришлось жертвовать точностью и однозначностью. Получается, что сам по себе язык обманчив. Как тут не вспомнить Федора Тютчева «Мысль изреченная есть ложь»!

В целом, отношение общества к феномену лжи очевидным образом является амбивалентным, что, судя по всему, вытекает из двойственной природы самого этого явления (обмана как намеренного действия). Именно к этому анализу мы и переходим.

#### **Феномен лжи в психологической науке**

Понятно, что больше других феноменом лжи интересуются психологи. Именно здесь двойственность, амбивалентность отношения к этому феномену выступает наиболее очевидным образом.

Определенная часть психологов считают, что говорить правду всегда — это патология. «Есть ситуации, где она неуместна, жестока и вредна для всех» [20].

Другие же психологи, в свою очередь, убеждены, что «ложь ведет к манипуляции, которая блокирует любовь». Приводятся многочисленные примеры из психотерапии, демонстрирующие, насколько ложь и ее вариант «недосказанность» влияют на здоровье. Опыт психотерапии убедительно показывает, что «люди, вытаскивающие свои скелеты из шкафов, вдруг излечиваются от астмы, артрита, геморроя, физической зажатости, нормализуется их сексуальная жизнь» [2; 6; 10].

Специальные исследования показывают, например, что если люди обманом получают ответы на тестовые задания и таким образом искусственно завышают результаты, они потом склонны переоценивать свои способности, даже если помнят, что ответы получены ими нечестным путем. Другими словами, человек так же легко обманывает себя, как и окружающих [12].

В исследованиях были получены и более неожиданные результаты. В 2005 г. было обнаружено, что у постоянно лгущих людей лучше результаты когнитивной деятельности. У людей, которые осознают свою ложь, в мозге содержится в среднем на 22—26% больше белого вещества и сильнее развита префронтальная кора — область мозга, ответственная за познание и интеллект [29].

Объяснение этим фактам дает один из руководителей этого исследования Ялинг Янг: «У людей, которые часто и осознанно лгут, мозг лучше связывает между собой различные понятия и образы, которые в реальности могут не иметь ничего общего — за такие связи в человеческом мозге и отвечает белое вещество». «Развитие нейронных связей позволяет человеку быстро переходить от одной истории к другой и генерировать множество идей, совмещая на, первый взгляд, совершенно разные вещи», — пишет Янг. Было при этом обнаружено, что степень участия в корыстной нечестности возрастает с повторением [11].

К настоящему времени ученые близки к пониманию нейронного механизма, поддерживающего ложь. Профессор Адриан Рэйн (Adrian Raine) и доктор Ялинг Янг (Yaling Yang) научились диагностировать неисправимых лжецов при помощи магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ). Результаты получены путем сравнительного компьютерного анализа томографических снимков мозга обычных людей и людей, доказавших свои выдающиеся способности в обмане [11].

При использовании функциональной МРТ было показано, что снижение сигнала в миндалевидном теле чувствительно к факту нечестного поведения, что, видимо, согласуется с адаптацией. Степень пониженной чувствительности этой части мозга к нечестности может предсказывать величину эгоистичной нечестности. «Полученные данные раскрывают биологический механизм, который поддерживает «скользкий уклон»: то, что начинается с небольших актов нечест-

ности, может перерасти в более серьезные нарушения», указывают авторы [11].

## Ложь в детском возрасте

### Возрастные этапы понимания и использования лжи

Когда дети начинают лгать? Есть подтвержденные данные, что большинство детей лгут с дошкольного возраста, причем некоторые дети начинают уже с 2—3 лет [14; 22; 31].

Изучалась способность детей различать правду/обман и сознательно использовать ее в своих целях. Оказалось, что к 9 годам большинство детей могут обнаружить ложь, сопоставляя словесное утверждение и невербальное поведение, например, отрицательное утверждение с улыбкой. Авторы считают, что в этом случае дети начинают лучше контролировать выражение лица и в целом становятся более осведомленными о влиянии невербального поведения [28].

Более того, практически с раннего младенчества малыши быстро понимают, что плач привлекает внимание взрослых, и большинство детей «выдавливают» из себя плач или искусственный смех, чтобы таким образом акцентировать на себе внимание родителей. К восьми месяцам обман скрыть сложнее, и то, что малыш пытается провести маму и папу, становится очевидным. Хотя в этом возрасте такого рода ложь кажется безобидной, все же ряд авторов считают, что по своему механизму это уже все-таки настоящая ложь [14; 28].

### Ложь как гендерный феномен

Оказалось, что для девочек характерна несколько большая терпимость ко лжи как к явлению межличностных отношений и ориентация на чувства других при реализации собственной лжи. Так, в младшем школьном возрасте девочки в большей степени, нежели мальчики, относились ко лжи безоценочно и некатегорично, были более терпимы ко лжи как к явлению.

При уточнении наличия тех или иных обстоятельств, в которых была использована ложь, девочки значимо чаще оценивали ее через категории «положительно—отрицательно». Другими словами, девочки в большей мере учитывали контекст, в котором использовалась ложь. Вероятно, это связано с более ранним когнитивным и психосоциальным развитием девочек, и, соответственно, с наличием более широкого репертуара поведения.

К девяти годам положительная оценка в значимо большем соотношении оказывается уже на стороне мальчиков. Вероятно, что обман в этом возрасте становится для них способом адаптации, выражаясь через положительное восприятие и оправдательное отношение к этому феномену.

Девочки же к этому возрасту, наоборот, чаще выражают отрицательное отношение к феномену лжи, возможно, потому, что они больше привязаны к оценке близких взрослых, которые чаще всего считают, что лживость — негативное человеческое качество [22; 25].

Исследования показывают, что девочки младшего школьного возраста (7—11 лет) чаще, чем мальчики, использовали социально ориентированную ложь. В первой части эксперимента, где ребенка просили помочь взрослому, в ответ на помощь делали подарок, который был ему по душе — конфеты, деньги. Во второй части эксперимента, спустя некоторое время его снова просили о помощи и в ответ делали презент в виде вещей и игрушек, которые не были интересными для их возраста, подходили только для малышей. Оказалось, что девочки в меньшей степени выражали свое разочарование, чем мальчики, и проявляли больший энтузиазм, когда им давали неинтересный подарок [1].

