

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

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

**Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю.,
Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. —**

**Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального
неблагополучия и дистресса у медицинских работников
во время эпидемии COVID-19**

Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. —

**Психологическое содержание тревоги
и профилактики в ситуации инфодемии: защита
от коронавируса или «порочный круг» тревоги?**

Зарецкий В.К., Судакова Л.В. —

**Помощь в преодолении учебных трудностей
средствами рефлексивно-деятельностного подхода
в условиях дистанционного обучения: случай Мити**

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

*Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Y.,
Mikita O.Y., Roy A.P., Rakhmanina A.A. —*

*Professional Burnout, Symptoms of Emotional Distress and Distress
among Healthcare Professionals During the COVID-19 Epidemic*

Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. —

*Psychological Contents of Anxiety and the Prevention
in an Infodemic Situation: Protection against Coronavirus
or the “Vicious Circle” of Anxiety?*

Zaretskii V.K., Sudakova L.V. —

*Assistance in Overcoming Educational Difficulties
Utilizing Reflective-Activity Approach in the Context
of Distance Learning: The Case of Mitya*



2

2020

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

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

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 28. № 2 (108) 2020 апрель—июнь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

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

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

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

Редактор
А.Ю. Разваляева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

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

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

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

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

В оформлении обложки использован фрагмент картины
В. Каменева «Вид в окрестностях Гатчины»

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2020**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 11,5. Тираж 1000 экз.

- ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**
- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора
- СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: ПОИСК
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ**
- ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СПЕЦИАЛИСТОВ
И УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ**
- 8 *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю.,
Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.*
Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального
неблагополучия и дистресса у медицинских работников
во время эпидемии COVID-19
- 46 *Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.*
Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов,
проходящих стажировку в скоропомощном стационаре:
данные до ситуации пандемии
- 70 *Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И.*
Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации
инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги?
- 90 *Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А., Лебедева А.А.*
Пандемия как вызов субъективному благополучию:
тревога и совладание
- 109 *Герасимова А.А.*
Анализ обращаемости на телефон неотложной
психологической помощи в период пандемии и до нее
- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ
И УЧИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**
- 120 *Зарецкий В.К., Судакова Л.В.*
Помощь в преодолении учебных трудностей средствами
рефлективно-деятельностного подхода в условиях
дистанционного обучения: случай Мити
- 137 *Зарецкий Ю.В.*
Опыт психологического консультирования учителей,
работающих в режимах онлайн и офлайн
- НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**
- 151 *Нартова-Бочавер С.К., Мухортова Е.А., Ирхин Б.Д.*
Взаимодействие с миром растений как источник
позитивного функционирования человека
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 170 *Шиндриков Р.Ю., Шелкова О.Ю., Демченко Е.А., Миланич Ю.М.*
Копинг-поведение в системе психосоциальной оценки пациентов,
ожидающих трансплантации сердца
- ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**
- 190 COVID-19: Психологические эффекты эпидемии. Чем помочь медикам?

- FROM THE EDITOR**
- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor
- SPECIAL TOPIC: CHALLENGES FOR HEALTH AND EDUCATION DURING THE PANDEMIC: THE SEARCH FOR PSYCHOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL RESOURCES**
- PROFESSIONAL BURNOUT IN SPECIALISTS AND ANXIETY IN THE GENERAL POPULATION DURING THE PANDEMIC**
- 8 *Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Y., Mikita O.Y., Roy A.P., Rakhmanina A.A.*
Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic
- 46 *Matyushkina E.Ya., Mikita O.Y., Kholmogorova A.B.*
Burnout Level in Medical Residents Doing Internship in Emergency Medicine Hospital before the Pandemic
- 70 *Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I.*
Psychological Contents of Anxiety and the Prevention in an Infodemic Situation: Protection against Coronavirus or the “Vicious Circle” of Anxiety?
- 90 *Rasskazova E.I., Leontiev D.A., Lebedeva A.A.*
Pandemic as a Challenge to Subjective Well-Being: Anxiety and Coping
- 109 *Gerasimova A.A.*
Patterns of Mental Health Hotline Calls during and before Pandemic
- PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF STUDENTS AND TEACHERS IN THE CONTEXT OF DISTANCE LEARNING**
- 120 *Zaretskii V.K., Sudakova L.V.*
Assistance in Overcoming Educational Difficulties Utilizing Reflective-Activity Approach in the Context of Distance Learning: The Case of Mitya
- 137 *Zareskii Y.V.*
Psychological Counseling of Teachers Working Online and Offline
- RESEARCH REVIEWS**
- 151 *Nartova-Bochaver S.K., Mukhortova E.A., Irkhin B.D.*
Interaction with the Plant World as a Source of Positive Human Functioning
- EMPIRICAL STUDIES**
- 170 *Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A., Milanich Yu.M.*
Coping Behavior in the System of Psychosocial Assessment of Patients Waiting for a Heart Transplant
- RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**
- 190
COVID-19: Psychological Effects of the Pandemic. How to Help Healthcare Workers?

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280201>

FROM THE EDITOR

For citation: Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280201>. (In Russ., abstr. in Engl.)

В фокусе данного выпуска нашего журнала тема, которая сегодня волнует всех — как специалистов, так и население в целом; как в нашей стране, так и в других странах мира. Эту тему мы решили обозначить так: «Вызовы для здоровья и образования в период пандемии: поиск психологических и организационных ресурсов». Редакция журнала поставила задачу представить не только проблемы, возникающие в связи со стрессовой ситуацией пандемии, но и сделать акцент на ресурсах для их решения. Нам удалось собрать в этом выпуске не просто отдельные наблюдения и впечатления, но эмпирически обоснованные данные и рефлексию опыта работы специалистов в условиях пандемии.

Две первые статьи в рубрике посвящены одной из самых болезненных и острых тем — теме психического здоровья, профессионального стресса и выгорания у медицинских работников. Как будет видно из статьи трех авторов (Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б.), представляющих МГППУ и НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, высокий уровень профессионального выгорания был характерен для медицинских

работников, особенно молодого возраста, и до ситуации пандемии. При этом именно на медицинских работников легла основная нагрузка в борьбе с последствиями эпидемии. В этой борьбе за жизнь и здоровье населения они рисковали собственным здоровьем и благополучием, нередко работая в условиях крайнего напряжения сил.

В связи с этим мы сочли допустимым значительное превышение объема для первой статьи номера, в которой представлены первые данные (насколько нам известно) по выгоранию медработников в РФ в период пандемии, как в столице, так и в регионах. Исследование проведено группой авторов, также представляющих НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского и МГППУ (Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.). Авторы рассматривают полученные данные о состоянии психического здоровья и профессиональной нагрузке сотрудников медицинских учреждений РФ в контексте имеющихся международных научно обоснованных исследований о факторах риска для психического благополучия медиков во время различных эпидемий, включая последнюю. Важно, что в статье также обобщены международные данные о факторах-протекторах психического здоровья и рекомендации по профилактике профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации у медицинских работников. Особо отметим, что во многих из этих исследований подчеркивается важность психологической помощи и наличия психологических служб в учреждениях здравоохранения.

Еще три представленных в номере эмпирических исследования касаются проблемы психического благополучия населения во время пандемии. Теме тревоги заражения и последствий пандемии, а также вопросам совладения с этой тревогой посвящена статья Тхостова А.Ш. и Рассказовой Е.И. Теме влияния пандемии на субъективный уровень психического благополучия посвящена статья Рассказовой Е.И., Леонтьева Д.А., Лебедевой А.А. Обе статьи представляют результаты опроса большой группы людей, не заболевших в период пандемии, и представляют несомненный интерес для понимания факторов влияния, усугубляющих или смягчающих стресс и тревогу во время сложной для всех групп населения эпидемиологической ситуации.

Особый интерес представляет статья Герасимовой А.А., обобщившей данные о динамике обращаемости на горячую линию Московской службы психологической помощи населению до и после пандемии. Из приводимых в статье показателей видно, насколько резко возрастают риски для психического здоровья населения в ситуации пандемии. Соответственно напрашивается вывод о неизбежном росте нагрузки на службы психического здоровья, который можно прогнозировать в ближайшее время на основе этих сведений.

Оставшиеся две статьи в рамках центральной темы номера посвящены проблеме образования в условиях дистанционного обучения. Многие

специалисты, как психологи, так и педагоги, впервые столкнулись с этой формой обучения, к которой школы и вузы были вынуждены прибегнуть в условиях самоизоляции как средству предотвращения роста заболеваемости. При этом и дети, и семьи, и педагоги испытывали значительные трудности. С целью оказания помощи специалистам системы образования на базе МГППУ были организованы регулярные вебинары, в которых приняли участие тысячи человек. Во время ряда вебинаров, проходивших под руководством В.К. Зарецкого, анализировался опыт работы с детьми с трудностями в обучении в условиях онлайн режима. Помощь оказывалась средствами рефлексивно-деятельностного подхода на базе одной из школ г. Москвы. Рассмотрены позитивные и негативные стороны дистанционной формы обучения. В совместной статье Зарецкого В.К. и Судаковой Л.В. приведен один из примеров такой работы. Не менее важный материал представлен в статье Зарецкого Ю.В., посвященной опыту психологического консультирования учителей как в онлайн, так и офлайн режиме.

Еще две статьи номера, хотя и не связаны с его центральной темой, представляют важные исследования на весьма актуальные темы. Но, если задуматься, статья Нартовой-Бочавер С.К., Мухортовой Е.А и Ирхина Б.Д. о целебном для человека потенциале взаимодействия с миром растений очень актуальна в период самоизоляции, когда люди ощутили, как многого они лишены без контакта с природой, а первые выходы в парки превратились в настоящий праздник. Да и вторая статья Шиндрикова Р.Ю., Щелковой О.Ю., Демченко Е.А и Миланич Ю.М. о копинг-поведении в стрессовой ситуации ожидания серьезной операции тоже посвящена тому, как люди справляются с тревогой неопределенности, которая так знакома многим, переживающим период пандемии.

Заканчивается номер как всегда очень полезным материалом от автора всех наших дайджестов, который на этот раз, конечно, посвящен проблемам пандемии. Наша редакция благодарит Елену Можаеву за интересную и важную для наших читателей подборку материалов.

От имени всей редакции журнала хочу выразить надежду, что собранные нами материалы будут полезны в осмыслении переживаемого нами экзистенциального события, затронувшего фактически все страны и всех жителей Земли. Редакция журнала желает всем здоровья и скорейшего разрешения эпидемиологически опасной ситуации, последствия которой для психического здоровья людей мы, по всей видимости, будем анализировать и преодолевать еще достаточно долго.

А.Б. Холмогорова

**СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: ВЫЗОВЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ
И ОБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ:
ПОИСК ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ
У СПЕЦИАЛИСТОВ И УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ
У НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ**

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

**PROFESSIONAL BURNOUT IN SPECIALISTS AND ANXIETY
IN THE GENERAL POPULATION DURING THE PANDEMIC**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ,
СИМПТОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И ДИСТРЕССА
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19**

С.С. ПЕТРИКОВ

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>,
e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

А.Б. ХОЛМОГорова

ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ «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

CC BY-NC

А.Ю. СУРОЕГИНА

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>,
e-mail: suroegina@gmail.com

О.Ю. МИКИТА

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,
e-mail: mikita-o@yandex.ru

А.П. РОЙ

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>,
e-mail: anita010101@yandex.ru

А.А. РАХМАНИНА

ГБУЗ «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

В статье приведены результаты обобщения австралийскими и канадскими учеными (Kisely et al., 2020) данных 59 надежных исследований последствий работы в период разных эпидемий, включая COVID-19, для психического здоровья и благополучия медицинских работников в разных странах. На основе анализа данных выборки из 248 медицинских работников различных медицинских учреждений России, анонимно и добровольно заполнивших гугл-формы с комплектом опросников, приводятся данные по уровню профессионального выгорания, симптомам эмоционального неблагополучия и дистресса во время эпидемии COVID-19. Методический комплекс включал шкалу депрессии А. Бека, шкалу тревоги А. Бека, шкалу оценки дистресса Дж. Голанда, опросник профессионального выгорания К. Маслач. Выявлено, что в период эпидемии значительная часть медицинских работников испытывают выраженные симптомы профессионального выгорания (более 60% жалуются на эмоциональное истощение), симптомы депрессии умеренной и выраженной степени тяжести (23%), повышенный уровень тревоги (25%) и суицидальной направленности (10%). Значительный вклад в эмоциональный дистресс медицинских работников вносят негативные эмоции (такие как страх заражения, чувство одиночества и изоляции), организационные проблемы (в том числе, нехватка средств защиты), физический дискомфорт (неудобство защитной одежды, нехватка сна) и коммуникативные трудности (при общении с руководством и пациентами). Особенно часто в качестве проблемных областей медицинскими сотрудни-

никами отмечаются информационный шум и нехватка средств защиты. Медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются более высокими показателями депрессии, тревоги и профессионального выгорания от работников, оказывающих помощь другим категориям больных. В то же время, высокую профессиональную ответственность и мотивацию сохраняют большинство специалистов, оказывающих помощь больным с COVID-19. Медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги и чаще жалуются на нехватку средств защиты и недоверие руководству или неослабление с ним. В заключение делаются выводы о факторах риска, факторах-протекторах и мерах профилактики негативных последствий работы во время эпидемий для психического здоровья медицинского персонала. При этом подчеркивается важная роль доступности психологической помощи для сбережения психического здоровья медицинских работников.

Ключевые слова: эпидемия COVID-19, профессиональное выгорание медицинских работников, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональная успешность, эмоциональный дистресс, депрессия, тревога, психологическая помощь.

Благодарности: Авторы выражают благодарность всем медицинским работникам Москвы и регионов, принявшим участие в исследовании. Также выражается признательность медицинскому психологу Московской службы психологической помощи населению А.А. Герасимовой за консультации в процессе обработки данных.

Для цитаты: Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 8—45. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>

PROFESSIONAL BURNOUT, SYMPTOMS OF EMOTIONAL DISORDERS AND DISTRESS AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

SERGEY S. PETRIKOV

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>

e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

ALLA B. KHOLMOGOROVA

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

ANASTASIYA YU. SUROEGINA

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

OLESYA YU. MIKITA

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

ANITA P. ROY

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

ANASTASIYA A. RAKHMANINA

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

The article presents the results of a synthesis by Australian and Canadian scientists (Kisely et al, 2020) of 59 reliable studies of the effects of work during various epidemics, including COVID-19, on mental health and well-being of medical workers in different countries. The research includes the level of professional burnout, symptoms of emotional ill-being, and distress data based on the analysis of a data sample from 248 involved healthcare professionals of Russian medical institutions. They anonymously and voluntarily filled up the Google-form that contained a methodical complex during the COVID-19 epidemic. The complex included: A. Beck Depression Scale, A. Beck Anxiety Scale, J. Goland Distress Rating Scale, K. Maslach Professional Burnout Inventory. The research showed that during the epidemic, most healthcare professionals experienced evidence of the professional burnout (60% complain of emotional exhaustion), moderate and severe indicators of depression (23%), moderate and severe anxiety indicators (25%). Also, a suicidal trend was found (10%). Negative emotions (fear of infection, loneliness and isolation sense), organizational problems (personal protective equipment deficit), physical discomfort (inconvenience of protective clothing, lack of sleep), and communicative difficulties have a great influence on the emotional distress of healthcare professionals. Information “noise” and personal protective equipment deficit often performs as a problem area. Healthcare professionals involved in supporting COVID-19 patients have higher rates of professional burnout, depression, and anxiety. At the same time, high professional responsibility and motivation are maintained by the majority of

specialists providing care to patients with COVID-19. Region healthcare professionals differ from Moscow healthcare professionals by higher rates of depression and anxiety and frequently complain about personal protective equipment deficit, leadership mistrust, or disagreement with them.

Keywords: COVID-19 epidemic, professional burnout among healthcare professionals, emotional exhaustion, depersonalization, professional efficacy, emotional distress, depression, anxiety, psychological help.

Acknowledgements: The authors express gratitude to all healthcare professionals of Moscow and regions who took part in the research. The authors are also grateful for assistance by the consultations in data processing period to A.A. Gerasimova, medical psychologist of the Moscow Service of Psychological Population Assistance.

For citation: Petrikov S.S., Kholmogorova A.B., Suroegina A.Yu., Mikita O.Yu., Roy A.P., Rakhmanina A.A. Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 8–45. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202> (In Russ., abstr. in Engl.)

Проблема коронавирусной инфекции, которой Всемирная организация здравоохранения присвоила официальное название COVID-19 (*Coronavirus disease 2019*), затронула все страны и все население планеты, однако главный удар в этой тяжелой ситуации принимают на себя медицинские учреждения и работающий в них персонал. Происходит оперативная реструктуризация медицинских учреждений, условия работы фактически соответствуют чрезвычайной ситуации: многие сотрудники подвержены повышенному риску заражения, разлучены с близкими, работают в условиях повышенной физической и эмоциональной нагрузки и ответственности за жизнь наиболее тяжелых пациентов. Ежедневно врачи получают большое количество новой информации в виде приказов, методических рекомендаций [5], обучающих программ, что создает большую дополнительную нагрузку в форме постоянного информационного шума. При этом абсолютно надежных методов диагностики и лечения заболевания до сих пор не существует ни в одной стране, что также является дополнительным источником дистресса медицинских работников, от которых общество, пациенты и их родственники ждут решения неожиданно обрушившейся проблемы.

Проблема профессионального выгорания медиков остро стояла и до ситуации пандемии. Достаточно сказать, что, по данным многочисленных исследований в разных странах, около половины врачей имеют высокие показатели профессионального выгорания, что вдвое превышает такие показатели у населения, занятого в других сферах профессиональной

деятельности. Выгорание среди врачей приводит к повышенному риску врачебной ошибки, ухудшению прогноза лечения, росту абсентеизма, желанию сократить число часов работы вплоть до ухода из профессии. Как подсчитали американские исследователи, выгорание врачей стоит американской системе здравоохранения 4,6 миллиардов долларов в год [8].