#### Ложь в дошкольном и младшем школьном возрасте

Исследования Peterson K., Leonard E., Siro D. показали, что ложь и обман для детей разных возрастных периодов представляют собой разные явления. С возрастом ребенок приходит уже к иному пониманию того, что является ложью.

Так, например, с четырех и до восьми лет любую неправду ребенок считает ложью. К возрасту 7—9 лет исследователи отмечают совершенствование способности детей к распознаванию лжи, учитывая намерения человека. Показано, что в младшем школьном возрасте у детей меняются сами стратегии обмана и мотивы их лжи.

Понятно, что у детей были обнаружены очевидные мотивы лжи: *страх*, в том числе *желание избежать наказания*, *желание получить ту или иную выгоду* (иногда в форме вполне материальной: дополнительного угощения или, скажем, позволения поиграть с гаджетом) и т. д. [18].

Уже с 3—4 лет у детей отмечается мотив *умолчания* в виде сокрытия значимой информации. Зачастую такой тип лжи в виде недосказанности оценивается детьми как наиболее выгодный, поскольку они не считают это ложью в полной мере, кроме того, им не приходится придумывать что-то новое и запоминать.

Следует выделить важнейшую потребность, которая часто проявляется и у детей, и у взрослых и нередко становится **основным мотивом лжи** — это *желание «быть хорошим»*. Это необходимо большинству людей, чтобы получить больше любви или хотя бы больше внимания от окружающих, в том числе и от родителей (В.А. Сухомлинский).

Об этом же, но в другой терминологии, говорят и экспериментальные данные. Наблюдение за 50 малышами и опрос их родителей привел Васудеви Редди к выводу, что уже в возрасте около пяти лет у маленьких детей появляются первые признаки беспокойства о том, что о них подумают взрослые. А восьмилетние дети начинают уже прямо рассуждать о своей репутации. Иначе говоря, появляется самопрезентационное поведение, в котором отмечаются элементы лжи [23; 28].

Об этом же свидетельствуют и российские исследования. Емельяновой И.В. обнаружено, что доминирующие мотивы лжи для детей 5—6 лет — это не только

стремление избежать наказания, что очевидно, но еще и *желание не создавать неловкую ситуацию*. Иными словами, дошкольника может толкнуть на обман риск стать «виновником» неловкой ситуации.

Сугубо детским проявлением лжи является *фантазирование* — работа детского воображения, благодаря которому дошкольник может транслировать свои впечатления в реальность; при этом для ребенка характерно, что он не вполне разделяет вымысел и реальность. Большинство психологов считают, что такое фантазирование, где не вполне разделяются вымысел и правда, является нормальным только для дошкольников, тогда как более поздние его проявления должны стать предметом интереса со стороны родителей, психологов и даже врачей.

#### Ложь в подростковом и старшем школьном возрасте

Следует отметить, что до определенного возраста (судя по всему, до 5—6 лет) дошкольники прибегают к лжи без четкого понимания того, что они нарушают морально-нравственные нормы. Только в подростковом возрасте ложь постепенно встраивается в морально-нравственный и ценностный контекст, ребенок начинает осознавать ответственность за свою нечестность. К 11—12 годам появляется амбивалентное отношение ко лжи: дети уже не расценивают ложь как абсолютное зло, ложность сообщения или действия оценивается через призму сопутствующих обстоятельств. С возрастом дети приобретают навык встраивать ложь в повседневное общение и распознавать ее во взаимодействии с окружающими [22].

Похоже, что амбивалентное отношение общества ко лжи именно в этом возрасте усваивается большинством подростков в полном объеме и очень надолго. В силу своих возрастных особенностей подросток может прибегать ко лжи как к инструменту защиты своей независимости, для самоутверждения. Он может обороняться ложью от нежеланного любопытства окружающих с целью защитить свое видение мира, свои тайны или идеалы. Часто подросток прибегает ко лжи для самоутверждения и ощущения превосходства.

Следует упомянуть еще об одном мотиве лжи, сутью которой является эмоция — «*пусть меня ругают, зато меня заметили*». Здесь реализуется стремление подростка вызвать родителей на эмоции, которых ему не хватает вне зависимости от их знака. Особенно активно такая мотивация появляется в случае, когда школьник не единственный ребенок в семье и часть внимания родителей направляется другому ребенку [31].

Для некоторых подростков актуальным становится другой мотив — страх разочаровать родителей. В основе этого мотива низкая самооценка, неуверенность в себе. Такое положение вещей может наблюдаться в случае, если ребенок сомневается в их любви или в том, что он недостаточно хорош, чтобы его любили. Подросток страдает от недостатка внимания, к нему предъявляются завышенные требования или отсутствует тактильная сторона взаимоотношений. Одним из вариантов про-



явления этого мотива может стать ситуация, когда школьник, даже старших классов, объективно не может достичь того результата, на который надеются родители, не может оправдать их надежд. Выходом становится обман, где он оказывается успешным, звездным, достойным любви своих родителей [16].

С возрастом ложь, как правило, приобретает новые формы и мотивы. Однако и взрослым людям также присуща ложь во избежание наказаний или для получения определенных выгод и преимуществ, как и для ребенка дошкольного возраста. С возрастом ложь отражает актуальные для человека переживания и страхи, помогая справиться с неудовлетворенностью или достичь определенной цели [2; 28].

Известный российский психолог Алексей Ситников составил довольно полный список из десяти основных причин, которые побуждают и взрослых, и детей ко лжи.

1. Не причинить зла другому.
2. Защитить тех, кого любят.
3. Оградить свой внутренний мир от нежелательного вторжения.
4. Избежать наказания.
5. Получить выгоду.
6. Казаться лучше.
7. Получить удовольствие (судя по всему, сюда войдет и фантазирование).
8. Защитить свои интересы.
9. Добиться правды.
10. Из робости.

С нашей точки зрения, в этот список укладываются практически все основные мотивы лжи и детей, и взрослых людей.

### Связь феномена лжи с интеллектуально-творческим развитием

Хорошо известно, что конкретное отношение ребенка ко лжи и ее проявления зависят от многих факторов, и прежде всего от особенностей его воспитания. Нельзя умалять роль семейной обстановки, стиля родительского воспитания, взаимоотношений с учителями и сверстниками и др. [7]. Все это очевидные и не вызывающие сомнения факторы.

Все же в контексте этой статьи, посвященной проблеме амбивалентности отношения к феномену лжи в современном обществе, важно понять, как связана склонность к принятию/отверганию лжи с, казалось бы, почти посторонним фактором — уровнем развития интеллекта.

В 2005 г. Ялинг Янг обнаружил, что у постоянно лгущих людей заметно лучше мышление. У компульсивных, т. е. осознающих свой обман людей, в мозге содержится в среднем на 22—26% больше белого вещества и сильнее развита префронтальная кора — область мозга, ответственная за познание и интеллект. Объяснение этому факту дал один из авторов исследования: «У людей, которые часто и осознанно лгут, мозг

лучше связывает между собой различные понятия и образы, которые в реальности могут не иметь ничего общего, — за такие связи в человеческом мозге и отвечает белое вещество». «Развитие нейронных связей позволяет человеку быстро переходить от одной истории к другой и генерировать множество идей, совмещая, на первый взгляд, совершенно разные вещи», — пишет Янг [11].

Результаты другого исследования, проведенного учеными из Торонто, подтверждают, что ложь может давать широкие когнитивные преимущества. Социальные и когнитивные факторы, усиленно работающие в момент такого поведения, могут играть важную роль в развитии способностей у детей. По словам Канг Ли, дети часто начинают лгать уже в два года. Он обнаружил, что его сын может обманом заставить взрослого принести ему молока, хотя он не был голоден [17].

Как влияет такое поведение на развитие ребенка? Группа детей дошкольного возраста, ни один из которых не обладал развитой способностью лгать, была разделена на две группы: контрольную группу и экспериментальную, в которой детей учили, как лгать, чтобы стать победителем в игре в прятки. Это исследование показало, что обучение выдумке может в дальнейшем способствовать развитию повышенных когнитивных возможностей.

Группа мальчиков и девочек, средний возраст которых составлял около 40 месяцев, участвовала в игре, в которой в течение четырех дней им приходилось прятать попкорн от взрослого. В рамках игры взрослый должен был узнать, какую именно руку ребенок спрятал в попкорне. Если ребенок смог обмануть взрослого, он мог оставить себе угощение. Затем каждому ребенку давали стандартизированный тест для измерения исполнительных функций, который включает в себя такие вещи, как навыки мышления или способность понимать намерения другого человека. Кроме того, выявлялась способность сосредоточиться на задачах, организовывать, расставлять приоритеты и планировать свои действия.

Оказалось, что дети, которых учили обманывать, в итоге превзошли контрольную группу. Всего за несколько дней обучения маленькие дети быстро научились обманывать и получили от этого непосредственную познавательную выгоду», — пишут исследователи Канг Ли [28] и Уолчик [30].

«В целом, эти результаты подтверждают идею о том, что даже внешне негативное социальное поведение человека может принести когнитивные преимущества, когда такое поведение требует достижения цели, решения проблем, отслеживания психического состояния и отслеживания перспективы». Авторы считают, что это исследование является «первым доказательством» того, что использование лжи может улучшить когнитивные навыки у детей дошкольного возраста.

«Мы всегда беспокоимся о том, что, если ребенок лжет, это приведет к ужасным последствиям», — считает Канг Ли. «Наоборот, пишет Ли, — ложь — это нор-



мальная часть взросления, и дети должны учиться обманывать, когда они молоды, чтобы они имели необходимые когнитивные функции».

По мнению Канга Ли, для удачной лжи важны «два навыка: самоконтроль и интеллектуальный анализ, а это фундаментальные когнитивные навыки, которые должны иметь люди, чтобы выжить в обществе» [2; 20]. Конечно, это не значит, по мысли автора, что родители должны учить своих детей лгать по любому поводу. Важно, чтобы у ребенка сохранялось и развивалось внутреннее достоинство, уважение к самому себе и другим и он воздерживался от недостойной лжи ради личной выгоды.

### Ложь как «темная» сторона творчества

Выше уже говорилось, что фантазирование — это благородная ложь, которая прямо ведет к развитию творческих способностей. Это очевидное утверждение находит большое количество подтверждений, как в исследовательской, так и в педагогической практике [20; 28].

Фантазия — важнейшее для общества качество творческих людей. Но у этого дара есть своя изнанка: он помогает креативным натурам придумывать гораздо более сложную и менее простительную ложь. (Томас Чаморро-Премюзик) «Возможно, причина этого кроется в том, что обман помогает людям творчески искажать реальность. Это, конечно, вовсе не значит, что все креативные люди неэтичны по своей природе. Дело скорее в том, пишет автор, что они плохо переносят скуку и обыденность, а их живое воображение снабжает их более изощренными интеллектуальными средствами, которые позволяют им обманывать себя и окружающих».

На основании ряда экспериментов, Франческа Джино и Томас Чаморро-Премюзик установили, что одаренные индивиды не только больше других людей склонны к обману, но и лгут гораздо лучше, точнее, хитрее остальных. Кроме того, они лучше угадывают и ложь других людей: от природы большинство людей способны распознавать только несложную ложь, но креативные люди могут распутать даже сложный клубок обмана. Наконец, психологи установили, что творчески одаренные люди превосходно умеют оправдываться за совершенные ими неэтичные поступки [19; 30].

Креативные люди привыкли ломать шаблоны и общепринятые правила, а значит, и общечеловеческая этика для них — зачастую не более чем набор штампов, от каждого из которых можно отказаться по своему усмотрению [19; 30].

Еще в одном исследовании показано, что творческая деятельность является лучшим предиктором неэтичного поведения, чем интеллект. Было обнаружено, что участники, которые склонны мыслить творчески, чаще склонны вести себя нечестно, так как имеют развитую способность оправдывать свое нечестное поведение. Именно это обстоятельство, по мнению исследователей, объясняет наличие связи между творче-

ством и повышенной нечестностью. Эти данные подчеркивают так называемую «темную сторону творчества» [19].

По нашему мнению, именно связь творчества и склонности ко лжи в наибольшей мере подчеркивает амбивалентную природу феномена лжи, да и самой по себе склонности к творческой деятельности.