Данные о причинах, и последствиях выгорания у медицинских работников до пандемии представлены в обзорах и монографиях [3; 4]. К настоящему моменту уже проведены первые исследования последствий эпидемии COVID-19 на примере китайских медицинских работников. В одном из них участвовали 34 больницы, включая 20 из центра заражения — города Ухань; всего было обследовано 1257 медицинских работников, включая врачей и медицинских сестер. Около половины из них сообщили о выраженных симптомах депрессии и тревоги, более 70% предъявляли жалобы на симптомы дистресса после пережитой травмы. Все эти проблемы были более выражены у женщин и сотрудников больниц в Ухане [12]. Значимые данные относительно доступности и важности психологической помощи получены в еще одном исследовании психологического благополучия китайских медицинских работников в период пандемии. Согласно этим данным, из 994 обследованных специалистов 36,3% имели постоянный доступ к психологическим материалам (таким, как психологические книги и брошюры), 50,4% имели доступ к психологическим ресурсам, имеющимся в средствах массовой информации (таким, как онлайн-сообщения о методах самопомощи), и всего 17,5% имели возможность получить психологическую консультацию или сеанс психотерапии. Методом кластерного анализа были выявлены связи между более низкими показателями рейтинга шкалы депрессии PHQ-9 и получением какого-либо типа психологической поддержки. Несмотря на то, что сотрудники имели доступ к ограниченному количеству услуг психолого-психиатрической помощи, тем не менее, они считали эти услуги важными ресурсами для улучшения своего состояния и помощи другим. В выводах исследования подчеркивается важность оказания психологической поддержки медицинским работникам в период пандемии [10].

В данной статье подробно будут рассмотрены результаты последнего, беспрецедентного по своему охвату данных, аналитического обзора выгорания у медицинских работников в период различных эпидемий, включая COVID-19. Как утверждают авторы статьи «Возникновение, предотвращение и совладание с негативными психологическими последствиями для здоровья медицинских работников в условиях вирусной эпидемии: обзорное исследование и мета-анализ» [11], уже имеющиеся первые данные о факторах и последствиях профессионального выгорания медиков во время пандемии COVID-19 вполне согласуются с ранее полученными.

В обзоре собраны результаты исследований, посвященных анализу влияния эпидемий на психологическое благополучие медицинского персонала, работающего с зараженными различными вирусными заболеваниями. Рассмотрены вспышки: SARS (тяжелый острый респираторный синдром), MERS (близневосточный респираторный синдром), H7N9 (птичий грипп), H1N1 (свиной грипп), вирус Эбола и актуальный COVID-19. В обзоре учитывались лишь те исследования или группы, где респондентами выступали неинфицированные врачи и медсестры. Использовались все исследования до марта 2020, без учета языка респондентов и авторов. Для определения качества проведенного исследования использовался пакет инструментов от *Joanna Briggs Institute (JBI)* для нерандомизированных исследований. Исследование проходило строгий многоступенчатый отбор: один из авторов (*Christine Dalais*) составлял подборку из архива различных платформ, включая: Medline, Embase, CINAHL, PubMed, PsycINFO. Три автора (*Nicola Warren, Laura McMahan, Irene Henry*) находили полные тексты исследований, далее осуществлялся поиск и учет базы данных и статистических методов исследования, а также производилась оценка их надежности, валидности и прочих параметров по критериям JBI (*Nicola Warren, Laura McMahan*). При необходимости учитывалось мнение дополнительного эксперта (*Dan Siskind*).

Всего было учтено 10113 цитирований, из которых 59 исследований отвечали всем критериям включения. По MERS было использовано семь исследований, по три на тему вспышки H1N1 и вирусу Эбола, одно по H7N9, **восемь по COVID-19**, а оставшиеся по SARS. По географическому признаку исследования делились на: тринадцать из материкового Китая, по десять от Тайваня и Канады, девять из Гонконга, по пять из Сингапура и Южной Кореи, два из Саудовской Аравии (MERS). Также по одному из Греции, Мексики, Японии (у всех по H1N1) и Нидерландов, Германии, Либерии (у всех по вирусу Эбола). Столь широкий охват позволил авторам использовать полученные данные не только для выделения наиболее типичных факторов психологической дезадаптации, но и отбора наиболее надежных и валидных для разных стран и условий методов профилактики профессионального выгорания у медицинского персонала, что было бы невозможно при использовании данных по отдельным странам. Особая ценность и актуальность данных этого обзора для России определяется тем, что до сих пор не намечилось стабилизации ситуации и снижения заболеваемости, а медицинский персонал продолжает работать в чрезвычайно сложных условиях.

Для оценки так называемого обобщенного риска психологического неблагополучия (высокого уровня профессионального выгорания, манифестации депрессии, тревожных расстройств, возникновения алкогольной зависимости и т. д.) чаще всего использовались: шкала оценки

влияния травматического события (*The Event Scale-Revised — IES-R*) для определения степени пережитого травматического стресса; шкала депрессии (*The Centre For Epidemiologic Studies-Depression Scale — CES-D*) и опросник общего здоровья (*The General Health Questionnaire — GHQ* или его китайская версия *CHQ*) для определения степени выраженности психологического дистресса; для оценки выраженности профессионального выгорания — опросник К. Маслач (*Maslach Burnout Inventory — MBI*). В ряде исследований дополнительно использовалась анкета оценки качества жизни (*The Medical Outcome Study Short-Form — MOS SF-36*).

Полученные данные можно разделить на три большие группы: факторы риска неблагоприятного медицинского персонала, факторы-протекторы и методы профилактики. Так как данное исследование посвящено оценке уровня профессионального выгорания, эмоционального неблагоприятного дистресса у российских медицинских работников в период пандемии, ниже будут рассмотрены результаты обзора первого блока факторов, а выделенные в обзоре факторы-протекторы и рекомендации по профилактике психологического неблагоприятного будут перечислены в конце статьи.

По итогам масштабного анализа данных S. Kisely et al. были выделены следующие **факторы риска**, сведенные в крупные блоки [11].

1. **Социо-демографические факторы**: наличие дома детей до 15 лет (ввиду наличия тревоги из-за возможной длительной изоляции и оставления их без присмотра); низкий уровень доходов, сопутствующие заболевания; старший возраст в исследованиях COVID-19 (в большинстве исследований более зрелый возраст связывался с наличием большего опыта и являлся фактором-протектором, однако для эпидемии COVID-19 ситуация являлась обратной из-за постоянного информирования населения о появлении более тяжелых симптомов заболевания с возрастом).

2. **Профессиональные факторы**: длительный контакт с пострадавшими (например, у работников реанимаций и медицинских сестер); постоянный контакт с пациентами в аффективном состоянии (например, при поступлении в приемное отделение); должность медсестры (ввиду их долгого контакта с кровью и прочими жидкостями пациентов); нехватка опыта и дополнительного обучения (по работе непосредственно с инфицированными с респираторными синдромами); более низкий уровень образования в целом (отмечалось, что специалисты младшего звена без специфического образования были более подвержены информационному «заражению»).

3. **Организационные факторы**: отсутствие дополнительных выплат для персонала из-за неподготовленности бюджета; необходимость в быстрой смене места работы из-за нехватки персонала (например, операционных сестрам приходилось принимать пациентов в приемном отделении);

специфические меры предосторожности (прохождение через систему комнат обеззараживания, невозможность работы с историей болезни в «красной зоне», необходимость менять СИЗ (средства индивидуальной защиты) для перехода между зараженными зонами ввиду отсутствия соединяющего их коридора); недостаток СИЗ и отсутствие свободного доступа к ним (ввиду недоверия к персоналу). В ряде исследований подобная ситуация побуждала медицинский персонал дополнительно переодеваться вне дома или квартиры перед общением с родственниками из-за страха возможного их заражения. Также сюда относилась недостаточная продуманность мер по контролю над заболеванием (например, отсутствие входного теста для вновь прибывших пациентов). Важным фактором выступал ненормированный график (без возможности отдыха в «зеленой зоне»).

4. Психологические и психосоциальные факторы: высокий уровень самокритицизма; сниженная самооэффективность; наличие коморбидного психического расстройства или предшествующего опыта выраженного психологического дистресса; стигматизация со стороны общества [11].

Далее будут представлены результаты эмпирического исследования эмоциональной дезадаптации российских специалистов, работающих в медицинских учреждениях в период пандемии, связанной с вирусом COVID-19, с середины марта по начало мая 2020 года.

Метод

Процедура исследования. Медицинским работникам было предложено заполнить ряд опросников. Методики были объединены в гугл-форму, ссылка на которую была размещена в сообществах для врачей. Всем участникам опроса предоставлялась возможность получения обратной связи с краткими рекомендациями, а также, при запросе, бесплатная психологическая консультация онлайн для тех, кто работает с пациентами с COVID-19. В соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов получалось информированное согласие респондентов, участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Исследование проводилось, начиная с 15 марта 2020 г., когда масштабы эпидемии были уже значительны, и вскоре был введен режим самоизоляции для большей части населения. Сбор данных продолжается в настоящее время, но для анализируемой выборки он был закончен 2 мая 2020 г.

Выборка. В исследовании приняли участие 248 медицинских работников, 68 мужчин и 180 женщин. Средний возраст респондентов — 34,6 года (от 22 до 72 лет). Большинство выборки (72%) составили медицинские работники в возрасте до 40 лет (рис. 1).

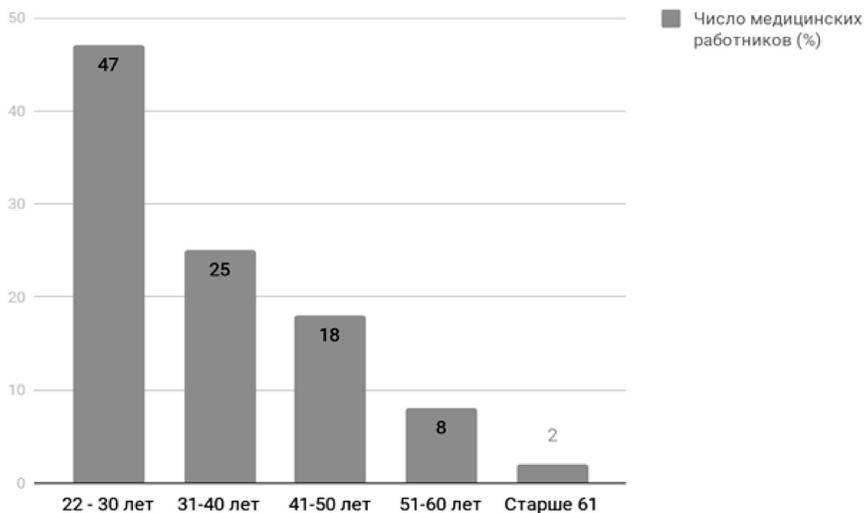


Рис. 1. Распределение выборки медицинских работников по возрасту (%)

Почти половину выборки составили врачи различных специальностей — 119 (48%); 79 (32%) — ординаторы; 29 (12%) — средний медицинский персонал. Остальные категории специалистов в совокупности составили менее 10% выборки: руководящий состав — 4 (2%), преподаватели — 7 (3%), студенты медицинских учебных заведений — 10 (4%).

В исследовании приняли участие специалисты из разных городов России: Москва — 146 (58%); Тюмень — 62 (17%); Сургут — 39 (15%). Участники из других городов составили чуть больше 3% от общей выборки: Санкт-Петербург — 5 (2%); Якутск — 2 (0,8%); Самара — 1 (0,4%).

Методики. В исследовании использовались следующие методики:

1. *Анкета участника исследования*, включающая социодемографические данные (пол, возраст), данные о месте проживания, типе учреждения, специальности, должности и участии в оказании помощи пациентам с COVID-19.

2. *Опросник профессионального выгорания К. Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI)* — широко применяется в международной практике для оценки уровня профессионального выгорания у медицинских работников, адаптация в российской выборке для работников социальных профессий произведена Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [1]. Опросник содержит 22 пункта и включает три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Профессиональная успешность». О высоком уровне профессионального выгорания свидетельствуют вы-

сокие баллы по двум первым шкалам и низкие баллы по третьей шкале «Профессиональная успешность», т. е. чем ниже специалист оценивает свою профессиональную успешность, тем выше его уровень профессионального выгорания. Проверка согласованности эмпирических распределений шкал с нормальным распределением на выборке из 360 представителей социальных профессий [2] показала, что их распределения не отличаются статистически значимо от нормальных. Таким образом, полученные данные могут рассматриваться как устойчивые — репрезентативные по отношению к генеральной совокупности и могут служить основой для определения тестовых норм для работников социальных профессий. Проведенная оценка концептуальной, содержательной, внутренней, конструктивной, конвергентной и эмпирической валидности подтверждает возможность использования данной методики для измерения синдрома выгорания. В выборке 360 человек не были выявлены достоверные различия между разными возрастными группами. При сравнении мужчин и женщин по средним значениям параметров психического выгорания различия также не обнаружены. Возможно, гендерные и возрастные особенности выгорания проявляются в зависимости от других факторов: организационных, ролевых, должностных и др.

3. *Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI)* — широко применяется в международной практике, валидизирована на российской выборке Н.В. Тарабриной (2001), содержит 21 пункт с утверждениями, описывающими различные по интенсивности когнитивные и соматические симптомы депрессии. Испытуемому предлагается выбрать те утверждения, которые наиболее соответствуют их состоянию в течении последних двух недель.

4. *Шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI)* — также широко применяется в международной практике, валидизирована в российской выборке Н.В. Тарабриной (2001), содержит 21 утверждение, описывающее когнитивные и соматические симптомы тревоги. Испытуемому предлагается оценить выраженность их интенсивности у себя в течении последних двух недель.

5. *Шкала оценки дистресса (Термометр дистресса)* — скрининговый инструмент, разработанный *J. Holland* и *B. Bultz* для оценки эмоционального дискомфорта у пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями и выявления основных областей, вносящих вклад в эмоциональный дистресс [9]. Русскоязычная версия была валидизирована на российской выборке пациентов с онкологическими заболеваниями [6]. В инструкции респонденту предлагается оценить уровень испытываемого дистресса по 10-бальной шкале («0» — полное отсутствие дистресса, «10» — максимальный уровень), а затем отметить в предлагаемом списке областей дистресса, беспокоила ли каждая из них респондента за последние две

недели (по дихотомической шкале — «да» или «нет»). Преимуществами данного инструмента скрининга является его краткость и информативность, использование широкого понятия «эмоциональный дистресс» и возможность оценки вклада целого спектра факторов дистресса в тяжелую для медицинских работников ситуации, связанной с высокими нагрузками и угрозой заражения. Поэтому «Термометр дистресса» был включен в методический комплекс с поправкой на необходимые изменения списка факторов дистресса у медработников в период пандемии. Оценка общего уровня дистресса производилась также, как и в оригинале, т. е. по 10-балльной шкале. Клиническими психологами, соавторами данной статьи, в процессе совместной работы и общения с другими медицинскими работниками в период пандемии были выделены основные области дистресса в этот период.

К таким проблемным областям или источникам эмоционального дистресса были отнесены: «беспокойство/тревога», «нервозность», «депрессия», «сопротивление/нежелание выходить на смену», «пассивность», «одиночество/чувство изоляции», «страх заразиться/заразить», «злость/раздражительность», «скука/апатия», «несогласие с руководством/недовереие руководству», «физический дискомфорт (ношение костюма, нехватка сна)», «организационные трудности (распределение обязанностей, недостаток оперативной связи между специалистами)», «необходимость быстро осваивать непривычную работу», «информационный шум (большое количество разной информации, постоянные изменения в информации)», «агрессивное поведение пациентов», «нехватка медицинских средств защиты». Участникам предлагалось оценить каждый фактор по шкале: «совсем не беспокоило» (0 баллов), «слабо беспокоило» (1 балл), «беспокоило в умеренной степени» (2 балла), «сильно беспокоило» (3 балла).

Помимо этого, в графе «Другое» предлагалось назвать еще какие-то области дистресса, которые не вошли в список. Так как дополнительные области назвали только четыре человека из всей выборки, при обработке они не учитывались. Лишь единичные записи в графе «Другое» косвенно свидетельствуют о достаточно полном учете факторов дистресса в составленном авторами списке. При обработке данных для выделения процента врачей, испытывающих значительное влияние той или иной области дистресса, учитывались оценки «беспокоило в умеренной степени» (2 балла) и «сильно беспокоило» (3 балла). Также, как и в оригинальном варианте методики, области дистресса объединялись в домены: *эмоциональные, физические, организационные и коммуникативные проблемы*. Коммуникативные, в свою очередь, были разделены на трудности при общении с руководством и трудности при общении с пациентами.

Анализируя понятие эмоционального дистресса, авторы валидации «Шкалы оценки дистресса» на российской выборке для пациентов

7—18 лет подчеркивают, что его уровень не является клиническим диагнозом и не используется в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам. При этом, однако, согласно результатам проведенных исследований, выявляемый уровень эмоционального дистресса является клинически значимым показателем, который может указывать на наличие депрессивных и тревожных расстройств, а также расстройств адаптации [7]. Авторы подчеркивают, что термин «эмоциональный дистресс» свободен от стигматизирующего смысла, связанного с указанием на психопатологические симптомы.

Результаты исследования

Результаты исследования представлены в виде трех блоков: 1) характеристика различных показателей психологического неблагополучия во всей обследованной выборке; 2) сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19; 3) сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников, проживающих в Москве и в других городах России.

Характеристика показателей психологического неблагополучия

В обследованной выборке не было выявлено влияния пола и возраста респондентов на показатели психологического неблагополучия, поэтому в дальнейшем эти факторы не учитывались.

Ниже представлено распределение респондентов в зависимости от выраженности симптомов депрессии и тревоги (табл. 1).