### Одаренные дети и ложь

Вполне закономерно, что при исследовании склонности ко лжи одаренных детей (в данном случае детей с высоким интеллектом) обнаружено, что высокий интеллект не является гарантией честности ребенка, но часто влияет на оригинальность реализации лжи. Еще оказалось, что одаренные дети часто демонстрируют иные мотивы лжи, в отличие от детей с более низкими показателями интеллекта.

В давних исследованиях (1972), посвященных изучению детской лжи в связи с интеллектуальным развитием, Х. Хартсхорн и М.А. Мэй, проводя эксперименты со школьниками, обнаружили, что у лжецов по сравнению с честными детьми отмечаются более низкие показатели интеллекта — чем выше показатели интеллекта, тем реже дети лгут. Хотя Х. Хартсхорн и М.А. Мэй в своем экспериментальном исследовании получили отрицательные корреляции интеллекта и лживости, но при этом они показали, что высокий интеллект может сказываться как в осторожности относительно лжи, так и в изощренности ее реализации [2].

Данные П. Экмана свидетельствуют о наличии другой тенденции, а именно: чем выше интеллект, тем ниже процент лжи. По его мнению, более одаренные дети в меньшей степени склонны ко лжи. Правда он уточняет, что это обнаружено *только в тех случаях, когда их способности гарантируют им однозначный успех*. Иначе говоря, не всегда высокий интеллект ребенка служит абсолютным гарантом его честности [10].

Ян Ялинг и соавторы (2006), наоборот, в своих исследованиях делают акцент на том, что использование лжи и реализация обмана в общении и интеракциях требуют больше когнитивных ресурсов, нежели при прозрачной и правдивой коммуникации. По мнению этой группы исследователей, ложь представляет собой многоступенчатый и сложный комплекс когнитивных процессов, от развитости которых зависит успешность лжи [11].

Другими словами, ложь требует больше не только когнитивных ресурсов, но и энергетических затрат, в отличие от правдивых ответов. Это объясняется изменениями в работе механизмов внимания и памяти: у лжеца появляется необходимость строго отслеживать и дифференцировать для себя правдивую и ложную информацию, тщательнее запоминать детали своей лжи во избежание ее обнаружения и раскрытия со стороны собеседника. То есть психические процессы начинают работать на максимуме для успешного пере-

ключения внимания на возможные факторы угрозы обнаружения лжи.

Еще один параметр, который необходимо принять во внимание, это навыки социальной адаптации ребенка. По мнению П. Экмана, более склонными ко лжи оказываются дети с трудностями в социальной адаптации — те, кто нарушают правила и принятые нормы, и потому оказываются перед необходимостью скрывать это от взрослых [10].

Однако именно одаренные дети часто бывают социально неадаптированными. Эти дети с трудом находят общий язык со сверстниками и учителями, их интересы в основном направлены на познавательную деятельность, что сказывается на их социальной активности. Именно потому, по классификации Юнеско, эти дети входят в группу риска.

Часто одаренные дети имеют яркое воображение, которое у большинства весьма активно в дошкольном возрасте, но у них, в отличие от других оно, со временем не теряет свою силу. Ложь в этом случае может стать лишь следствием преувеличенных страхов и повышенной чувствительности, которыми характеризуются одаренные дети с неумным воображением.

Природная любознательность одаренного ребенка формирует в нем стремление постоянно быть на виду у взрослых, потребность в их внимании, что также может толкать ребенка на ложь в попытке быть замеченным [19].

### Ложь как фасилитатор просоциального поведения ребенка

Значение использования лжи в межличностном взаимодействии детей описали австрийские психоаналитики Х. Кохут, 2003; В.К. Тауск, 2000. Они рассматривают проявление лжи как важный онтогенетический этап в психической жизни человека в контексте развития его когнитивных, социальных и эмоциональных функций. Фактически ребенок начинает применять ложь в качестве инструмента, при помощи которого он способен определять границы собственного Я, чувствовать свою автономию от взрослых.

Болгарский исследователь С. Желев определял ложь как сложное психологическое явление, которое имеет главной причиной тот или иной социальный опыт ребенка. Дети, у которых ложь входит в привычку и становится нормальным явлением, могут стать настоящими виртуозами в этом отношении.

Зачастую сами родители демонстрируют ребенку, что ложь — это нормальное явление, которое они активно продвигают в качестве способа социальной адаптации, обучая детей социально приемлемым формам лжи. Излишне строгое и скупое на похвалу отношение к ребенку также не оставляют ему выбора в получении родительского внимания и любви, кроме как через ложь (Харрис) [8].

Во многих зарубежных исследованиях (Фэн Сюй, Хуэна Бао, Генуе Фу, Тальвар В., Канг Ли, 2010)

можно встретить разделение лжи на два основных мотива — *анти*социальная ложь, нарушающая моральные правила, но способствующая достижению собственной цели, и *про*социальная ложь, предполагающая намерение помочь другому человеку, не навредить ему. Фактически именно просоциальная ложь прямо необходима для адаптации человека в обществе [14].

В исследованиях Лавуа Дж., Яхисон С., Кроссман А., делается вывод, что дети используют разные типы лжи для достижения своих социальных целей. Это значит, что с возрастом детям свойственно занимать позицию, отражающую социализацию в контексте социально приемлемого поведения [26].

А. Врий, специалист в теме обмана и распознавания лжи, также убежден, что использование обмана в повседневной жизни, включение его во взаимоотношения с окружающими людьми является неотъемлемой частью жизни и выстраивания социальных взаимодействий. Такая ложь считается «ложью во спасение», поскольку реализуется с целью разрядить напряженную обстановку и вызвать у людей положительные эмоции [2].

Американская писательница Памела Мейер, эксперт по лжи, советует родителям, которых пытается обмануть их ребенок, не ругать его за ложь. Мейер считает, что маленькие дети, которые лучше понимают мысли окружающих и проявляют больше самоконтроля, начинают обманывать раньше и более изощренно, а эти способности очень важны для жизни в обществе. «Если ваш двухлетний ребенок впервые обманывает, нужно не тревожиться, а радоваться тому, что с ним все в порядке», — заявляет психолог [2; 20]. Эта фраза известного психолога становится понятнее, если учесть, что дети с РАС (в том числе и люди с мягким вариантом аутизма — синдромом Аспергера) чаще всего на ложь не способны (Мотрон) [24].

Ложь — это «социальный клей», так как помогает выстраивать социальные компетенции.

### Выводы

1. Ложь разнообразна и имеет множество форм. К части из них общество относится категорически отрицательно, а другая часть рассматривается не только как допустимая, но даже желательная форма лжи (например, так называемая «белая ложь»).

2. Феномен лжи — социальный навык, так как связан с социальным взаимодействием, и в этом смысле он часть социальной жизни. Именно потому появление обмана у ребенка может рассматриваться как позитивный фактор, свидетельство становления у него социальных навыков и шире — социального интеллекта.

3. Двойственность отношения общества ко лжи вытекает из двойственности самой ее природы. С одной стороны, ложь нередко разрушает человеческие отношения и часто мешает успеху деятельности. С другой стороны, как считают ряд исследователей,

ложь — это нормальное явление во время взросления, и дети в той или иной мере должны учиться обманывать, чтобы развивать соответствующие когнитивные функции.

4. Амбивалентная природа лжи подтверждается ее связью с креативностью. В детском возрасте — это проявление будущей или уже имеющейся потребности в творчестве.

5. Одаренные дети часто склонны к некоторым крайностям в отношении лжи: они либо прибегают к ней значительно чаще, чем обычные дети, либо полностью от нее отказываются (в ряде случаев этот факт отражает недостаточность социального интеллекта или даже аутизм).

### Заключение

В целом, приходится констатировать, что отношение к феномену лжи в современной культуре, в практической психологии, да и в науке является двойствен-

ным, амбивалентным, соединяющим как принятие этого явления, так и отрицание. Можно в этом смысле говорить о том, что ложь рассматривается как своего рода «постправда».

Такое амбивалентное отношение ко лжи выступает своего рода *амортизатором* социальных отношений, хотя в ряде случаев именно ложь их и разрушает. Задача сознания заключается как раз в том, что необходимо учиться различать эти случаи и действовать соответственно. Даже библейский Декалог утверждает эту амбивалентность, поразительным образом не включая ложь в число святых заповедей (девятая заповедь не о лжи, а о доносе: «Не произноси лжесвидетельства на ближнего своего»).

В наше время амбивалентность является основным трендом в отношении общества к феномену лжи. Возможно, что в будущем, с изменением социальной и предметной жизни, с одной стороны, и развитием способов детекции и фиксации лжи — с другой, этот тренд существенно изменится. Но сейчас он именно таков.

### Литература

1. Ариели Д. Честно о нечестности. «Альпина Диджитал», 2012. 300 с.
2. Иэн Л. Прирожденные лжецы. Мы не можем жить без обмана. М.: РИПОЛ классик, 2012. 350 с.
3. Кант И. О мнимом праве лгать из человеколюбия // Трактаты и письма / И. Кант. М., 1980. С. 292—298.
4. Макиавелли Н. Государь. М.: АСТ, 2006. 176 с.
5. Монтень М. Опыты. М.: АСТ, 2020. 767 с.
6. Радзиховский Л.А. Милый лжец [Электронный ресурс] // Человек. 1990. № 1. URL: <http://nikolai.strana.de/psychologie/humanproblem/probl23.html> (дата обращения: 24.03.2020).
7. Райт Р. Моральное животное. М.: АСТ, 2020. 512 с.
8. Харрис С. Ложь. Почему говорить правду всегда лучше. Альпина Диджитал, 2013. 90 с.
9. Шопенгауэр А. Свобода воли и нравственность. М.: Республика, 1992. 448 с.
10. Экман П. Узнай лжеца по выражению лица. СПб.: Питер, 2019. 272 с.
11. Amygdala volume reduction in psychopaths / Y. Yang [et al.]; Society for Research in Psychopathology, 2006.
12. Blanton B. Radical Honesty: How to Transform Your Life by Telling the Truth. USA: Sparrowhawk Publishing, 2006. 277 p.
13. Byrne R. The Thinking Ape: Evolutionary Origins of Intelligence. Oxford: Oxford University Press, 1995. 266 p.
14. Cheating in the name of others: Offering prosocial justifications promotes unethical behavior in young children / L. Zhao [et al.] // Journal of Experimental Child Psychology. 2019. Vol. 177. P. 187—196. DOI:10.1016/j.jecp.2018.08.006
15. De Solemne M. La Sincerite du Mensonge. Paris: Dervy, 1999. 135 p.
16. DePaulo B. Singled Out: How Singles Are Stereotyped, Stigmatized, and Ignored, and Still Live Happily Ever After. New York: St. Martin's Press, 2006. 336 p.
17. Dor D. The role of the lie in the evolution of human language // Language Sciences. 2017. Vol. 63. P. 44—59. DOI:10.1016/j.langsci.2017.01.001
18. Elementary school children's cheating behavior and its cognitive correlates / X.P. Ding [et al.] // Journal of Experimental Child Psychology. 2014. Vol. 121. P. 85—95. DOI:10.1016/j.jecp.2013.12.005
19. Gino F., Ariely D. The Dark Side of Creativity: Original Thinkers Can Be More Dishonest // Journal of Personality and Social Psychology. 2012. Vol. 102. № 3. P. 445—459. DOI:10.1037/a0026406
20. Gunia B.C., Levine E.E. Deception as competence: The effect of occupational stereotypes on the perception and proliferation of deception // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2019. Vol. 152. P. 122—137. DOI:10.1016/j.obhdp.2019.02.003
21. Livingstone D. Why We Lie: The Evolutionary Roots of Deception and the Unconscious Mind. New York: St. Martin's Press, 2004. 253 p.
22. Lying and Truth-Telling in Children: From Concept to Action / F. Xu [et al.] // Child Development. 2010. Vol. 81. № 2. P. 581—596. DOI:10.1111/j.1467-8624.2009.01417.x
23. Megelmann J., Rapp J. Diotima The influence of reputational concerns on children's prosociality // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 20. P. 92—95. DOI:10.1016/j.copsyc.2017.08.024
24. Mottron L. The power of autism // Nature. 2011. Vol. 479. № 7371. P. 33—35. DOI:10.1038/479033a