Таблица 1

Число (%) медицинских работников с разной степенью выраженности симптомов депрессии, а также высказывавших суицидальные мысли и намерения в период пандемии (Шкала депрессии Бека, N=248)

Показатель по Шкале депрессии Бека	Медицинские работники, N (%)
Нет депрессивных симптомов (0—13)	153 (62 %)
Легкие депрессивные симптомы (14—18)	36 (15 %)
Депрессивные симптомы умеренной тяжести (19—28)	38 (15 %)
Выраженные симптомы депрессии (29 и более)	21 (8 %)
Суицидальные мысли	20 (8 %)
Суицидальные намерения	4 (2 %)

Как видно из табл. 1, почти четверть специалистов отмечают у себя симптомы депрессии умеренной (15%) и выраженной степени тяжести (8%). Это говорит о том, что почти четверть медицинских работников отмечают у себя нарушения сна, выраженную усталость и утрату интереса к жизни, чувство вины и другие тяжелые эмоциональные переживания. При этом наличие суицидальных мыслей отмечает 8%, а суицидальных намерений 2% выборки. Полученные показатели по шкале депрессии Бека превышают аналогичные в общей популяции.

Значимым результатом является то, что многие из опрошенных медицинских работников испытывают симптомы тревоги умеренной и высокой интенсивности (табл. 2).

Таблица 2

Число (%) медицинских работников с разной степенью выраженности симптомов тревоги в период пандемии (N=248)

Показатель по Шкале тревоги Бека	Медицинские работники, N (%)
Нет симптомов тревоги (0—4)	92 (37 %)
Симптомы легкой тревоги (5—13)	93 (38%)
Симптомы тревоги умеренной интенсивности (14—18)	23 (9%)
Симптомы тревоги высокой интенсивности (19 и более)	40 (16%)

Это означает наличие достаточно интенсивных переживаний страха, вплоть до ужаса и выраженных физиологических симптомов тревоги — дрожь в руках и ногах, учащенное сердцебиение, неустойчивость и ощущение удушья, страх смерти, желудочно-кишечные расстройства, предобморочные состояния, приливы крови к лицу и усиленное потоотделение, не связанное с жарой.

Распределение обследованных респондентов по интервалам (низких, средних и высоких значений показателей профессионального выгорания опросника К. Маслач) представлено в табл. 3. Интервалы значений были выделены до пандемии в репрезентативной выборке из 360 российских специалистов социальных профессий: медицинских работников, учителей, продавцов, коммерческих сотрудников и руководителей среднего звена [2]. Выборка медицинских работников включала медсестер хирургических отделений и реанимации, врачей разных специальностей, работающих в государственных и частных медицинских учреждениях [1].

Обращают на себя внимание различия по количеству сотрудников, попавших в разные интервалы по уровню профессионального выгорания по шкалам опросника Маслач. Если по двум первым шкалам опросника высокое выгорание отмечается у большинства респондентов, то по шкале профессиональной успешности картина противоположная: у

Таблица 3

Число (%) медицинских работников, имеющих низкие, средние и высокие показатели выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) в период пандемии (N=248), согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Различные параметры профессионального выгорания	Низкий уровень выгорания, N (%)	Средний уровень выгорания, N (%)	Высокий уровень выгорания, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	34 (14%)	63(25%)	151 (61%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	7 (3%)	12 (5%)	229 (92%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	151 (61%)	63(25%)	34(15%)

большинства показатели выгорания низкие. Как видно из табл. 3, более половины обследованных медицинских работников (61%) испытывают выраженные признаки эмоционального истощения. Важно отметить, что почти все респонденты (92%) имеют высокие показатели деперсонализации. Это свидетельствует о высокой степени отстранения от личного формального персонифицированного общения с пациентами, о предельной формализации контакта вплоть до профессионального цинизма.

В данной ситуации перегрузки и растущего потока обращающихся за помощью, в том числе тяжелых больных, это можно рассматривать как последствие эмоционального истощения, попытку экономии сил и психологической защиты от тяжелых переживаний. При этом большинство опрошенных имеют низкий уровень показателей выгорания по шкале «Профессиональная успешность» (61%). Значения этой шкалы отражают самооценку специалистом своих профессиональных достижений. Высокие баллы по этой шкале характерны для тех, кто чувствует себя более реализованным и удовлетворенным своей профессией и, соответственно, имеет низкий уровень выгорания. Наоборот, низкие баллы при ответе на вопросы шкалы говорят о редукции профессиональных достижений, росте разочарованности в профессии и о большей выраженности выгорания.

Таким образом, более половины участников данного исследования чувствуют собственную профессиональную значимость и высокую профессиональную мотивацию. Это можно объяснить резким ростом общественной значимости профессии врача, медицинской сестры и других

профессионалов из системы здравоохранения, принятием большинством из них своей ответственности и высоким уровнем мобилизации своих личностных и профессиональных ресурсов.

Ниже, для большей наглядности, представлено в виде трех диаграмм распределение выборки по интервалам значений всех трех показателей профессионального выгорания (рис. 2). При этом для сопоставления дается также распределение респондентов по квартильным интервалам, полученным в обследованной выборке медицинских работников, работающих во время пандемии.

Как видно из диаграмм (рис. 2), показатели эмоционального истощения и деперсонализации в обследованной выборке смещены в сторону высоких значений, а редукция персональных достижений (профессиональная успешность), напротив, — в сторону низких значений, согласно интервалам, выделенным в исследовании смешанной выборки специалистов социальных профессий до пандемии [2]. Согласно квартильным интервалам данной выборки, число обследованных, имеющих высокий уровень выгорания по показателям: эмоционального истощения — 59 (24%); деперсонализации — 62 (25%); профессиональной успешности — 58 (24%).

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

Как видно на рис. 3, чуть менее половины респондентов оценили свой уровень дистресса как низкий (т. е. не более 3 баллов из 10), 37 % выбрали оценку от 4 до 7 баллов и 17 % отметили экстремально высокие показатели дистресса — от 8 до 10 баллов.

Ниже приводится таблица корреляций между различными показателями, отражающими степень эмоционального неблагополучия респондентов в обследованной выборке (табл. 4).

Как видно из табл. 4, получены сильные и высокозначимые прямые корреляции между показателями депрессии, тревоги, эмоционального истощения и эмоционального дистресса. Высокозначимая прямая корреляция умеренной силы имеет место между показателями депрессии и деперсонализации. Слабая, но значимая обратная связь получена между показателями депрессии и профессиональной успешности, т. е. чем выше медицинские работники оценивают свою успешность, тем ниже у них депрессивная симптоматика. Наиболее сильные и значимые связи из трех показателей профессионального выгорания с другими показателями эмоционального неблагополучия демонстрирует эмоциональное истощение, а наиболее слабые — профессиональная успешность. Высокий уровень согласованности данных по всем четырем методикам исследования свидетельствует о достаточной надежности полученных результатов.

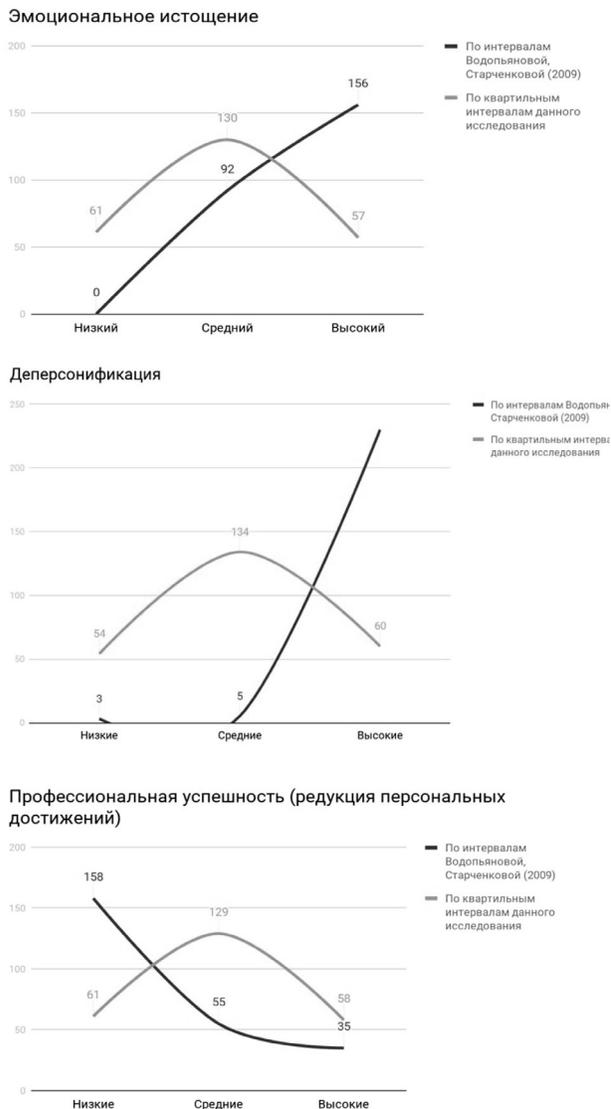


Рис. 2. Число респондентов, попадающих в интервалы низких, средних и высоких значений, полученные в смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360; Водопьянова, 2009), и квартильные интервалы в обследованной выборке медицинских работников во время пандемии (N=248)

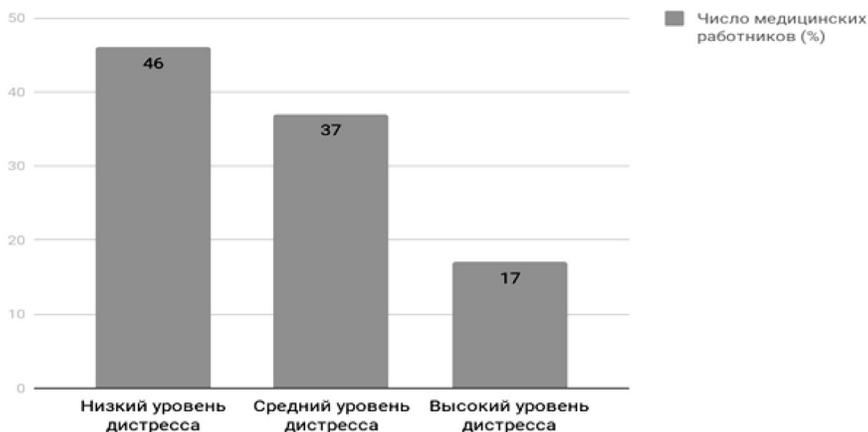


Рис. 3. Число (%). медицинских работников с различным уровнем эмоционального дистресса в период пандемии (N=248, методика «Термометр дистресса»)

Таблица 4

Корреляции между показателями депрессивной и тревожной симптоматики (шкалы депрессии и тревоги Бека), показателями профессионального выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) и уровнем эмоционального дистресса (методика «Термометр дистресса») в выборке медицинских работников во время пандемии (N=248)

Шкалы опросников	Симптомы депрессии	Симптомы тревоги	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность	Уровень дистресса
Симптомы депрессии	-	0,827**	0,799**	0,506**	- 0,235**	0,622**
Симптомы тревоги	0,827**	-	0,687**	0,406**	- 0,179**	0,594**
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	0,799	0,687**	-	0,616**	- 0,277**	0,712**
Деперсонификация (высокий уровень выгорания)	0,506	0,406**	0,616**	-	0,139*	0,425**

Шкалы опросников	Симптомы депрессии	Симптомы тревоги	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность	Уровень дистресса
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	- 0,235**	- 0,179**	- 0,277**	0,139*	-	- 0,164**
Уровень дистресса	0,622**	0,594**	0,712**	0,425**	- 0,164**	-

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

Ниже представлены результаты анализа оценки вклада медицинскими работниками той или иной области дистресса (всего 16 таких областей) в общий эмоциональный дистресс (табл. 5).

Таблица 5

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса на «3» и «4» балла (методика «Термометр дистресса», N=248) в период пандемии

Области эмоционального дистресса	Медицинские работники, N (%)
Беспокойство/тревога	72 (29%)
Нервозность	64 (26%)
Грусть/депрессия	48 (19%)
Сопротивление/нежелание идти на работу	71 (29%)
Пассивность	47 (19%)
Одиночество/чувство изоляции	48 (19%)
Страх заразиться/заразить	90 (36%)
Злость /раздражительность	64 (26%)
Скука/апатия	49 (20%)
Несогласие с руководством/недоверие	83 (34%)
Физический дискомфорт	59 (24%)
Организационные трудности	70 (28%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	41(17%)
Информационный шум	115 (46%)
Агрессивное поведение пациентов	40 (16%)
Нехватка медицинских средств защиты	99 (40%)

Около трети и более из опрошенных респондентов достаточно высоко оценили следующие области дистресса: уровень тревоги, нежелание идти на работу, страх заразиться, несогласие с руководством или недоверие к нему, организационные трудности, информационный шум и нехватка медицинских средств. На первое место по значимости негативного влияния попадают информационный шум (отметила почти половина опрошенных) и нехватка медицинских средств защиты (40%).

Все области эмоционального дистресса были объединены в пять доменов (эмоциональные, физические, организационные и коммуникативные проблемы, отдельно с руководством и с пациентами). Ниже приводится таблица с корреляциями, отражающими значимость различных доменов для общего балла дистресса (табл. 6).

Таблица 6

Корреляции между общим баллом эмоционального дистресса и средними показателями различных доменов проблемных областей в выборке медицинских работников во время пандемии (методика «Термометр дистресса», N=248)

Домены	Средний показатель «Термометра дистресса» по 10-балльной шкале
Эмоциональные проблемы	0,717**
Физические проблемы	0,526**
Организационные проблемы	0,595**
Коммуникативные проблемы (пациенты)	0,476**
Коммуникативные проблемы (руководство)	0,485**

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

Как видно из табл. 6, наиболее сильную и высокосignificantную корреляцию с общим показателем эмоционального дистресса демонстрирует домен эмоциональных проблем, включающий различные негативные эмоции, в том числе страх заражения и чувство одиночества и изоляции. Следующая по силе корреляция представлена организационными проблемами (включает проблемы в распределении обязанностей, нехватку средств защиты и необходимость осваивать новую непривычную работу). Затем следуют физические проблемы, связанные с необходимостью пользования защитной одеждой и дефицитом сна, и примерно одинаковый вклад вносят коммуникативные проблемы с руководством (информационный шум, недоверие и несогласие) и с пациентами в виде агрессии со стороны последних.

Таким образом, в обследованной выборке медицинских работников, профессиональная деятельность которых осуществляется в период пандемии COVID-19, отмечаются экстремально высокие показатели профессионального выгорания и тревоги, повышенные показатели депрессии и суицидальной направленности, высокие показатели эмоционального дистресса, особенно значимый вклад в который вносят негативные эмоции (страх заражения, переживания одиночества и изоляции), а также организационные проблемы (особенно нехватка средств защиты и информационный шум).

Сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия среди медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19

В табл. 7 приводятся данные по высоким показателям профессионального выгорания в выборках медицинских работников, оказывающих и не оказывающих помощь пациентам с COVID-19.

Таблица 7

Число (%) медицинских работников с высоким уровнем выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Параметры профессионального выгорания	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	64 (67%)	87 (57%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	94 (99%)	135 (89%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	11 (11%)	23 (15%)

Практически все медицинские работники, непосредственно работающие с пациентами с COVID-19, отмечают выраженные симптомы эмоционального истощения и деперсонализации. В группе медицинских работников, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19, высокие показатели по этим параметрам также имеют место у большинства сотрудников. Всего у 11% сотрудников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, и у 15% сотрудников, не задействованных в этой работе, выявлен высокий уровень выгорания по шкале «Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)». Эти данные получены при распределении медицинских работников по интервалам, полученным в смешанной выборке до ситуации пандемии [2].

Согласно квартильным интервалам данной выборки, в группе специалистов, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 (N=96), высокий уровень выгорания по шкале эмоционального истощения имеют 30 человек (38%), по шкале деперсонализации — 34 человека (35%), по шкале профессиональной успешности — 15 человек (16%). В группе специалистов, не оказывающих помощь пациентам с COVID-19 (N=152), высокие показатели выгорания по шкале эмоционального истощения имеют 20 человек (13% выборки), по шкале деперсонализации — 28 человек (18% выборки) и по шкале профессиональной успешности — 43 человека (28% выборки). Бросается в глаза разница в структуре показателей выгорания в обеих выборках. Более чем у трети специалистов, занятых в оказании помощи больным с COVID-19, отмечаются высокие показатели выгорания по шкале эмоционального истощения и деперсонализации, и лишь 13% этой группы попадают в зону высоких значений выгорания по критерию профессиональной успешности. То есть несмотря на эмоциональное истощение и формализацию отношений с больными, эти специалисты сохраняют высокую профессиональную мотивацию. В группе не занятых с больными COVID-19 отмечается противоположная картина: менее 20% имеют высокие показатели выгорания по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации, но почти треть выборки отмечают снижение профессиональной мотивации и удовлетворения от работы. Это может быть связано с высокой неопределенностью положения врачей, не задействованных в работе с последствиями пандемии, перепрофилированием многих отделений и сложностями поступления в стационар других категорий пациентов.

В табл. 8 сравниваются средние значения всех трех показателей профессионального выгорания в двух выборках медицинских работников.

Таблица 8

Сравнение средних значений показателей профессионального выгорания у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (опросник профессионального выгорания К. Маслач)

Профессиональное выгорание	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19 (N=96), M (SD)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений (N=152), M (SD)	p
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	34,51 (15,16)	28,26 (12,02)	0,001
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	19,67 (5,34)	16,72 (5,51)	0,000
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	39,68 (9,43)	36,97 (10,23)	0,018

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

Согласно табл. 8, существуют статистически значимые различия между группами по всем шкалам. Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, отличаются значимо более высокими показателями по параметру эмоционального истощения и деперсонализации, т. е. у них сильнее выражены усталость и раздражение, связанные с работой, и они более формальны и дистанцированы в общении с пациентами. Что касается оценки своей успешности как профессионалов, то средний показатель выше в группе специалистов, оказывающих помощь пациентам с COVID-19. Высокие показатели по этой шкале говорят о росте ощущения своей профессиональной значимости и успешности, и наоборот, чем ниже показатели, тем более выражена редукция профессиональных достижений, а значит, выше уровень выгорания. Таким образом, медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, чувствуют большую значимость своей профессии и более мотивированы.

Ниже сравниваются показатели депрессивной и тревожной симптоматики в двух группах сотрудников, а также выраженность суицидальных тенденций у работающих и не работающих с пациентами с COVID-19 в период пандемии (табл. 9, 10).

Таблица 9

Сравнение средних значений показателей депрессивной и тревожной симптоматики у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (шкалы депрессии и тревоги Бека)

Эмоциональная дезадаптация	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19 (N=96), M (SD)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений (N=152), M (SD)	p
Депрессия	14,83 (12,45)	10,95 (8,46)	0,034
Тревога	12,63 (12,86)	8,5 (8,65)	0,009

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

Как видно из табл. 9, имеют место значимые статистические различия в показателях двух сравниваемых групп. У сотрудников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, более выражены симптомы и тревоги, и депрессии. Ниже представлена таблица с данными о выраженности суицидальной направленности в двух выборках (табл. 10).

Таблица 10

Выраженность суицидальных мыслей и намерений у медицинских работников, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (шкала депрессии Бека)

Суицидальные мысли и намерения	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Суицидальные мысли	10 (11%)	11 (7%)
Суицидальные намерения	2 (3%)	2 (1%)

Согласно полученным данным, суицидальная направленность имеет место у 14% задействованных в работе с пациентами с COVID-19 (суицидальные мысли у 11% и намерения у 3%). Среди работающих в других отделениях показатели несколько меньше, но тоже вызывают тревогу: 7% медицинских работников имеют суицидальные мысли, 1% — намерения.

Ниже в виде диаграммы представлены результаты обработки методики «Термометр дистресса».

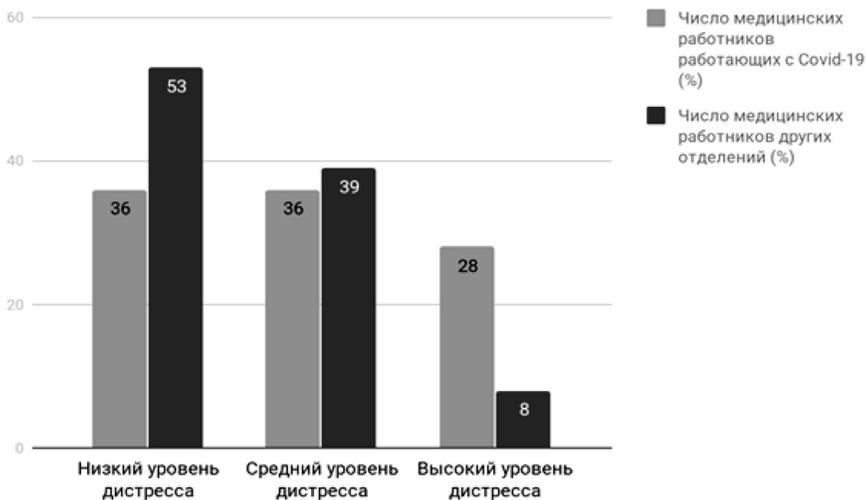


Рис. 4. Число (%) медицинских работников в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19, с разным уровнем дистресса в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Как видно на рис. 4, среди сотрудников, работающих с COVID-19, более чем в три раза чаще встречается высокий уровень эмоционального дистресса.

В табл. 11 сравнивается вклад различных проблемных областей в общий уровень дистресса у медицинских работников обеих групп.

Как видно из табл. 11, значительно больший процент сотрудников, работающих с COVID-19, отметили целый ряд проблемных областей в качестве значимых для уровня дистресса. Так, больший процент сотрудников высоко оценивают вклад в общее беспокойство таких параметров, как страх заразиться, недоверие руководству или несогласие с ним, организационные трудности и нехватка медицинских средств. Более половины работающих с COVID-19 оценивают вклад информационного шума в уровень дистресса как значимый, почти половина серьезно озабочены нехваткой медицинских средств.

Итак, медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются более высокими показателями профессионального выгорания, депрессии, тревоги и суицидальной направленности, более высоким уровнем эмоционального дистресса, в

Таблица 11

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса в «3» и «4» балла в группах, оказывающих (N=96) и не оказывающих (N=152) помощь пациентам с COVID-19 в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Факторы	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, N (%)	Медицинские работники других отделений медицинских учреждений, N (%)
Беспокойство/тревога	37 (39%)	35 (23%)
Нервозность	36 (38%)	28 (19%)
Грусть/депрессия	26 (27%)	21 (14%)
Сопrotивление/нежелание идти на работу	38 (39%)	32 (11%)
Пассивность	22 (23%)	26 (17%)
Одиночество/чувство изоляции	21 (22%)	27 (18%)
Страх заразиться/заразить	42(44%)	48 (32%)
Злость /раздражительность	36 (38%)	28 (19%)
Скука/апатия	25 (26%)	24 (16%)
Несогласие с руководством/недоверие	43 (45%)	40 (26%)
Физический дискомфорт	35 (37%)	24 (16%)
Организационные трудности	45 (47%)	26 (17%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	23 (24%)	18 (12%)
Информационный шум	54 (56%)	61(40%)
Агрессивное поведение пациентов	23 (24%)	10 (11%)
Нехватка медицинских средств защиты	46 (48%)	53 (35%)

который вносят наиболее важный вклад такие области, как информационный шум и нехватка медицинских средств.

Сравнительный анализ показателей психологического неблагополучия в выборках медицинских работников из Москвы и из регионов

В табл. 12 приводятся результаты по высоким показателям профессионального выгорания в выборках медицинских работников из Москвы и регионов.

Таблица 12

Число (%) медицинских работников с высокими показателями выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии, согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Различные параметры профессионального выгорания	Медицинские работники из регионов, N (%)	Медицинские работники из Москвы, N (%)
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	68 (68%)	83 (57%)
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	97 (96%)	132 (90%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	15 (15%)	19 (13%)

В обеих группах более половины медицинских сотрудников испытывают выраженные симптомы эмоционального истощения. Рост количества высоких оценок по деперсонализации у специалистов говорит о более формальном отношении к пациентам, которое может носить защитный характер. Различий в группах по параметрам профессионального выгорания не выявлено, что подтверждается сравнительным статистическим анализом с использованием критерия Манна—Уитни (табл. 13).

Таблица 13

Сравнение средних значений показателей профессионального выгорания в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (опросник профессионального выгорания К. Маслач)

Профессиональное выгорание	Медицинские работники из регионов (N=102), M (SD)	Медицинские работники из Москвы (N=146), M (SD)	p
Эмоциональное истощение (высокий уровень выгорания)	30,62 (11,14)	29,63 (12,79)	0,343
Деперсонализация (высокий уровень выгорания)	18,09 (5,18)	17,76 (5,94)	0,865
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	37,59 (9,74)	38,34 (10,24)	0,494

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

Согласно данным табл. 13, отсутствуют статистически значимые различия между средними показателями эмоционального истощения, деперсонализации и профессиональной успешности между сравниваемыми группами. Однако данные в следующей таблице показывают, что медицинские работники из регионов отличаются значительно более выраженными симптомами депрессии и тревоги по шкалам Бека (табл. 14).

Таблица 14
Сравнение средних значений показателей депрессивной и тревожной симптоматики в группах медицинских работников из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (шкалы депрессии и тревоги Бека)

Эмоциональная дезадаптация	Медицинские работники из регионов N=102, M (SD)	Медицинские работники из Москвы N=146, M (SD)	p
Депрессия	14,34 (10,13)	11,14 (10,38)	0,003
Тревога	11,75 (10,48)	9,08 (10,71)	0,001

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

Данные, приведенные в табл. 14, свидетельствуют о большем неблагополучии медицинских работников из регионов, что можно объяснить худшими условиями работы и более низкими зарплатами. Выраженность суицидальной направленности в обоих выборках примерно одинакова (табл. 15).

Таблица 15
Выраженность суицидальных мыслей и намерений у медицинских работников в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (шкала депрессии Бека)

Наличие суицидальных мыслей и намерений	Медицинские работники из регионов N (%)	Медицинские работники из Москвы N (%)
Суицидальные мысли	6 (6%)	13 (9%)
Суицидальные намерения	3 (3%)	1 (1%)

9% медицинских работников г. Москвы отмечают наличие суицидальных мыслей; 1% — суицидальных намерений. В регионах у 6% опрошенных есть суицидальные мысли, а у 3% — суицидальные намерения.

Ниже представлены результаты сравнения уровня эмоционального дистресса у сотрудников из регионов и из Москвы (рис. 5).

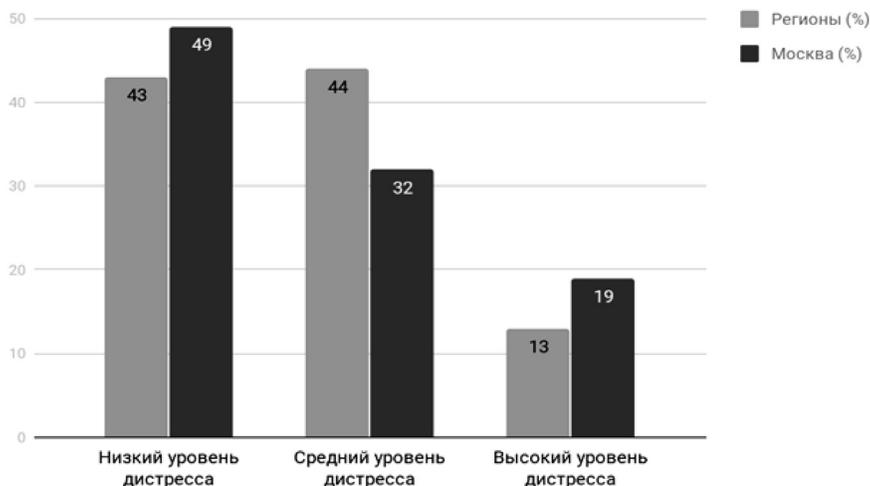


Рис. 5. Число (%) медицинских работников из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) с разным уровнем дистресса (методика «Термометр дистресса»)

Как видно на рис. 5, медицинские работники из Москвы более популярно распределились по показателям высокого и низкого уровня дистресса, в то время как большинство сотрудников из регионов дали средние и низкие оценки своему уровню эмоционального дистресса.

В табл. 16 представлены следующие данные: наиболее высокие оценки в группе сотрудников из региональных медицинских учреждений получили факторы: «нехватка медицинских средств» (55%), «информационный шум» (49%), «страх заразиться/заразить» (37%). Среди медицинских работников Москвы наибольшее количество максимальных оценок получили факторы «информационный шум» (45%), «несогласие с руководством» (31%), «организационные трудности» (33%) и «страх заразиться/заразить» (36%). Наибольшие различия в оценках получены в области беспокойства, связанного с нехваткой медицинских средств. Эта область дистресса серьезно беспокоила более половины опрошенных специалистов из регионов.

Таким образом, медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги. У них также чаще имеет место беспокойство, связанное с нехваткой средств защиты.

Прежде чем перейти к заключению и общим выводам по результатам проведенного исследования, представляется важным вернуться к фундаментальному анализу исследований психологической дезадаптации медицинских работников в периоды эпидемий, включая последнюю [11]. А именно к выделенным факторам-протекторам и рекомендациям

Таблица 16

Число (%) медицинских работников, оценивших уровень своего беспокойства в той или иной области эмоционального дистресса на «3» и «4» балла в группах из регионов (N=102) и из Москвы (N=146) в период пандемии (методика «Термометр дистресса»)

Проблемные области	Медицинские работники из регионов, N (%)	Медицинские работники из Москвы, N (%)
Беспокойство/тревога	33 (32%)	39 (27%)
Нервозность	27 (27%)	37 (25%)
Грусть/депрессия	13 (13%)	34 (23%)
Сопроотивление/нежелание идти на работу	31 (30%)	40 (27%)
Пассивность	18 (18%)	29 (20%)
Одиночество/чувство изоляции	16 (16%)	32 (22%)
Страх заразиться/заразить	38(37%)	52 (36%)
Злость /раздражительность	29 (29%)	35 (24%)
Скука/апатия	18 (18%)	31 (21%)
Несогласие с руководством/недоверие	38 (37%)	45 (31%)
Физический дискомфорт	22 (22%)	37 (25%)
Организационные трудности	23(23%)	48 (33%)
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	20 (20%)	21(14%)
Информационный шум	50 (49%)	65 (45%)
Агрессивное поведение пациентов	21 (21%)	19 (13%)
Нехватка медицинских средств защиты	55 (54%)	44 (30%)

по профилактике негативных последствий для психологического здоровья медиков, работающих в периоды эпидемий.

К таким факторам протекторам на основании обобщения целого ряда исследований в аналитическом обзоре Kisely et al. (2020) были отнесены следующие.

1. *Социально-психологические*: наличие поддержки со стороны родных и друзей; возможность безопасного контакта с ними; уверенность в своих силах и пользе своей работы; одобрение тяжести и важности работы со стороны общества; информация о выздоровлении заболевших коллег и общем снижении количества заболевших.

2. *Профессионально-организационные*: наличие продуктивного рабочего графика (с возможностью адекватного отдыха); возможность получить отпуск или перерыв при необходимости; наличие дополнительного образования и большого опыта работы; работа в качестве руководителя, а не исполнителя; наличие продуманных мер безопасности (доступной бесплатной сменной формы, жилья на время работы) и малого количества заболевших коллег; наличие возможности передать пожелания руководителю (работнику профсоюза, например). Отдельно хотелось бы подчеркнуть, что важное место в качестве фактора-протектора играло наличие психологической службы в учреждении. При этом важным условием выступали именно поддержка сотрудников со стороны служб, мероприятия по психообразованию, а не просто сбор информации [11].

К наиболее продуктивным мерам предотвращения (профилактики) возможного психологического неблагополучия медицинского персонала в обзоре были отнесены следующие [11].

1. *Социально-психологические*: предоставление СМИ информации о трудности работы персонала и поддержка с их стороны; создание в учреждении менее формальной, дружеской обстановки, особенно между старшим и средним медицинским персоналом; большее количество поддержки персонала со стороны семьи.

2. *Профессионально-организационные*: возможность получения навыков продуктивной коммуникации (психологических тренингов) и дополнительного образования по работе с эпидемиями; наличие отработанного строгого контроля за самочувствием персонала, как на этапе до заражения (пробы на наличие вируса), так и после (минимальный возможный карантин); наличие отработанного алгоритма по приему новых пациентов и уходу за уже поступившими, который снижает риск распространения инфекции (входное тестирование, наличие вентиляции и прочего); свободный доступ к СИЗ и возможность отдельного проживания при риске заражения семьи; наличие времени и места для отдыха, организация питания и связи с близкими при дежурном графике; возможность отказаться от работы с инфицированными пациентами. Также особо отмечается доступ к службам психологического сопровождения и наличие охраны или иного персонала для работы с пациентами в аффективном состоянии [11].

Как уже отмечалось выше, в результате аналитического обзора большого количества данных *Kisely et al.* было выявлено, что несмотря на пока еще малое количество исследований психологического благополучия медицинского персонала, работающего с COVID-19, выделенные ранее при изучении последствий других эпидемий общие факторы риска и факторы-протекторы неизменны, вне зависимости от типа инфекционного заболевания с которым работает персонал [11]. Таким образом, описанные методы профилактики, полученные в ходе работы с другими

вирусами, можно применять и сейчас, снижая количество и тяжесть последствий для персонала.

Обсуждение полученных результатов и ограничения проведенного исследования

Полученные данные о высокой степени профессионального выгорания и эмоционального неблагополучия у значительной части медицинских работников в период эпидемии в целом согласуются с данными других исследований. Правда, в отличие от многих исследований, не выявлено влияния возраста и пола на показатели психологического неблагополучия. Однако эти выводы нельзя считать окончательными, так как в выборке преобладали испытуемые молодого возраста, а также более двух третей выборки составляли женщины. Выделенные в методике «Термометр дистресса» проблемные области эмоционального дистресса не включали в себя целый ряд других факторов, которые были описаны в аналитическом обзоре *Kisely et al.* и приводятся в обобщенном виде в начале данной публикации [11]. Однако полностью подтвердились данные о негативном влиянии информационного шума, недостаточной обеспеченности средствами защиты, коммуникативных трудностях с руководством и больными у медицинских работников в период пандемии.

У медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19, зафиксирован более высокий уровень всех показателей психологического неблагополучия по сравнению с теми сотрудниками, которые не задействованы в этой работе. Исключение составляет степень удовлетворенности профессиональной деятельностью, которая выше у сотрудников, работающих с COVID-19, что может быть связано с осознанием высокой общественной значимости своей работы, признанием многими людьми их героических усилий по оказанию помощи и выражением благодарности им со стороны разных групп населения. В регионах у медицинских сотрудников отмечается более высокий уровень симптомов депрессии и тревоги, однако нет значимых различий в показателях профессионального выгорания по сравнению с медицинскими работниками московских учреждений здравоохранения. Хотя процент участников исследования, работающих с COVID-19, выше в Москве (67%), такое неблагополучие у участников из регионов могут объяснять более сложные условия работы и высокие риски. Дальнейшее расширение выборки позволит сделать более обоснованные выводы о влиянии разных факторов на показатели психологического неблагополучия медицинских работников во время пандемии, а также позволит оценить динамику этих показателей на разных этапах развития эпидемиологической ситуации в стране.

Выводы

В связи с эпидемией COVID-19 деятельность медицинских работников проходит в экстремальных условиях. Специалисты переносят чрезвычайные физические нагрузки, текущие задачи являются испытанием профессиональных навыков. Безусловно, в этот период значительно вырастает риск профессионального выгорания, а также манифестации депрессивных и тревожных расстройств.

На данный момент существует мало исследований профессионального стресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19. Однако в результате обобщения австралийскими и канадскими учеными [11] 59 наиболее надежных исследований, посвященных рискам психологической дезадаптации медработников во время различных эпидемий, выделяются следующие факторы риска: социодемографические (возраст респондента, низкий уровень дохода, наличие детей младшего возраста, хронические заболевания); профессиональные (например, контакт с больными COVID-19); организационные (недостаток СИЗ, ненормированный график, смена профессиональной деятельности, недостаточные выплаты) и психологические/психосоциальные (высокий уровень самокритицизма, сниженная самооэффективность, наличие психических расстройств, предшествующий опыт дистресса и стигматизация со стороны общества). Убедительно показано, что наличие доступа к психологической помощи и поддержке снижает риски профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации у специалистов.