25. Pants on Fire? Detecting Children's Lies / V. Talwar [et al.] // *Applied Developmental Science*. 2009. Vol. 13. № 3. P. 119—129. DOI:10.1080/10888690903041519
26. Polite, Instrumental, and dual liars: Relation to children's developing social skills and cognitive ability / J. Lavoie [et al.] // *International Journal of Behavioral Development*. 2017. Vol. 41. № 2. DOI:10.1177/0165025415626518
27. Reddy V. How infants know minds. London: Harvard University Press, 2008. 273 p.
28. Talwar V., Lee K. Social and Cognitive Correlates of Children's Lying Behavior // *Child Development*. 2008. Vol. 79. № 4. P. 866—881. DOI:10.1111/j.1467-8624.2008.01164.x
29. The brain adapts to dishonesty / N. Garrett [et al.] // *Nature Neuroscience*. 2016. Vol. 19. №. 12. P. 1727—1732. DOI:10.1038/nn.4426
30. The Creativity of Lying: Divergent Thinking and Ideational Correlates of the Resolution of Social Dilemmas / J. Walczyk [et al.] // *Creativity Research Journal*. 2008. Vol. 20. № 3. P. 328—342. DOI:10.1080/10400410802355152
31. Wilson A.E., Smith M.D., Hildy S.R. The Nature and Effects of Young Children's Lies // *Social Development*. 2003. Vol. 12. № 1. P. 21—45. DOI:10.1111/1467-9507.00220

## References

1. Arieli D. Chestno o nechestnosti [Honestly about dishonesty]. Al'pina Didzhital, 2012. 300 p. (In Russ.).
2. Ien L. Prirozhdennye lzhetsty. My ne mozhem zhit' bez obmana [Born Liars. We cannot live without deception]. Moscow: RIPOL klassik, 2012. 350 p. (In Russ.).
3. Kant I. O mnimom prave l'gat' iz chelovekolyubiya [About the imaginary right to lie out of humanity]. In Kant I. *Traktaty i pis'ma [Treatises and letters]*. Moscow, 1980, pp. 292—298. (In Russ.).
4. Makiavelli N. Gosudar' [Sovereign]. Moscow: Ast, 2006. 176 p. (In Russ.).
5. Monten M. Opyty [Experiments]. Moscow: Ast, 2020. 767 p. (In Russ.).
6. Radzikhovskii L.A. Milyi lzhets [Cute liar] [Elektronnyi resurs]. *Chelovek [Man]*, 1990. Vol. 1. URL: <http://nikolai.strana.de/psychologie/humanproblem/probl23.html> (Accessed 24.03.2020). (In Russ.).
7. Rait R. Moral'noe zhivotnoe [Moral animal]. Moscow: Ast, 2020. 512 p. (In Russ.).
8. Kharris S. Lozh'. Pochemu govorit' pravdu vseгда luchshe [Lies. Why telling the truth is always better]. Al'pina Didzhital, 2013. 90 p. (In Russ.).
9. Shopengauer A. Svoboda voli i npravstvennost' [Free will and morality]. Moscow: Respublika, 1992. 448 p. (In Russ.).
10. Ekman P. Uznai lzhetsta po vyrazheniyu litsa [Recognize a liar by facial expression]. Sankt-Peterburg: Piter, 2019. 272 p. (In Russ.).
11. Yang Y. et al. Amygdala volume reduction in psychopaths. *Society for Research in Psychopathology*, 2006.
12. Blanton B. Radical Honesty: How to Transform Your Life by Telling the Truth. USA: Sparrowhawk Publishing, 2006. 277 p.
13. Byrne R. The Thinking Ape: Evolutionary Origins of Intelligence. Oxford: Oxford University Press, 1995. 266 p.
14. Zhao L. et al. Cheating in the name of others: Offering prosocial justifications promotes unethical behavior in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2019. Vol. 177, pp. 187—196. DOI:10.1016/j.jecp.2018.08.006
15. De Solemne M. La Sincerite du Mensonge. Paris: Dervy, 1999. 135 p.
16. DePaulo B. Singled Out: How Singles Are Stereotyped, Stigmatized, and Ignored, and Still Live Happily Ever After. New York: St. Martin's Press, 2006. 336 p.
17. Dor D. The role of the lie in the evolution of human language. *Language Sciences*, 2017. Vol. 63, pp. 44—59. DOI:10.1016/j.langsci.2017.01.001
18. Ding X.P. et al. Elementary school children's cheating behavior and its cognitive correlates. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2014. Vol. 121, pp. 85—95. DOI:10.1016/j.jecp.2013.12.005
19. Gino F., Ariely D. The Dark Side of Creativity: Original Thinkers Can Be More Dishonest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2012. Vol. 102, no. 3, pp. 445—459. DOI:10.1037/a0026406
20. Gunia B.C., Levine E.E. Deception as competence: The effect of occupational stereotypes on the perception and proliferation of deception. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 2019. Vol. 152, pp. 122—137. DOI:10.1016/j.obhdp.2019.02.003
21. Livingstone D. Why We Lie: The Evolutionary Roots of Deception and the Unconscious Mind. New York: St. Martin's Press, 2004. 253 p.
22. Xu F. et al. Lying and Truth-Telling in Children: From Concept to Action. *Child Development*, 2010. Vol. 81, no. 2, pp. 581—596. DOI:10.1111/j.1467-8624.2009.01417.x
23. Megelmann J., Rapp J. Diotima The influence of reputational concerns on children's prosociality. *Current Opinion in Psychology*, 2018. Vol. 20, pp. 92—95. DOI:10.1016/j.copsyc.2017.08.024
24. Mottron L. The power of autism. *Nature*, 2011. Vol. 479, no. 7371. pp. 33—35. DOI:10.1038/479033a
25. Talwar V. et al. Pants on Fire? Detecting Children's Lies. *Applied Developmental Science*, 2009. Vol. 13, no. 3, pp. 119—129. DOI:10.1080/10888690903041519



26. Lavoie J. et al. Polite, Instrumental, and dual liars: Relation to children's developing social skills and cognitive ability. *International Journal of Behavioral Development*, 2017. Vol. 41, no. 2. DOI:10.1177/0165025415626518
27. Reddy V. How infants know minds. London: Harvard University Press, 2008. 273 p.
28. Talwar V., Lee K. Social and Cognitive Correlates of Children's Lying Behavior. *Child Development*, 2008. Vol. 79, no. 4, pp. 866—881. DOI:10.1111/j.1467-8624.2008.01164.x
29. Garrett N. et al. The brain adapts to dishonesty. *Nature Neuroscience*, 2016. Vol. 19, no. 12, pp. 1727—1732. DOI:10.1038/nn.4426
30. Walczyk J. et al. The Creativity of Lying: Divergent Thinking and Ideational Correlates of the Resolution of Social Dilemmas. *Creativity Research Journal*, 2008. Vol. 20, no. 3, pp. 328—342. DOI:10.1080/10400410802355152
31. Wilson A.E., Smith M.D., Hildy S.R. The Nature and Effects of Young Children's Lies. *Social Development*, 2003. Vol. 12, no. 1, pp. 21—45. DOI:10.1111/1467-9507.00220

#### **Информация об авторах**

Юркевич Виктория Соломоновна, кандидат психологических наук, профессор, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>, e-mail: [vinni-vi@mail.ru](mailto:vinni-vi@mail.ru)

Емельянова Ирина Викторовна, старший преподаватель Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия; докторант, Пловдивский университет «Паисий Хилендарски», Болгария, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-1598>, e-mail: [emerina@mail.ru](mailto:emerina@mail.ru)

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

Viktoriya S. Yurkevich, PhD in Psychology, Professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>, e-mail: [vinni-vi@mail.ru](mailto:vinni-vi@mail.ru)

Irina V. Yemelyanova, Senior lecturer, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, PhD student of Plovdiv University «Paisy Khilendarsky», Bulgaria, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-1598>, e-mail: [emerina@mail.ru](mailto:emerina@mail.ru)

Получена 30.01.2020  
Принята в печать 23.03.2020

Received 30.01.2020  
Accepted 23.03.2020

## Наши авторы

**Айсмонтас Бронюс Броневиц** — кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>

*fdomgppu@gmail.com*

**Березина Татьяна Николаевна** — доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>

*tanberez@list.ru*

**Борисоник Евгения Владимировна** — медицинский психолог, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ), преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>

*borisonik-ev@mail.ru*

**Гребенников Юлия Леонидовна** — кандидат психологических наук, магистрант, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); старший преподаватель кафедры психологии развития личности Московский государственный областной университет (МГОУ), г. Мытищи, Российская Федерация

*imaruell@gmail.com*

**Гриценко Валентина Васильевна** — доктор психологических наук, профессор, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>

*gritsenko2006@yandex.ru*

**Гусарова Елена Сергеевна** — магистрант кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>

*bondarevaes@fdomgppu.ru*

**Екимова Валентина Ивановна** — доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>

*iropse@mail.ru*

**Емельянова Ирина Викторовна** — старший преподаватель, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация; докторант, Пловдивский университет «Паисий Хилендарски», Болгария, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>

*emerina@mail.ru*

**Ефимова Ольга Сергеевна** — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда и психологического консультирования факультета педагогики и психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>

*efimovao.s.0303@mail.ru*

**Карпекова Татьяна Анатольевна** — учитель начальных классов, средняя школа № 39 г. Могилева, г. Могилев, Республика Беларусь, <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>

*tkarpiakova@yahoo.com*

**Кокурин Алексей Владимирович** — кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА Университет имени О.Е. Кутафина), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>

*kokurin I@bk.ru*

**Лучникова Елена Павловна** — магистрант кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>

*elenaluchnikova@gmail.com*

## *Наши авторы*

---

**Матюшкина Елена Яковлевна** — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); старший научный сотрудник Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>

*dekanpsi@mail.ru*

**Назарова Александра Юрьевна** — ассистент кафедры индоевропейских и восточных языков лингвистического факультета, Московский государственный областной университет (ГОУ ВО МГОУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>

*nazarova.alex@yandex.ru*

**Огнев Александр Сергеевич** — доктор психологических наук, профессор, Институт психологии и педагогики; научный руководитель, Российский новый университет (НОУ ВПО «РосНОУ»), г. Москва, Российская Федерация *psychology@rosnou.ru*

**Одинцова Мария Антоновна** — кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения факультета дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>

*mari505@mail.ru*

**Орлова Елена Александровна** — доктор психологических наук, профессор кафедры общей психологии факультета психологии ИОН, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>

*orlova.elena64@yandex.ru*

**Павлова Ольга Сергеевна** — кандидат педагогических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>

*os\_pavlova@mail.ru*

**Петров Владислав Евгеньевич** — кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>

*v.e.petrov@yandex.ru*

**Рахманина Анастасия Алексеевна** — медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

*rakhmanina.a@mail.ru*

**Розенова Марина Ивановна** — доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>

*profi1234@yandex.ru*

**Рой Анита Пранабовна** — медицинский психолог, младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>

*anita010101@yandex.ru*

**Рыбцов Станислав Александрович** — кандидат биологических наук, научный сотрудник, Медицинский Исследовательский Совет, Центр регенеративной медицины, Университет Эдинбурга, г. Эдинбург, Великобритания, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>

*s.rybtsov@ed.ac.uk*

**Рыбцова Наталия Николаевна** — кандидат биологических наук, менеджер проекта, Центр Регенеративной Медицины, Университет Эдинбурга, г. Эдинбург, Великобритания, *rybnat@yahoo.com*

**Сечко Александр Владимирович** — кандидат психологических наук, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>  
*setschko@yandex.ru*

**Ткаченко Наталья Владимировна** — кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>  
*tata\_tkachenko@mail.ru*

**Усубян Шушаник Араевна** — аспирант, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
*usubyansha@mgppu.ru*

**Фатьянов Г.В.** — психолог, факультет психологии, Челябинский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО ЧГПУ), г. Челябинск, Российская Федерация  
*gregoryfatyanov@gmail.com*

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

**Храмов Евгений Владимирович** — кандидат психологических наук, доцент кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>  
*ev.khramov@gmail.com*