В обследованной выборке большинство специалистов имеют высокие показатели профессионального выгорания по шкалам эмоционального истощения (61%) и деперсонификации (92%), согласно нормативным данным, полученным в смешанной выборке специалистов социальных профессий [2]. Исключение составляет показатель по шкале профессиональной успешности, по которой большинство специалистов (61%) имеют низкие показатели выгорания, что косвенно свидетельствует о высоком уровне мобилизации у специалистов и понимании ими своей важной роли в преодолении возникшей угрозы здоровью людей. Также выявлены высокие показатели симптомов тревоги, депрессии, эмоционального дистресса, в который особенно высокий вклад вносят негативные эмоции (такие как страх заражения, переживание одиночества и изоляции). Также усугубляют дистресс различные организационные проблемы, трудности в коммуникации с руководством и пациентами и физический дискомфорт, связанный с ношением защитного костюма и недостатком сна. У 10% участников исследования отмечается суицидальная направленность. Надежность полученных данных подтверждают высокосignификантные сильные и умеренные корреляции между показателями всех использованных методик.

Медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличаются от не включенных в эту работу специалистов более высокими показателями профессионального выгорания по шкалам эмоционального истощения и деперсонификации, но при этом более низкими показателями выгорания по шкале профессиональной успешности, т. е., несмотря на крайнюю усталость при работе с потоком пациентов, они остаются высоко мотивированными и осознают значимость и необходимость своей работы. При этом у них более высокие показатели симптомов депрессии и тревоги и более высокий уровень эмоционального дистресса, в который вносят важный вклад такие области, как страх заразиться, организационные трудности, недоверие (несогласие) руководству, информационный шум и нехватка медицинских средств. Медицинские работники из регионов отличаются от медицинских работников из Москвы более высокими показателями депрессии и тревоги, хотя среди них меньший процент задействован в работе с инфицированными пациентами, при этом у них также чаще имеет место беспокойство, связанное с нехваткой средств защиты, страхом заразиться, информационным шумом и с недоверием (несогласием) руководству.

Согласно зарубежным исследованиям, одно из ведущих мест в качестве фактора-протектора психического здоровья медицинских работников в условиях эпидемии играло наличие психологической службы в учреждении [11]. Таким образом, доступность психологического сопровождения и помощи медицинским работникам является важным фактором, наряду с другими перечисляемыми мерами профилактики: создание благоприятного социально-психологического фона в коллективе, меры социальной поддержки врачей (выплаты, предоставление в СМИ информации о трудностях работы персонала и поддержка с их стороны) и решение профессионально-организационных задач (обеспечение СИЗ, возможность получения навыков продуктивной коммуникации (тренингов), наличие отработанного строгого контроля за самочувствием персонала, возможность отдельного проживания при риске заражения семьи, наличие времени и места для отдыха, возможность отказаться от работы с инфицированными пациентами, наличие охраны или иного персонала для работы с пациентами в аффективном состоянии).

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть принципиальную значимость наличия психологической службы в учреждениях здравоохранения, что становится особенно ясно во время кризисных ситуаций. Так, сотрудники психологической службы НИИ СП имени Н.В. Склифосовского проводили тренинги по повышению психологической компетентности врачей до начала пандемии и активно включились в профилактическую работу после ее начала. Сразу после объявления карантина и первых сообщений о росте поступления пациентов с COVID-19 были подготовлены психообразователь-

ные материалы для медицинских работников и пациентов. Главный акцент в этих методических рекомендациях делался на методах релаксации и снижении уровня стресса, а также на усилении мотивации проявлять заботу о себе и регулярно применять методы психологической разгрузки, не требующие сколько-нибудь значительных временных затрат. Также психологической службой Института была разработана памятка для пациентов, в которой описаны этапы переживания болезни, психологические риски осложнения, рекомендации по совладанию с негативными переживаниями, предложены релаксационные техники и контакты психологической службы для консультаций по видеосвязи. Материалы были опубликованы на информационных площадках НИИ СП имени Н.В. Склифосовского и Московского государственного психолого-педагогического университета, а также раздавались специалистам и пациентам в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского. Было также подготовлено и начато данное исследование профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации у медицинских работников с целью дальнейшей разработки мер профилактики психологической дезадаптации и реабилитации медицинских работников в период пандемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 223 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А.* Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск, Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
4. *Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., и др.* Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39–49. URL: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104
5. *Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А.Ю., и др.* Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 2020. 48 с.
6. *Олейникова И.Н., Генс Г.П., Сирота Н.А.* Исследование дистресса у женщин, больных злокачественными новообразованиями [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php (дата обращения: 18.04.2020).
7. *Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., и др.* Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых [Электронный ресурс] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2019. Т. 6. № 4. С. 76–82. doi:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82

8. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States // *Annals of Internal Medicine*. 2019. Vol. 170 (11). P. 784—790. doi:10.7326/M18-1422
9. Holland J.C., Bultz B.D. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2007. Vol. 5 (1). P. 3—7. doi:10.6004/jnccn.2007.0003
10. Kang L., Ma S., Chen M., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study [Электронный ресурс] // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
11. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2020. URL: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1136/bmj.m1642
12. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 [Электронный ресурс] // *JAMA Network Open*. 2020. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229> (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

REFERENCES

1. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. [Burnout Syndrome: Diagnosis and Prevention. 2nd ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 223 p.
2. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 336 p.
3. Govorin N.V., Bodagova E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei [Mental health and quality of life of medical doctors]. Tomsk, Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p.
4. Matyushkina E.Ya., Roi A.P., Rakhmanina A.A., et al. Professional'nyy stress i professional'noye vygoranie u meditsinskikh rabotnikov [Occupational stress and burnout among healthcare professionals] [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Journal of Modern Foreign Psychology]*, 2020. Vol. 9 (1), pp. 39—49. Available at: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (Accessed 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Nikiforov V.V., Suranova T.G., Mironov A.Yu., et al. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19): etiologiya, epidemiologiya, klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika [Novel coronavirus infection (COVID-19): etiology, treatment and prevention]. Moscow, 2020. 48 p.
6. Oleinikova I.N., Gens G.P., Sirota N.A. Issledovanie distressa u zhenshchin, bol'nykh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami [Studying distress in women with malignant tumors] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i meditsinskaya*

- psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and Medical Psychology: Research, Education, Practice], 2014, no. 3 (5). Available at: http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article13.php (Accessed 18.04.2020).
7. Ryabova T.V., Nikol'skaya N.S., Stefanenko E.A., et al. Kontsept "emotsional'nyi distress" kak vozmozhnyi pokazatel' narushenii adaptatsii u detei/podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevaniyami i ukhazhivayushchikh za nimi vzroslykh [The concept of "emotional distress" as a possible indicator of maladaptation in children/adolescents with oncological and oncohematological diseases and their caregivers] [Elektronnyi resurs]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii* [Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology], 2019. Vol. 6 (4), pp. 76–82. doi:10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
 8. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 2019. Vol. 170 (11), pp. 784–790. doi:10.7326/M18-1422
 9. Holland J.C., Bultz B.D. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2007. Vol. 5 (1), pp. 3–7. doi:10.6004/jnccn.2007.0003
 10. Kang L., Ma S., Chen M., et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study [Elektronnyi resurs]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
 11. Kisely S., Warren N., McMahon L., et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *BMJ*, 2020. Available at: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1136/bmj.m1642
 12. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 [Elektronnyi resurs]. *JAMA Network Open*, 2020. Available at: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229> (Accessed 15.05.2020). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Информация об авторах

Петриков Сергей Сергеевич, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник ГБУЗ «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

Суроегина Анастасия Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

Микита Олеся Юрьевна, кандидат психологических наук, заведующая учебно-клиническим отделом, научный сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

Рой Анита Пранабовна, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7070-4973>, e-mail: anita010101@yandex.ru

Рахманина Анастасия Алексеевна, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «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

Information about the authors

Sergey S. Petrikov, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Director of the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3292-8789>, e-mail: petrikovss@sklif.mos.ru

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

Anastasiya Yu. Suroegina, PhD in Psychology, Senior Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2616-8923>, e-mail: suroegina@gmail.com

Olesya Yu. Mikita, PhD in Psychology, Head of Educational and Clinical Department, Researcher, Department of Kidney and Pancreas Transplantation, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

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

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

Получена 18.05.2020

Received 18.05.2020

Принята в печать 19.05.2020

Accepted 19.05.2020

УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ, ПРОХОДЯЩИХ СТАЖИРОВКУ В СКОРОПОМОЩНОМ СТАЦИОНАРЕ: ДАННЫЕ ДО СИТУАЦИИ ПАНДЕМИИ

Е.Я. МАТЮШКИНА

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>,
e-mail: Elena.matyushkina@gmail.com

О.Ю. МИКИТА

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,
e-mail: mikita-o@yandex.ru

А.Б. ХОЛМОГорова

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), ГБУЗ «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

Обзор современных исследований по проблеме профессионального выгорания молодых врачей и врачей-ординаторов показал, что наиболее высокие показатели эмоционального неблагополучия выявлены у молодых врачей, проходящих резидентуру в отделениях интенсивной терапии и скорой медицинской помощи. В статье приводятся результаты исследования 143 врачей-ординаторов многопрофильного скоропомощного стационара. Комплекс методик включал опросник профессионального выгорания К. Маслач, опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R

и анкету об отношении к профессиональным трудностям. Большинство молодых врачей отметили тесную связь проблем с физическим здоровьем и эмоциональным благополучием со своей профессиональной деятельностью. Подавляющее большинство опрошенных соответствуют высоким показателям выгорания по шкалам эмоционального истощения (69%) и деперсонализации (85%) опросника К. Маслач. Хотя большинство врачей-ординаторов не отметили наличие каких-либо проблем в коммуникации с пациентами, высокий уровень деперсонализации у подавляющего большинства респондентов может свидетельствовать не о высокой социальной компетентности молодых врачей, а о формализации их отношений с пациентами. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости разработки и внедрения в практику обучения врачей-ординаторов многопрофильного скоропомощного стационара мер, способствующих повышению их коммуникативной компетентности, преодолению дистресса и профилактики профессионального выгорания.

Ключевые слова: профессиональное выгорание врачей ординаторов, эмоциональное истощение, деперсонализация, профессиональная успешность, эмоциональный дистресс, психическое здоровье.

Для цитаты: Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скоропомощном стационаре: данные до ситуации пандемии // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 46—69. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280203>

BURNOUT LEVEL IN MEDICAL RESIDENTS DOING INTERNSHIP IN EMERGENCY MEDICINE HOSPITAL BEFORE THE PANDEMIC

ELENA YA. MATYUSHKINA

Moscow State University of Psychology & Education, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>,
e-mail: Elena.matyushkina@gmail.com

OLESYA Y. MIKITA

N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>,
e-mail: mikita-o@yandex.ru

ALLA B. KHOLMOGOROVA

Moscow State University of Psychology & Education, N.V. Sklifisovsky
Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,
e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

The review of modern studies on the issue of professional burnout in young doctors and medical residents revealed the highest emotional distress in young residents doing internships in intensive care and emergency units. The paper presents the results of the study on 143 medical residents in the multi-profile hospital of emergency medicine. The methodical complex used included Maslach Burnout Inventory, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) by L. Derogatis, and a survey on the attitude to professional troubles. Most young doctors pointed out the close relationship between problems with physical health and emotional wellbeing to their professional activity. The vast majority of the participants met the criteria for burnout, as indicated by high emotional exhaustion (69%) and depersonalization (85%) indications from the Maslach Inventory. Although most residents didn't endorse any problems in communicating with the patients, their high level of depersonalization is more likely to attest to formalizing their relationships with the patients as opposed to having high social competence. The yielded results let us conclude that it is necessary to develop and implement into training programs for medical residents of the multi-profile hospital of emergency medicine programs promoting their communication competence, coping with distress, and preventing professional burnout.

Keywords: professional burnout of medical residents, emotional exhaustion, depersonalization, professional successfulness, emotional distress, mental health.

For citation: Matyushkina E.Ya., Mikita O.Y., Kholmogorova A.B. Burnout Level in Medical Residents Doing Internship in Emergency Medicine Hospital before the Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 46–69. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280203>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Многочисленные исследования, выполненные в разных странах мира, показывают, что медицинские работники имеют наиболее высокие показатели профессионального выгорания и связанных с ними рисков для физического и психического здоровья на фоне всех других профессий [6]. В свою очередь, лидерами по показателям профессионального выгорания среди медицинских работников являются специалисты скоропомощных стационаров (*emergency medicine*) и отделений интенсивной терапии (*intensive care units*). Это объяснимо, исходя из высокой интенсивности труда в этих подразделениях, а также повышенных рисков и ответственности медицинского персонала в связи с тяжестью поступающих в такие стационары пациентов. Но и среди этих сотрудни-

ков можно выделить группу повышенного риска — это молодые врачи и врачи-ординаторы, которые не имеют пока большого опыта работы в таких условиях повышенной физической и психологической нагрузки.

Как утверждают эксперты по проблеме профессионального выгорания у медиков, столь высокие показатели неблагополучия остро ставят вопросы поиска путей сбережения здоровья специалистов в системе здравоохранения как важнейшего ресурса охраны здоровья населения в целом. Среди таких путей, помимо необходимости общего улучшения условий работы, эксперты выделяют повышение уровня психологической подготовки, коммуникативных компетенций врачей, их способности справляться со стрессом и заботиться о себе. В ведущих медицинских журналах уже не первый год звучат призывы экспертов, например заместителя декана Медицинской школы Стэнфорда и директора центра *WellMD* Т. Шейнфелда с коллегами, обратить внимание общества на тяжелое положение медиков как острую социокультурную проблему [18].

Наиболее фундаментальным систематическим обзором разных исследований профессионального выгорания у специалистов отделений интенсивной терапии является систематический обзор сотрудников Национального Тайваньского университетского госпиталя, которые на основе анализа целого ряда баз данных с научными статьями, посвященных указанной теме с 1996 по 2016 гг. (всего было проанализировано более 200 статей) отобрали 25 с наиболее научно обоснованным дизайном и данными о факторах профессионального выгорания [8]. Данные, полученные на основе классического международного инструмента диагностики уровня профессионального выгорания — опросника Кристины Маслач [14], — свидетельствуют об очень высоком разбросе показателей. В разных странах процент специалистов с высоким уровнем выгорания в системе интенсивной помощи колеблется от 4% до 47%.

Структура профессионального выгорания, согласно общепризнанной модели К. Маслач [14], положенной в основу опросника, включает три основных показателя: эмоциональное истощение, деперсонализацию (формальные, эмоционально отстраненные отношения с пациентами) и редукцию профессиональных достижений. Высокие показатели по этим отдельным шкалам в ряде проанализированных исследований могли отмечаться у 60% специалистов и более. Среди факторов, способствующих выгоранию специалистов отделений интенсивной помощи, были выделены следующие: молодой возраст, женский пол, отсутствие семьи, высокий уровень нейротизма, большая нагрузка, включая сверхурочные часы, необходимость принимать сложные этические решения, в том числе связанные с жизнью пациентов.

Выделенные факторы перекликаются с данными других исследований. Так, разными авторами показано, что молодой возраст и связанный

с этим недостаточный опыт способствуют повышенному риску выгорания. Например, высокие показатели выгорания отмечаются также у 76% молодых врачей, обучающихся в резидентуре в США [13].

Этот факт особенно важен для нашего исследования, в котором принимали участие молодые врачи, проходящие обучение в ординатуре. В некоторых странах возникают объединения молодых врачей, деятельность которых направлена на защиту прав и профилактику выгорания молодых специалистов. Сравнительно недавнее исследование молодых врачей в Нидерландах было проведено такой организацией и показало, что каждый пятый молодой врач страдает от выгорания [12]. Об этом говорят результаты опроса врачей-резидентов (т. е. врачей, проходящих обучение по медицинской специальности при продолжительности резидентуры в Нидерландах 4 года).

Среди важных причин выгорания в упомянутом исследовании молодых врачей называются высокая рабочая нагрузка и нарушение баланса между работой и частной жизнью. Средняя переработка за неделю составляла 8 часов, которые никак не компенсируются. Лишь один человек из семи мог регулярно взять паузу в работе. Помимо этого, лишь 15% молодых врачей по окончании рабочего дня могли отправиться сразу домой. После дежурств (например, вечерней или ночной смены) менее 10% могли отправиться домой отдыхать. Из исследования также выяснилось, что при продолжительном отсутствии, например, в связи с болезнью или беременностью, в 70% случаев им не организуется никакой замены. Член правления Организации молодых специалистов Вики Сомерс считает такую ситуацию очень тревожной, так как это означает дополнительную нагрузку на других врачей, что повышает для них вероятность появления проблем со здоровьем: «Мы считаем, что работодатели должны брать ответственность на себя, чтобы обеспечить врачам безопасные и не угрожающие их здоровью условия работы» [12], поэтому Организация молодых врачей также планирует улучшить информирование молодых врачей об их правах на работе, организовать воркшопы в больницах и предложить решения, при которых не пострадает качество врачебной подготовки.

Еще одно исследование было проведено во Франции в трех отделениях для оказания срочной медицинской помощи [11]. Из 529 сотрудников, включая врачей и парамедицинские категории сотрудников, удалось опросить 379 (71,6% от всех сотрудников). Высокий уровень выгорания оказался характерен для 34% обследованных. Среди них наиболее подверженными риску выгорания оказались врачи: каждый второй врач скоропомощного стационара (т. е. 50% врачей) имели признаки высокого уровня выгорания по показателям эмоционального истощения и деперсонификации опросника К. Маслач. В качестве двух основных факторов выгорания среди большого количества изученных перемен-

ных авторы называют два: уровень рабочей нагрузки и показатели психического здоровья. Соотнося полученные данные с предшествующими исследованиями своих коллег в разных странах, авторы указывают на очень большой разброс данных относительно уровня выгорания сотрудников этих стационаров — от 11% до 71%. При этом чаще имеют место показатели выше 50%.

Уровень выгорания исследовался на всех ступенях медицинского образования, начиная со студентов-медиков, среди которых примерно каждый второй отмечает у себя высокий уровень симптомов выгорания [10]. В 2019 г. несколько выпусков журнала *International Review of Psychiatry* было посвящено проблемам психического здоровья студентов-медиков в различных областях и странах (Англия, Уэллс, Новая Зеландия, Канада, Бразилия и другие). В исследованиях использовался Олденбургский опросник профессионального выгорания, данные которого впечатляют — более 70% студентов-медиков подвержены выгоранию. Более 30% из обследованных нуждаются в психиатрической помощи или уже лечатся от депрессии и тревожных расстройств, более 20% употребляют регулярно наркотики и алкоголь. При этом после окончания мединститута им предстоит стажировка в резидентуре, где рабочая нагрузка и ответственность очень высоки. Дополнительным фактором выгорания становится финансовый фактор — необходимость выплачивать большой долг за кредит на обучение профессии медика. У российских медиков финансовый фактор связан с длительным и очень сложным обучением профессии и низкими зарплатами во многих регионах России [3].

Уровень выгорания в ординатуре у врачей-ординаторов недостаточно изучен на сегодняшний день. Имеющиеся данные представляют особый интерес в контексте нашего исследования. Они показывают, что уровень выгорания после окончания обучения в университете у молодых специалистов продолжает расти. Так, в исследовании Тейт Шанафельт и др. (*Shanafelt et al.*) в 2012 г. было обнаружено, что 76% из 87 обследованных врачей-ординаторов соответствуют критериям высокого уровня выгорания [17; 19]. Более позднее исследование, обобщая данные обследованных 3588 ординаторов второго года, выявило высокий уровень по хотя бы одному из трех параметров выгорания у 45,2 % молодых врачей в течение недели [9]. Недавний систематический обзор 26 исследований, которые в общей сложности включали 4664 врачей-ординаторов разных специальностей, работающих в разных стационарах, обнаружили высокий уровень выгорания у 35,7% из них [15]. Такое раннее выгорание в начале карьеры по ряду данных может быть предиктором высокого риска выгорания на более поздних этапах врачебной карьеры, как было показано в лонгитюдном исследовании 81 ординатора, карьера и показатели выгорания у которых отслеживались на протяжении 10 лет [16].

В одном из самых последних фундаментальных обзоров проблемы Кристина Стегман (*C. Stehman*) с коллегами проводят детальный анализ причин и последствий выгорания у врачей, работающих в стационарах неотложной помощи [20]. Авторы считают необходимым учитывать всю совокупность факторов — от личностных до интерперсональных и организационных. В целом, у специалистов всех профессий выгорание тесно связано с ростом часов работы, т. е. непосредственной рабочей нагрузки. У врачей стационаров неотложной помощи к этому прибавляется необходимость ночных дежурств (нарушение циркадных ритмов, хроническая усталость), работа в выходные и праздники в сочетании с повышенной ответственностью и целым рядом сложных этических, эмоциональных и коммуникативных проблем в связи с тяжестью контингента пациентов (повышенная частота смертельных и неблагоприятных исходов, претензий и обвинений со стороны родственников и т. д.).

Одно из серьезных последствий перечисленных нагрузок, на которое указывают авторы обзора — так называемый синдром вторичной жертвы (*second victim syndrome — SVS*) — груз переживаний врача в связи с плохими результатами лечения, которые часто связаны с системными и организационными проблемами и далеко не всегда зависят от него лично. Однако это, как правило, не понимается родственниками и обществом, и объектом агрессии и претензий оказывается врач. Необходимо отметить повышенный риск депрессивных состояний и суицида как еще одно тяжелое последствие всей совокупности перечисленных факторов.

Отмечается также, что важный вклад в рост одного из важнейших показателей выгорания — деперсонализации или формального и выхолащенного стиля общения с пациентами — вносит использование обязательных систем электронного медицинского учета (*electronic health records*) и компьютеризированной системы регистрации медицинских назначений, которая отнимает внимание у самого пациента и занимает значительную часть рабочего времени врачей. Это также значительно снижает общую удовлетворенность от работы, сужая возможности эмоционального контакта врача с обратившимися за помощью [20].

Проведенный анализ последних зарубежных исследований показывает, что молодые врачи-ординаторы, работающие в скоропомощных стационарах и отделениях интенсивной терапии, представляют собой группу высокого риска по профессиональному выгоранию и проблемам с психическим здоровьем. Исследований, посвященных именно этому контингенту, явно недостаточно на фоне неуклонно растущего числа исследований выгорания у медиков в целом. Кроме того, в современной ситуации пандемии коронавирусной инфекции, охватившей фактически весь мир, важно учитывать уровень выгорания молодых врачей до начала эпидемии, чтобы уменьшить риски нагрузки, которая ложится на них в настоящее время.

Метод

Процедура исследования. Ординаторам скоропомощного стационара первого и второго года обучения было предложено заполнить комплект диагностических опросников, направленных на выявление имеющихся профессиональных трудностей, а также эмоциональных и телесных жалоб, связанных с работой. Заполнение опросников осуществлялось в гугл-формах, добровольно и анонимно с получением информированного согласия от каждого респондента в строгом соответствии с этическим кодексом Российского общества психологов. Время заполнения опросников составляло 40–60 минут.

Выборка. Были получены данные 143 врачей-ординаторов многопрофильного скоропомощного стационара. Выборка включала 60 мужчин и 83 женщины. Распределение респондентов по возрасту и стажу представлено на рис. 1.

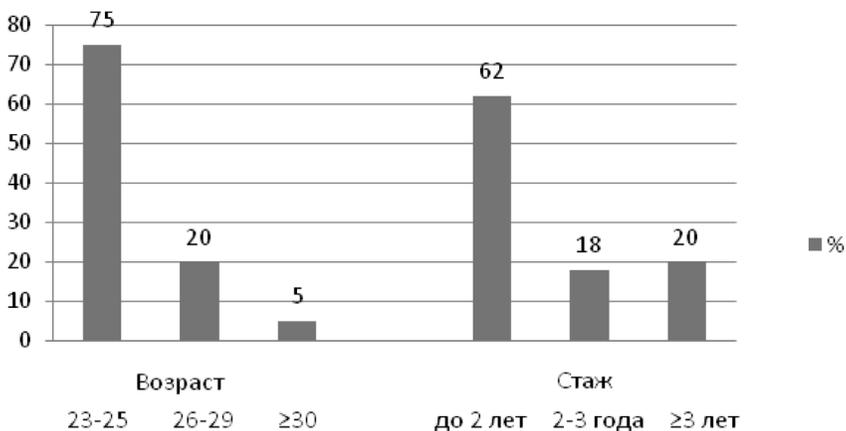


Рис. 1. Диаграмма распределения респондентов по возрасту и стажу (%)

Диаграмма показывает, что подавляющее большинство исследуемой выборки (75%) составляют врачи-ординаторы в возрасте от 23 до 25 лет, т. е. недавно закончившие медицинский институт, 29 человек (20%) моложе 30 лет (от 26 до 29 лет) и только 7 человек (5%) старше 30 лет. Средний возраст респондентов исследуемой выборки — 25,4 года.

Из той же диаграммы видно, что почти 2/3 выборки (62%) составили врачи-ординаторы со стажем работы в медицине до 2 лет. Стаж работы от 2 до 3 лет имели 26 респондентов (18%) и 28 испытуемых (20%) работали в медицине более 3 лет. Средний стаж работы в медицине по всей выборке —

2,5 года. Все респонденты, в том числе старше 30 лет и с более длительным стажем работы в медицине, имели небольшой стаж работы в должности врачей. Большинство ординаторов проходили второй год стажировки.

Распределение респондентов по направлениям специализации было следующим. Почти 1/3 исследуемой выборки составляли ординаторы-хирурги (41 человек, 29%). Вместе со специалистами по функциональной диагностике (31 человек, 22%) они составляли половину исследуемой выборки (51%). Еще одну треть выборки (32%) составили врачи трех специализаций: анестезиологи (21 человек), терапевты (15 человек) и неврологи (10 человек). Остальные 25 человек (17%) работают по семи другим медицинским специальностям (6 — кардиология, 6 — компьютерная томография, 4 — рентгенология, 3 — гинекология, 3 — эндоскопия, 2 — УЗИ, 1 — педиатрия).

Согласно ряду нормативных документов, основная задача ординатуры в РФ — подготовка высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения или в порядке частной практики. Основные задачи обучающихся — углубленное изучение методологических, клинических и медико-социальных основ медицинских наук, формирование умений и навыков самостоятельной профессиональной деятельности. Врачи для обучения в ординатуре отбираются по конкурсу. Срок обучения в ординатуре составляет 2 года. По итогам обучения сдается трехступенчатый квалификационный экзамен (с 2019 г. по окончании обучения ординаторы проходят первичную специализированную аккредитацию). Обучение ординаторов осуществляется по специальностям, предусмотренным действующей «Номенклатурой врачебных специальностей», в соответствии с учебным планом и программой по каждой специальности и проходит в клинических отделениях под кураторством наставников-педагогов из числа научных сотрудников и врачей-практиков.

Работа врачебного персонала, в том числе и нагрузка врачей-ординаторов в скорпомощном стационаре, носит интенсивный характер, связана с круглосуточным поступлением большого количества пациентов, часто в тяжелом состоянии, с необходимостью оказания им высококвалифицированной неотложной помощи, высокой степенью ответственности при оказании такой помощи. Обучаясь и работая вместе с наставниками в отделениях НИИ СП на протяжении 2 лет, ординаторы часто совмещают обучение с работой в других местах для получения возможности оплачивать свое обучение и финансово поддерживать свои семьи. Все это перекликается с данными зарубежных исследований и служит основанием полагать, что такая интенсивная физическая и психологическая нагрузка является фактором психологического выгорания молодых специалистов.

Методики исследования. Анкета участника исследования включала социодемографические сведения, вопросы о профиле медицинской деятель-

ности и отношении к профессиональным трудностям. После сообщения общих сведений (возраст, стаж, специализация) испытуемым предлагалось ответить на вопрос: «Если оценить все имеющиеся у Вас жалобы эмоционального и/или телесного характера, как Вам кажется, насколько они связаны с Вашей работой (спровоцированы или обусловлены ею)? В соответствии с Вашей субъективной оценкой, укажите, пожалуйста, нужную цифру в процентах». Следующие несколько вопросов выявляли взаимосвязь этих жалоб с необходимостью работать сверхурочно, делегировать свои полномочия другим и пропускать рабочие смены из-за физического недомогания; выбор осуществлялся из двух вариантов «да» или «нет». Остальные вопросы выявляли наличие конкретных профессиональных трудностей (установление контакта с пациентом, конфликты с пациентами, необходимость сообщения плохого диагноза, негативные эмоции при общении) и оценивались по 4-балльной шкале: «1» балл, если трудности проявляются очень часто, «2» — часто, «3» — иногда, «4» — никогда. Наличие трудностей соответствовало выбору оценок «1» и «2». Также по 4-балльной шкале оценивалась потребность врачей-ординаторов в психологической помощи.

Опросник профессионального выгорания, версия для медицинских работников (Maslach Burnout Inventory, MBI), широко применяется в международной практике для оценки уровня профессионального выгорания у медицинских работников, адаптация в российской выборке для работников социальных профессий произведена Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [1; 2]. Опросник содержит 22 пункта и включает три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Профессиональная успешность». О высоком уровне профессионального выгорания свидетельствуют высокие баллы по двум первым шкалам и низкие баллы по третьей шкале «Профессиональная успешность», т. е., чем ниже специалист оценивает свою профессиональную успешность, тем выше его уровень профессионального выгорания. Проверка согласованности эмпирических распределений шкал с нормальным распределением на выборке из 360 представителей социальных профессий [2] показала, что их распределения не отличаются статистически значимо от нормальных. Таким образом, полученные данные могут рассматриваться как устойчивые — репрезентативные по отношению к генеральной совокупности и могут служить основой для определения тестовых норм для работников социальных профессий. Для обозначения второй шкалы опросника вместо термина «деперсонализация», который в психиатрии используется для обозначения психопатологического симптома нарушения чувства собственного Я, во избежание путаницы, в нашем исследовании используется более корректный термин «деперсонификация» [5; 6].

Опросник психопатологической симптоматики SCL-90-R (L. Derogatis, 1976, адаптация Н.В. Тарабриной, 1992). Методика используется для диа-

гностики выраженности психопатологических симптомов в популяционных и клинических исследованиях и включает 90 вопросов, направленных на выявление следующих симптомокомплексов: соматизация (дистресс, связанный с телесными дисфункциями); обсессивно-компульсивная симптоматика (навязчивые мысли и действия); межличностная сензитивность (чувство личностной неполноценности при сравнении себя с другими и негативные ожидания от межличностного взаимодействия); депрессия (потеря интереса к жизни, отсутствие жизненной энергии, чувство безнадежности); тревожность (чувства опасения, страха, приступы паники); враждебность (чувства агрессии, гнева, негодования); фобическая тревожность (иррациональная реакция страха, приводящая к избеганию определенных людей или событий); паранойяльные симптомы (враждебность, подозрительность, страх потери независимости); психотизм (в континууме от умеренной межличностной изоляции до явных признаков психотизма). Интегральный показатель выявляет общую тяжесть дистресса [4].

Статистическая обработка данных включала описательные статистики, непараметрический критерий Манна—Уитни, корреляционный анализ Спирмена (SPSS-22).

Результаты

В табл. 1 представлено распределение респондентов, в зависимости от характера ответа на вопрос о взаимосвязи имеющихся у них жалоб на физическое здоровье и негативное эмоциональное состояние с их профессиональной деятельностью (результаты обработки анкеты).

Таблица 1

Число обследованных врачей-ординаторов, связывающих свои проблемы с физическим здоровьем и эмоциональным благополучием со своей профессиональной деятельностью (N=143)

Степень связи жалоб на физическое здоровье и эмоциональное неблагополучие с работой	Связаны от 0 до 10% жалоб, N (%)	Связано около четверти жалоб, N (%)	Связано около половины жалоб, N (%)	Связано около трех четвертей жалоб, N (%)	Связаны более 90% жалоб, N (%)
% врачей-ординаторов, связывающих свои проблемы с физическим здоровьем и эмоциональным благополучием с работой	33 (23%)	42 (29,4%)	37 (25,9%)	26 (18,2%)	5 (3,5%)

Как видно из табл. 1, 47,6% (68 человек) врачей-ординаторов скоропомощного стационара связывают от половины до 100% своих жалоб на физическое здоровье и эмоциональное благополучие с особенностями своей профессиональной деятельности. Кроме того, по данным анкетирования 56% (80 человек) вследствие этих трудностей (телесного и эмоционального характера) были вынуждены работать сверхурочно; 36% (52 человека) группы врачей-ординаторов из-за указанных трудностей с физическим здоровьем и эмоциональным благополучием делегировали коллегам часть своих полномочий. Важно подчеркнуть, что половина (72 человека) из обследованных врачей-ординаторов скорпомощного стационара хотели бы получить психологическую помощь.

Ответы на вопросы анкеты, связанные с имеющимися коммуникативными трудностями, создают впечатление, что подавляющее большинство врачей-ординаторов субъективно достаточно высоко оценивают свою социальную компетентность и не испытывают значительных трудностей в ситуациях коммуникации с пациентами и их родственниками (табл. 2).

Таблица 2

Число обследованных врачей-ординаторов, испытывающих трудности в различных ситуациях коммуникации с пациентами и их родственниками (N=143)

Ситуации коммуникации с пациентами и родственниками, в которых врачи-ординаторы испытывают трудности	При установлении контакта, N (%)	В ситуации конфликта и агрессии, N (%)	При необходимости сообщить плохие новости, N (%)	Слишком эмоционально реагируют на проблемы пациентов, N (%)	Испытывают большое количество негативных эмоций при общении, N (%)
% врачей, испытывающих те или иные трудности	23 (16%)	21 (15%)	32 (22%)	20 (14%)	19 (13%)

Как видно из табл. 2, такие трудности испытывают не более пятой части всех обследованных. Однако обращение к данным опросника профессионального выгорания К. Маслач, показывает, что это субъективное отсутствие коммуникативных трудностей объясняется совсем не высоким уровнем компетентности, а совладающей стратегией личностного отстранения и обезличивания общения с пациентами — так называемой деперсонификацией — одним из показателей профессионального выгорания, который более грубо расшифровывается как профессиональный цинизм.

Ниже, в табл. 3 представлены результаты обработки данных опросника профессионального выгорания (*Maslach Burnout Inventory, MBI*). Интервалы значений были выделены в репрезентативной выборке из 360 российских специалистов социальных профессий: медицинских работников, учителей, продавцов, коммерческих сотрудников и руководителей среднего звена [1]. Выборка медицинских работников включала медсестер хирургических отделений и реанимации, врачей разных специальностей, работающих в государственных и частных медицинских учреждениях [2].

Таблица 3

Число (%) врачей-ординаторов, имеющих низкие, средние и высокие показатели выгорания (опросник профессионального выгорания К. Маслач) (N=143) согласно интервальным значениям, полученным на смешанной выборке специалистов социальных профессий до пандемии (N=360, Водопьянова, 2009)

Различные параметры профессионального выгорания	Низкий уровень выгорания, N (%)	Средний уровень выгорания, N (%)	Высокий уровень выгорания, N (%)
Эмоциональное истощение	12 (8,5%)	32 (22,5%)	99 (69%)
Деперсонализация	8 (5,6%)	13 (9%)	122 (85%)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	32 (22,4%)	45 (31,5%)	66 (46,1%)

В табл. 3 обращает на себя внимание особенно высокая распространенность деперсонализации — 85% врачей-ординаторов общаются со своими пациентами их родственниками отстраненно, не вовлекаясь эмоционально в их проблемы. Для большинства (69%) несколько более благополучным оказался показатель «Профессиональная успешность». Почти четверть врачей-ординаторов показали низкий уровень выгорания по данному показателю, примерно половина респондентов (46,1%) имеют высокий уровень выгорания по шкале «Профессиональная успешность», оценивая свои профессиональные успехи достаточно низко. То есть подавляющее большинство врачей-ординаторов скоромощного стационара испытывают хроническую усталость в сочетании с негативными эмоциями, им сложно вникать в личностные особенности и обстоятельства жизни пациентов, они часто ощущают утрату интереса к работе и неудовлетворенность своими профессиональными успехами.