**Хухлаев Олег Евгеньевич** — кандидат психологических наук, заведующий кафедрой этнопсихологии и психологических проблем поликультурного образования, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>  
*huhlaevoe@mgppu.ru*

**Шорохова Валерия Альбертовна** — старший преподаватель, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5424-2350>  
*shorohovava@mgppu.ru*

**Эстербрук Светлана Анатольевна** — кандидат психологических наук, заместитель руководителя по международным связям, ассоциация «Глобальные бихевиоральные решения», Спрингфилд, Вирджиния, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>  
*lana1130@yahoo.com*

**Юркевич Виктория Соломоновна** — кандидат психологических наук, профессор, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>  
*vinni-vi@mail.ru*



## Our authors

**Aismontas Bronyus B.** — PhD in Education, professor, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3918-2975>  
*abronius@yandex.ru*

**Berezina Tatiana N.** — Doctor of Psychology, Professor, Department of Scientific Basis of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>  
*tanberez@list.ru*

**Borisonik Evgeniya V.** — Medical Psychologist, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Lecturer at the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4643-239X>  
*borisonik-ev@mail.ru*

**Gritsenko Valentina V.** — Doctor of Psychology, Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>  
*gritsenko2006@yandex.ru*

**Grebennikov Yulia L.** — PhD in Psychology, Senior Teacher, Chair of Psychology of Personality Development, Moscow Region State University, Mytishchi, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>  
*imaruell@gmail.com*

**Gusarova Elena S.** — Student of Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>  
*bondarevaes@fdmgppu.ru*

**Ekimova Valentina I.** — Doctor of Psychology, Professor, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>  
*iropse@mail.ru*

**Yemelyanova Irina V.** — Senior Lecturer, Department of Educational Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, PhD student of Plovdiv University «Paisy Khilendarsky», Bolgaria, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3006-1598>  
*emerina@mail.ru*

**Efimova Olga S.** — PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Labor Psychology and Psychological Counseling, Faculty of Pedagogy & Psychology, Department of Labor Psychology and Psychological Consulting, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3216-8927>  
*efimovao.s.0303@mail.ru*

**Karpiakova Tatsiana A.** — Primary School Teacher, School № 39, Mogilev, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>  
*tkarpiakova@yahoo.com*

**Kokurin Aleksey V.** — PhD in Psychology, associate professor, Department of scientific foundations of extreme psychology, Faculty of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Department of Criminology and Criminal Law, Kutafin Moscow State Law University (MSAL), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-1691>  
*kokurin1@bk.ru*

**Luchnikova Elena P.** — Master Student, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>  
*elenaluchnikova@gmail.com*

**Matyushkina Elena Ya.** — PhD in Psychology, associate professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, researcher of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>  
*dekanpsi@mail.ru*

**Nazarova Alexandra Y.** — Assistant Professor, Institute of Linguistics and Intercultural Communication, Faculty of Linguistics, Moscow Region State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4715-0802>  
*nazarova.alex@yandex.ru*

**Ognev Alexandr S.** — Doctor of Psychology, Research Director of the Institute of psychology and pedagogy, Institute of Psychology & Pedagogy, Russian New University (RosNOU), Moscow, Russia  
*psychology@rosnou.ru*

**Odintsova Maria A.** — PhD in Psychology, professor of Department «Psychology and pedagogy of distance learning», Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>  
*mari505@mail.ru*

**Orlova Elena A.** — Doctor of Psychology, Chair of General Psychology, Faculty of Psychology, Institute of Public Sciences in The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>  
*orlova.elena64@yandex.ru*

**Pavlova Olga S.** — PhD in Education, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-1550>

*os\_pavlova@mail.ru*

**Petrov Vladislav E.** — PhD in Psychology, associate professor, Department of scientific foundations of extreme psychology, Faculty of extreme psychology, Moscow state University of psychology & education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7854-4807>

*v.e.petrov@yandex.ru*

**Rakhmanina Anastasiia A.** — Medical Psychologist, Junior Researcher of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>

*rakhmanina.a@mail.ru*

**Rozenova Marina I.** — Doctor of Psychology, Professor of the Department of Scientific Foundations of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6976-5587>

*profi1234@yandex.ru*

**Roy Anita P.** — Medical Psychologist, Junior Researcher of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>

*anita010101@yandex.ru*

**Rybtsov Stanislav A.** — PhD in Biology, Research Fellow, MRC, Center for Regenerative Medicine, University of Edinburgh, UK, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7786-1878>

*s.rybtsov@ed.ac.uk*

**Rybtsova Nataliya N.** — PhD in Biology, Project Manager, MRC, Center for Regenerative Medicine, University of Edinburgh, UK

*rybnat@yahoo.com*

**Sechko Alexander V.** — PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Scientific Foundations of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6870-1055>

*setschko@yandex.ru*

**Tkachenko Natal'ya V.** — PhD in Education sciences, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0315-8511>

*tata\_tkachenko@mail.ru*

**Usybyan Shushanik A.** — Postgraduate student, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

*usubyansha@mgppu.ru*

**Fatianov G.V.**, — Psychologist, Celebinsky State Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia

*gregoryfatyanov@gmail.com*

**Kholmogorova Alla B.** — Doctor of Psychology, Professor, Head the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology Education, Leading Researcher of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>

*kholmogorova-2007@yandex.ru*

**Khramov Evgeniy V.** — PhD in Psychology, Associate Professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6619-7326>

*ev.khramov@gmail.com*

**Khukhlaev Oleg E.** — PhD in Psychology, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4620-9534>

*huhlaevoe@mgppu.ru*

**Shorohova Valeriya A.** — Senior Lecturer, Department of Ethnopsychology and Psychological Issues of Multicultural Education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5424-2350>

*shorohovava@mgppu.ru*

**Esterbrook Sviatlana A.** — PhD in Psychology, Vice President of International Operations, Global Behavior Solutions, LLC, Springfield, Virginia, USA, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>

*lana1130@yahoo.com*

**Yurkevich Viktoriya S.** — PhD in Psychology, professor, chair of theoretical and experimental foundations of social psychology, department of social psychology, head of Resource center for giftedness, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3575-7586>

*vinni-vi@mail.ru*