При сопоставлении этих данных с относительно низким процентом врачей, которые признали трудности в коммуникации с пациентами (см. табл. 2), становится понятным, что основным механизмом отсутствия

затруднений является не высокая социальная компетентность, а эмоциональная отстраненность. Необходимо признать, что определенная степень такой отстраненности необходима врачам, особенно работающим в условиях скоропомощных стационаров и отделений интенсивной терапии. Она выступает некой защитой, предохранительным клапаном от чрезмерного эмоционального перегрева. В то же время при высоких показателях она является свидетельством общего процесса выгорания. Это подтверждается данными корреляционного анализа.

Как видно из табл. 4, показатели деперсонификации имеют сильные корреляционные связи с показателями эмоционального истощения ($r_s=0,623$). Между деперсонификацией и профессиональной успешностью, как и можно было предполагать, выявлена слабая прямая связь ($r_s=0,266$). Это позволяет предположить, что деперсонификация действительно выполняет некоторую защитную функцию, в какой-то степени снижая обесценивание врачами-ординаторами собственных профессиональных достижений, но при этом не выполняет защитную функцию от эмоционального истощения, а, наоборот, способствует ему. Видимо, можно говорить о порочном круге эмоционального истощения и деперсонификации. Эмоциональное истощение заставляет отстраняться от эмоциональной связи с пациентами, но это же отстранение лишает врача и важной эмоциональной подпитки в его работе в виде связи с людьми и ощущения важности и пользы своей профессии.

Таблица 4
Корреляции показателей симптоматического опросника профессионального выгорания К. Масляч (N=143)

Шкалы	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)
Эмоциональное истощение	1,000	0,623**	0,150
Деперсонификация	0,623**	1,000	0,266**
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	0,150	0,266**	1,000

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

Результаты сравнения интервалов низких, средних и высоких показателей профессионального выгорания в выборке врачей-ординаторов, по-

лученных по квартильным интервалам в обследованной выборке, с интервалами, полученными в исследовании Водошняновой и Старченковой [1; 2] представлены в табл. 5. Как видно из таблицы, все значения интервалов значительно смещены в направлении более высоких и неблагоприятных показателей. При этом средние значения показателя эмоционального истощения попадают в средний интервал значений обследованной выборки и высокий, по данным Водошняновой, Старченковой [1; 2]; то же самое относится к данным по деперсонализации. Минимальные расхождения касаются показателя профессиональных достижений, относящегося к среднему уровню выгорания в обоих исследованиях.

Таблица 5

Средние значения показателей профессионального выгорания в выборке врачей-ординаторов (N=143) и интервалы значений этих показателей, полученные на смешанной выборке специалистов социальных профессий (N=360, Водошнянова, 2009) и по квартильным интервалам в обследованной выборке (N=143)

Шкалы опросника выгорания К. Маслач	Средние значения показателей в выборке врачей-ординаторов (N=143)		Интервалы значений показателей профессионального выгорания (Водошнянова, Старченкова, 2009, N=360) (по квартильным интервалам в выборке ординаторов, N=143)		
	М	SD	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоциональное истощение	30,13	9,47	0—15 (0—21)	16—24 (22—37)	≥ 25 (≥ 38)
Деперсонализация	17,45	6,00	0—5 (0—14)	6—10 (15—21)	≥ 11 (≥ 22)
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	27,62	10,01	≥ 37 (≥37)	36—28 (22—36)	≤27 (≤21)

Примечание: М — среднее; SD — стандартное отклонение.

Результаты сравнения средних показателей профессионального выгорания врачей-ординаторов скоропомощного стационара со средними значениями этих же показателей, полученных в исследовании Водошняновой и Старченковой [1] на других выборках (врачей-хирургов, врачей госучреждений и врачей частных учреждений), представлены в табл. 6.

Таблица 6

**Средние значения показателей выгорания врачей-ординаторов
и трех выборок врачей из исследования Водопьяновой, Старченковой
(2008) (Опросник профессионального выгорания К. Маслач)**

Шкалы опросника К. Маслач	Врачи-ординаторы, N=143 М	Врачи-хирурги, N=40 М	Врачи госучреждений, N=80 М	Врачи частных учреждений, N=58 М
Эмоциональное истощение	30,13	36	27,3	20
Деперсонализация	17,45	19,5	15	9,4
Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)	27,62	11,25	36,2	43,5

Примечание: М — среднее.

Как видно из табл. 6, испытуемые имеют более высокий уровень всех показателей профессионального выгорания по сравнению с показателями выгорания врачей общей практики государственных и частных медицинских учреждений, но относительно более низкий уровень по сравнению с показателями выгорания врачей хирургического профиля, представленными в исследовании Водопьяновой и Старченковой [1].

Учитывая большой процент ординаторов-хирургов в обследованной выборке, мы решили сравнить их показатели с показателями ординаторов других специальностей, чтобы определить, насколько велик вклад этой специализации в общий уровень профессионального выгорания в обследованной выборке ординаторов многопрофильного скорпомощного стационара. Однако никаких значимых различий (критерий Манна—Уитни) между показателями выгорания у ординаторов-хирургов и ординаторов других специальностей выявлено не было. Вероятно, отсутствие различий связано именно со статусом ординатора, предполагающим меньший уровень ответственности по сравнению с более опытными хирургами. При сравнении показателей профессионального выгорания респондентов, отличающихся по половому признаку, возрасту и стажу работы, достоверных различий также выявлено не было.

Данные обработки симптоматического опросника SCL-90-R представлены на рис. 2. На графиках представлены результаты сравнения средних показателей врачей-ординаторов исследуемой выборки с данными обследования студентов (N=500), полученными в комплексном исследовании, которое проводилось лабораторией психологии посттравматического стресса Института психологии РАН под руководством Н.В. Тарабриной [7]. Следует напомнить, что студенческая популяция,

по данным разных исследований, относится к достаточно неблагоприятной в плане показателей психического здоровья [10].

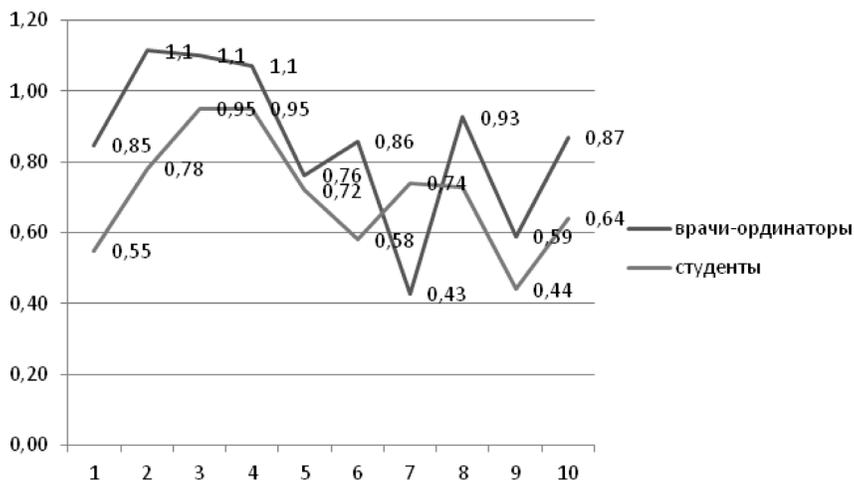


Рис. 2. Сравнение показателей обследования врачей по методике SCL-90-R с нормативными показателями: 1— соматизация; 2— ОКР; 3 — межличностная чувствительность; 4 — депрессия; 5 — тревожность; 6 — враждебность; 7 — фобическая тревожность; 8 — параноидальные симптомы; 9 — психотизм; 10 — общий дистресс

По данным, представленным на рис. 2, можно заключить, что средние значения большинства показателей психопатологической симптоматики в исследуемой выборке превышают средние показатели студентов [7]. Так, у врачей-ординаторов выше уровень соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики, интерперсональной чувствительности, депрессии, враждебности, параноидальных проявлений и психотизма. Исключение представляет шкала фобической тревожности, по которой средние показатели студентов выше аналогичных показателей у врачей-ординаторов. Интегральный показатель дистресса также выше в выборке врачей-ординаторов.

Корреляционный анализ шкал симптоматического опросника и шкал опросника профессионального выгорания (табл. 7) выявил сильные связи высокого уровня значимости между показателями *эмоционального истощения* и показателями почти всех видов психопатологической симптоматики. Корреляции выше 0,5 получены для следующих шкал: соматические симптомы эмоционального неблагополучия, обсессивно-компульсивная симптоматика, интерперсональной чувствительность, депрессия, тревога, параноидное мышление и психотизм. Сильная зна-

чимая связь получена также с общим индексом эмоционального неблагополучия (*General Symptomatical Index, GSI*) — 0,694.

Из этого можно сделать вывод о наиболее важном значении именно показателя эмоционального истощения для психического здоровья врачей. Его высокие показатели связаны с усилением как соматических симптомов дистресса (головные боли, тошнота и т. д.), так и с серьезными эмоциональными проблемами — ростом самообвинений, недовольства собой, чувства безнадежности, недоверия окружающим, переживаний недостаточного тестирования реальности. *Деперсонификация* обнаружила связи средней силы с рядом показателей психопатологической симптоматики (психотизмом, параноидальным мышлением, депрессией, интерперсональной чувствительностью, тревогой), которые свидетельствуют о росте чувства отстраненности, ощущения враждебного настроения окружающих, ухудшении отношений с людьми.

Профессиональная успешность (редукция профессиональных достижений) не связана с психопатологическими симптомами. Обнаружена лишь одна отрицательная слабая связь с фобической тревогой. Можно предположить, что вклад этого параметра профессионального выгорания в ухудшение психического здоровья врачей является косвенным — через рост показателей деперсонификации.

Таблица 7

**Корреляции показателей симптоматического опросника SCL-90-R
Л. Дерогатис и опросника профессионального выгорания
К. Маслач (N=143)**

Шкалы	Эмоциональное истощение	Деперсонификация	Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)
Соматизация	0,502**	0,315**	-0,073
Обсессивно-компульсивное расстройство	0,601**	0,387**	-0,098
Интерперсональная чувствительность	0,626**	0,444**	-0,069
Депрессия	0,691**	0,449**	-0,001
Тревожность	0,604**	0,403**	-0,024
Враждебность	0,576**	0,365**	0,073
Фобическая тревожность	0,416**	0,348**	-0,220**
Параноидальные симптомы	0,595**	0,457**	-0,002
Психотизм	0,632**	0,490**	-0,014
Общий дистресс	0,694**	0,465**	-0,044

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

На основании данных табл. 7 можно сделать вывод о тесной связи профессионального выгорания с ухудшением психического здоровья врачей. В целом они совпадают с международными данными, свидетельствующими о высоких рисках профессионального выгорания у молодых врачей, работающих в отделениях интенсивной терапии и скорой медицинской помощи.

Обсуждение

Полученные в исследовании данные о высоком уровне профессионального выгорания и эмоционального неблагополучия у значительной части врачей-ординаторов в целом согласуются с данными других исследований [10—13; 15; 17].

Около половины врачей-ординаторов скоропомощного стационара связывают большинство своих жалоб на физическое здоровье и эмоциональное благополучие с особенностями своей профессиональной деятельности и необходимостью работать сверхурочно. Эти данные подтверждают исследования, проведенные Лизелоттой Дирбай (*Dyrbye*) и Кристиной Стегман (*Stehman*) [11; 12; 20], в которых в качестве одного из основных факторов выгорания авторы называют уровень рабочей нагрузки.

При этом, в отличие от исследований, представленных в обзоре Шен Чуанг (*Chuang*) и др., не выявлено влияния возраста и пола на показатели профессионального выгорания [8]. Однако эти выводы требуют дальнейшего уточнения, так как в выборке преобладали испытуемые молодого возраста, а также более половины выборки составляли женщины. Не было выявлено и взаимосвязи показателей выгорания со специализацией в хирургии, в отличие от исследования Водопьяновой и Старченковой [1], что, вероятно, связано с относительно меньшей степенью ответственности хирурга-ординатора, проводящего операции под руководством более опытных коллег, по сравнению с самостоятельно оперирующими хирургами.

Наиболее важным показателем выгорания, тесно связанным с другими симптомами психического неблагополучия, является *эмоциональное истощение*. Выявленный в исследовании высокий уровень *деперсонализации* у большинства врачей-ординаторов согласуется с данными других исследований [8; 9; 11]. Полученные результаты остро ставят вопрос о мерах профилактики профессионального выгорания у молодых врачей-ординаторов, обучающихся и работающих в условиях многопрофильного скоропомощного стационара. Необходимы меры по оптимизации режима работы и отдыха врачей, введению различных форм психологической разгрузки, а также повышению уровня их психологической компетентности. Важно, что около половины врачей-ординаторов в обследованной выборке хотели бы получить психологическую помощь.

Выводы

Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих обучение в скорпомощном стационаре, является высоким, что подтверждает данные других современных исследований о высоком риске профессионального выгорания именно молодых, не имеющих большого профессионального опыта специалистов-врачей, особенно занятых в отделении интенсивной терапии и неотложной медицинской помощи. По данным анкетирования, 48% врачей-ординаторов связывают половину и более своих проблем со здоровьем непосредственно со своей профессиональной деятельностью, 56% вследствие этих трудностей (телесного и эмоционального характера) были вынуждены работать сверхурочно, а 36% — делегировать коллегам часть своих полномочий.

Высокий уровень деперсонализации демонстрирует подавляющее большинство молодых врачей (85%), что, видимо, можно объяснить не только защитой от разрушительного действия негативных эмоций, возникающих при интенсивных физических и эмоциональных нагрузках в условиях скорпомощного стационара, но и вынужденной формализацией общения ввиду активного внедрения компьютеризированной системы медицинского учета, не оставляющей времени на живое общение с пациентами.

Деперсонализация в некоторой степени защищает врачей-ординаторов от обесценивания профессиональных достижений, но при этом усиливает эмоциональное истощение, высокий уровень которого выявлен у значительного числа (69%) врачей-ординаторов. Хотя большинство врачей-ординаторов не зафиксировали наличие каких-либо проблем в коммуникации с пациентами, высокий уровень деперсонализации у подавляющего большинства в обследованной выборке свидетельствует о том, что отрицание трудностей связано не с высокой социальной компетентностью молодых врачей, а с формализованными, отстраненными отношениями с пациентами.

Эмоциональное истощение играет наиболее важную роль в ухудшении психического здоровья врачей ординаторов скорпомощного стационара, что подтверждается высоким уровнем корреляции симптомов эмоционального истощения с разнообразной психопатологической симптоматикой.

Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости разработки и внедрения в практику работы и обучения врачей-ординаторов многопрофильного скорпомощного стационара мер, способствующих повышению их коммуникативной компетентности, преодолению дистресса и профилактике профессионального выгорания. Важно отметить, что 50% врачей-ординаторов в обследованной выборке выразили заинтересованность в получении психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. 223 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А.* Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск; Чита: Иван Федоров, 2013. 126 с.
4. *Довженко Т.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю.* Применение клинической шкалы самоотчета SCL-90-R в клинике расстройств аффективного спектра (методическое пособие для врачей). М., 2003. 37 с.
5. *Леонова А.Б.* Стресс и психическое здоровье профессионалов // Руководство по психологии здоровья / Под. ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: Изд-во МГУ, 2019. С. 638—691.
6. *Матюшкина Е.Я., Рой А.П., Рахманина А.А., и др.* Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39—49. URL: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104
7. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
8. *Chuang C.-H., Tseng P.-C., Lin C.-Y., et al.* Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review [Электронный ресурс] // Medicine. 2016. Vol. 95 (50). URL: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/12160/Burnout_in_the_intensive_care_unit_professionals_37.aspx (дата обращения: 15.05.2020). doi:10.1097/MD.0000000000005629
9. *Dyrbye L.N., Burke S.E., Hardeman R.R., et al.* Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians // JAMA. 2018. Vol. 320 (11). P. 1114—1130. doi:10.1001/jama.2018.12615
10. *Dyrbye L.N., Massie F.S., Eacker A., et al.* Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students // JAMA. 2010. Vol. 304 (11). P. 1173—1180. doi:10.1001/jama.2010.1318
11. *Dyrbye L.N., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al.* Burnout among health care professionals. A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care [Электронный ресурс] // National Academy of Medicine Perspectives. 5.07.2017. URL: <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/> (дата обращения: 1.05.2020).
12. Een op de vijf jonge artsen heeft last van burn-out klachten [Электронный ресурс] // GGZ nieuws. 19.11.19. URL: <http://www.ggznieuws.nl/1-op-de-5-jonge-artsen-heeft-last-van-burn-out-klachten> (дата обращения: 28.04.2020).
13. *Lin M., Battaglioli N., Melamed M., et al.* High prevalence of burnout among US emergency medicine residents: results from the 2017 National Emergency Medicine Wellness Survey // Annals of Emergency Medicine. 2019. Vol. 74 (5). P. 682—690. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.01.037
14. *Maslach C., Jackson S.E.* Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. 34 p.

15. *Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., et al.* Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2018. Vol. 13 (11). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231624/> (дата обращения: 5.05.2020). doi:10.1371/journal.pone.0206840
16. *Raimo J., LaVine S., Spielmann K., et al.* The correlation of stress in residency with future stress and burnout: a 10-year prospective cohort study // *Journal of Graduate Medical Education*. 2018. Vol. 10 (5). P. 524–531. doi:10.4300/JGME-D-18-00273.1
17. *Shanafelt T.D., Boone S., Tan L., 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 (18). P. 1377–1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
18. *Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C., 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 (9). P. 1681–1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
19. *Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., Sinsky C., et al.* Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction // *Mayo Clinic Proceedings*. 2016. Vol. 91 (7). P. 836–848. doi:10.1016/j.mayocp.2016.05.007
20. *Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R., et al.* Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I // *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019. Vol. 20 (3). P. 485–494. doi:10.5811/westjem.2019.4.40970

REFERENCES

1. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika. 2-e izd. [Burnout Syndrome: Diagnosis and Prevention. 2nd ed.]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 223 p.
2. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 336 p.
3. Govorin N.V., Bodagova E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni vrachei [Mental health and quality of life of medical doctors]. Tomsk, Chita: Ivan Fedorov, 2013. 126 p.
4. Dovzhenko T.V., Petrova G.A., Yudeeva T.Yu. Primenenie klinicheskoi shkaly samootcheta SCL-90-R v klinike rasstroistv affektivnogo spektra (metodicheskoe posobie dlya vrachei) [The use of the clinical self-reporting scale SCL-90-R in the clinic of affective spectrum disorders: manual for doctors]. Moscow, 2003. 37 p.
5. 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* [Manual of the healthcare psychology]. Moscow: MGU Publ., 2019, pp. 638–691.
6. Matyushkina E.Ya., Roi A.P., Rakhmanina A.A., et al. Professional'nyi stress i professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov [Occupational stress and burnout among healthcare professionals] [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology], 2020. Vol. 9 (1), pp. 39–49. Available at: https://psyjournals.ru/jmfp/2020/n1/Matyushkina_et_al.shtml (Accessed 15.05.2020). doi:10.17759/jmfp.2020090104. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
8. Chuang C.-H., Tseng P.-C., Lin C.-Y., et al. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review [Elektronnyi resurs]. *Medicine*, 2016. Vol. 95 (50). Available at: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/12160/Burnout_in_the_intensive_care_unit_professionals_.37.aspx (Accessed 15.05.2020). doi:10.1097/MD.0000000000005629
9. Dyrbye L.N., Burke S.E., Hardeman R.R., et al. Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. *JAMA*, 2018. Vol. 320 (11), pp. 1114–1130. 10.1001/jama.2018.12615
10. Dyrbye L.N., Massie F.S., Eacker A., et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 2010. Vol. 304 (11), pp. 1173–1180. doi:10.1001/jama.2010.1318
11. Dyrbye L.N., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al. Burnout among health care professionals. A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care [Elektronnyi resurs]. *National Academy of Medicine Perspectives*, 5.07.2017. Available at: <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/> (Accessed 1.05.2020).
12. Een op de vijf jonge artsen heeft last van burn-out klachten [Elektronnyi resurs]. *GGZ nieuws*, 19.11.19. Available at: <http://www.ggznieuws.nl/1-op-de-5-jonge-artsen-heeft-last-van-burn-out-klachten> (Accessed 28.04.2020).
13. Lin M., Battaglioli N., Melamed M., et al. High prevalence of burnout among US emergency medicine residents: results from the 2017 National Emergency Medicine Wellness Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 2019. Vol. 74 (5), pp. 682–690. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.01.037
14. Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986. 34 p.
15. Rodrigues H., Cobucci R., Oliveira A., et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2018. Vol. 13 (11). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231624/> (Accessed 5.05.2020). doi:10.1371/journal.pone.0206840
16. Raimo J., LaVine S., Spielmann K., et al. The correlation of stress in residency with future stress and burnout: a 10-year prospective cohort study. *Journal of Graduate Medical Education*, 2018. Vol. 10 (5), pp. 524–531. doi:10.4300/JGME-D-18-00273.1
17. Shanafelt T.D., Boone S., Tan L., 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 (18), pp. 1377–1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
18. Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C., 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 (9), pp. 1681–1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023
19. Shanafelt T.D., Dyrbye L.N., Sinsky C., et al. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and

professional satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 2016. Vol. 91 (7), pp. 836—848. doi:10.1016/j.mayocp.2016.05.007

20. Stehman C.R., Testo Z., Gershaw R., et al. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2019. Vol. 20 (3), pp. 485—494. doi:10.5811/westjem.2019.4.40970

Информация об авторах

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); ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: Elena.matyushkina@gmail.com

Микита Олеся Юрьевна, кандидат психологических наук, заведующая учебно-клиническим отделом, научный сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы, ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ГБУЗ «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

Information about the authors

Elena Ya. Matyushkina, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6027-1510>, e-mail: Elena.matyushkina@gmail.com

Olesya. Y. Mikita, PhD in Psychology, Head of Educational and Clinical Department, Researcher, Department of Kidney and Pancreas Transplantation, N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-1625>, e-mail: mikita-o@yandex.ru

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

Получена 02.05.2020

Received 02.05.2020

Принята в печать 13.05.2020

Accepted 13.05.2020

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ТРЕВОГИ И ПРОФИЛАКТИКИ В СИТУАЦИИ ИНФОДЕМИИ: ЗАЩИТА ОТ КОРОНАВИРУСА ИЛИ «ПОРОЧНЫЙ КРУГ» ТРЕВОГИ?

А.Ш. ТХОСТОВ

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>,
e-mail: tkhostov@gmail.com

Е.И. РАССКАЗОВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,
e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

В работе исследуется связь разных видов тревоги в ситуации пандемии с поиском информации о коронавирусе и защитными действиями. В исследовании приняли участие 409 респондентов, не болевших коронавирусом, в возрасте от 18 до 64 лет в период от трех недель до месяца с объявления самоизоляции. Участники оценивали выраженность своей тревоги по различным поводам, связанным с ситуацией пандемии, а также частоту отслеживания информации и общения по поводу коронавируса и частоту различных защитных действий в отношении коронавируса. В структуре тревоги по поводу коронавируса выделяется два аспекта: страх заражения и тревога по поводу негативных последствий. Страх последствий пандемии характерен для каждого третьего, не зависит от пола и возраста, и у одного человека из 11—12 является переживанием, мешающим привычной деятельности. Выраженный страх заражения встречается у одного человека на 5—10 респондентов, более характерен для женщин и чаще отмечается у лиц старшего возраста.

Отслеживание информации и общение по поводу пандемии, а также использование стратегий защиты с сомнительной эффективностью предсказывает дополнительно 10,8% дисперсии тревоги заражения и 10,6% дисперсии тревоги негативных последствий пандемии. Результаты свидетельствуют в пользу предположения, что целенаправленный контроль информационного потока и непроверенных вариантов защитного поведения может способствовать снижению тревоги в ситуации пандемии при сохранении защитных действий, эффективность которых доказана.

Ключевые слова: пандемия, коронавирус, тревога, защитное поведение, инфодемия.

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00799.

Для цитаты: Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 70—89. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280204>

PSYCHOLOGICAL CONTENTS OF ANXIETY AND THE PREVENTION IN AN INFODEMIC SITUATION: PROTECTION AGAINST CORONAVIRUS OR THE “VICIOUS CIRCLE” OF ANXIETY?

ALEKSANDER SH. TKHOSTOV

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>,

e-mail: tkhostov@gmail.com

ELENA I. RASSKAZOVA

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,

e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

The paper studies the relationship of the anxiety of different types in the situation of the pandemic with the search for information about coronavirus and with protective actions. This research included 409 respondents uninfected by coronavirus aged 18 to 64 years old within a period of three weeks to one month from the start of self-iso-

lation. The participants have appraised the severity of their anxiety caused by various reasons associated with the pandemic, the frequency of monitoring the information and communications about coronavirus, and the frequency of different protective actions against coronavirus. As a result, two aspects have been identified in the structure of the anxiety about coronavirus: the fear of the infection and anxiety about negative consequences. The fear of the consequences of the pandemic is characteristic of every third person, and it does not depend on sex and age. In one out of 11—12 persons, it is the experience that interferes with usual activities. A pronounced fear of infection was found in one person out of 5—10 respondents; it is more characteristic of women and older people. In addition to the infection prevention strategies, 10.8% of the variance of the infection anxiety and 10.6% variance of the anxiety about the negative effects of the pandemic predicts information monitoring, communications about the pandemic and usage of optional but common protection strategies and ambiguous strategies. The obtained results are consistent with our supposition that deliberate control of the information stream and unverified strategies of the protective behavior may contribute to reducing the anxiety in the situation of the pandemic while preserving the protective actions that have been found to be effective.

Keywords: pandemic, coronavirus, anxiety, protective behavior, infodemia.

Funding: The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00799.

For citation: Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Psychological Contents of Anxiety and the Prevention in an Infodemic Situation: Protection against Coronavirus or the “Vicious Circle” of Anxiety? *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 70—89. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280204> (In Russ., abstr. in Engl.)

Специфика реакции на распространение коронавируса в современном информационном обществе, получившая даже специальное название «инфодемии», показывает, что психологические проблемы пандемии настолько остры и актуальны, что в определенном смысле имеют не меньший вес, чем ее клинические и эпидемиологические аспекты [1]. Результаты исследований [7; 12; 13] подтверждают, что ключевой психологический феномен пандемии — тревога, объясняемая, как правило, ситуацией неопределенности и невозможности прогноза будущего или общим стрессом в связи с риском заражения, негативных социальных последствий и изменением образа жизни [4; 14]. Распространенность тревоги, согласно большинству исследований, варьирует от 20 до 35% и, согласно первым лонгитюдным исследованиям в Китае, сохраняется длительно после улучшения эпидемиологической ситуации [15]; но поскольку речь идет об онлайн-данных, вопрос о клинической значимости тревоги остается открытым.

С нашей точки зрения, основная проблема психологических исследований такого рода состоит не в их методологических трудностях

(которых немало с учетом стремительного развития ситуации), а в недостатке теоретической проблематизации и эмпирического выявления психологического смысла той тревоги, которая актуализируется в ситуации пандемии. На наш взгляд, ключевая причина этого — акцент на эмпирических предикторах тревоги и ее изменений взамен опоры на психологические модели развития и хронификации тревоги. Рассмотрим те особенности исследований тревоги в ситуации пандемии, к которым мы относимся скептически.

1. *Понимание тревоги как тревоги по поводу только коронавируса* заметно не только в формулировках конкретных пунктов исследований, но в создании и апробации целых шкал тревоги по поводу коронавируса [9], которые, безусловно, важны и применимы в этой области, но могут «выкидывать ребенка вместе с водой», не учитывая других источников тревоги. Психологи все чаще указывают на необходимость учета и систематизации разных поводов для тревоги [4; 7]. Например, не меньшую, чем страх заражения, тревогу могут вызывать необходимость изоляции, использования дезинфекторов, перчаток, новости в СМИ, экономическая неопределенность и пр. [13]. Как следствие, задачей является выявление различных поводов для тревоги и их относительной актуальности для населения.

2. *Отсутствие описания психологической природы и функций тревоги.* В рамках когнитивного подхода неоднократно указывалось на необходимость различения реалистичной тревоги, основанной на точных оценках ситуации и способствующей бдительности и вниманию в условиях реальной угрозы, и тревоги необоснованной, вызывающей выраженные нарушения функционирования и/или снижения качества жизни и основанной либо на неточных оценках угрозы и ресурсов, либо столь выраженной, что она препятствует эффективному преодолению угроз [5; 6]. В психологии реабилитации известно, что тревога и депрессия как эмоциональные переживания в стрессогенной ситуации, например после инсульта, являются нормативными явлениями [8], и опасения должно вызывать их отсутствие, а не их наличие. Патологическими феноменами они становятся лишь тогда, когда препятствуют самой реабилитации или в значительной степени нарушают деятельность человека. Для современных исследований тревоги при COVID-19 такое различение реалистичной и нереалистичной тревоги вообще не характерно, и попытки выявить предикторы тревоги (возраст моложе 35—40 лет, болезнь близких, неуверенность во врачах и медицинской системе, фокусирование на информации о пандемии [7; 11; 13; 15]) касаются любой тревоги.

3. *Недостаток анализа и учета механизмов хронификации тревоги.* В рамках когнитивного подхода в отношении тревоги и тревожно-фобических расстройств [5; 6] важнейшую задачу психологической

работы с тревогой составляет выявление и преодоление механизмов «порочного круга» тревоги, т. е. ее хронификации и чрезмерного усиления. Хорошо известно, что констатация тревоги и целенаправленные попытки ее уменьшить и/или избежать приводят к усилению тревоги [3]. Само фокусирование на борьбе с тревогой и ее избегание на практике являются двумя сторонами «одной медали»: например, мытье рук — тоже своего рода охранительное поведение, при помощи которого человек концентрируется на отдельном защитном действии, пытаясь избежать тревоги («Я обезопасился»). Такое же следствие (усиления тревоги) имеют любые стратегии защиты, связанные с гипертрофированным вниманием к этой тревоге и катастрофизацией ситуации. Немногие исследования касаются исключительно целенаправленного поиска информации о коронавирусе: как можно предполагать, внимание к проблеме и отслеживание информации сопряжены с нарастанием тревоги [7; 11].

4. *Трудности дифференциации совладания с угрозой и совладания с эмоциями.* Теория саморегуляции в отношении здоровья и болезни [10], предложенная более 30 лет назад, указывала на то, что процессы репрезентации симптома/болезни (в данном случае — угрозы заражения, потери работы и пр.) и совладания с этой угрозой качественно отличаются от процессов репрезентации переживаний (по поводу всех этих событий) и совладания со своим эмоциональным состоянием. Эти процессы часто вступают в противоречие, например, когда чрезмерная эмоциональная реакция не позволяет человеку последовательно участвовать в процессе лечения, т. е. справляться с угрозой. В случае пандемии это означает, что одни и те же защитные действия могут быть эффективными в профилактике угрозы заражения или потери заработка, но способствовать усилению тревоги, и наоборот, хотя в современных исследованиях любые действия и стратегии совладания обсуждаются как однозначно более или менее эффективные.

Целью данной работы является исследование психологического содержания тревоги в ситуации пандемии, а также связи разных видов тревоги с поиском информации о коронавирусе и защитными действиями.

Мы убеждены, что само распространение выраженной тревоги в ситуации пандемии является нормативным феноменом. Практическую же важность в этом контексте приобретает установление психологических оснований разных вариантов тревоги, а также трансформации тревоги из выраженной в субъективно неконтролируемую и нарушающую качество жизни.

Для обыденного сознания очевидно, что чем сильнее человек тревожится, тем большему набору рекомендаций по защите от рисков пандемии, проверенных и непроверенных, он будет следовать. Очевидно и то,

что даже если мытье рук, дезинфекция, отказы от выхода на улицу, ношение перчаток и масок для многих людей — основание хронификации тревоги, эти стратегии нельзя запретить, потому что они эффективны для другой цели — минимизации угрозы заражения. С психологической точки зрения, интересен другой вопрос: все ли варианты защитного поведения, связанные с тревогой (разными вариантами тревоги, и особенно — дисфункциональной тревогой, нарушающей способность человека справляться со своими делами), в равной мере необходимы для защиты от угрозы заражения и распространения коронавируса?

На эмпирическом уровне, если какие-либо действия или отслеживание информации за месяц самоизоляции сопряжены с более низким уровнем тревоги, это позволяет предполагать их важность не только как профилактических средств, но и как продуктивных поведенческих стратегий в отношении тревоги. Наоборот, если какие-либо действия сопряжены с субъективно «чрезмерной» тревогой и ее генерализацией (т. е. накоплением поводов для такой тревоги у человека), следует полагать, что, несмотря на их возможную полезность, они могут быть фактором ухудшения психического здоровья.

Программа исследования

Исследование проводилось онлайн, в период с 17.04 по 26.04.2020 г., режим самоизоляции длился от трех недель до месяца. В исследовании приняли участие 425 человек, большинство респондентов были жителями г. Москвы и Московской области. 15 человек, указавших, что переболели коронавирусом, и один, имевший подтвержденный диагноз, были исключены из исследования. Итоговая выборка составила 409 человек (186 мужчин, 45,5%, и 223 женщины, 54,5%) в возрасте от 18 до 64 лет (32,39±11,80 лет).

Для оценки тревоги в ситуации пандемии респондентам задавался вопрос: «Насколько сильно Вы тревожитесь по поводу...» (с 9 вариантами окончания: «Коронавируса в целом?», «Того, что коронавирус угрожает лично Вам или Вашим близким?», «Того, что коронавирус угрожает Вашему городу/стране?», «Что Вы уже заражены коронавирусом?», «Что Вас могут им заразить?», «Что из-за эпидемии Вы или Ваша семья лишитесь работы/заработка?», «Что из-за эпидемии будет дефицит продуктов?», «Что из-за эпидемии “рухнет” экономика?», «Если кто-то кашляет/чихает возле Вас?»). Ответы оценивались по шкале Лайкерта от 1 до 6, где последний вариант ответа оценивал тревогу как выходящую за пределы субъективного контроля и нарушающую социальное функционирование (1 — «Совсем нет или почти нет»,

5 — «Сильно тревожусь», 6 — «Тревожусь так сильно, что это мешает моим делам»). Кроме того, респонденты могли указать свой вариант ответа (открытый вопрос).

Оценка мониторинга информации и общения по поводу пандемии проводилась при помощи пяти пунктов, в которых респондентов просили охарактеризовать частоту каждого из следующих действий: «Разговариваете о коронавирусе с близкими в группе риска (пожилыми, с хроническими заболеваниями)?», «Следите за новостями о коронавирусе?», «Следите за ситуацией по соцсетям?», «Разговариваете о коронавирусе с друзьями или сотрудниками по работе?», «Разговариваете о коронавирусе с посторонними людьми для поддержания разговора?». Частота оценивалась по шкале Лайкерта от 1 до 5 баллов («Никогда/редко (раз в неделю или реже)», «Редко (2—3 раза в неделю)», «Порой (4—5 раз в неделю)», «Часто (6—7 раз в неделю)», «Очень (несколько раз в день)», «Постоянно (большую часть дня)». Уточнение о количестве дней в неделю было принято в связи с тем, что оценки субъективной частоты или редкости различных видов поведения по отношению к новой ситуации коронавируса определяются у разных людей очень разным опытом, и их смысл может быть разным.

Защитные действия в отношении пандемии исследовались при помощи списка из 12 действий («Уговариваете о мерах безопасности тех, кто в группе риска», «Стараетесь лишний раз не выходить из дома», «Покупаете продукты или вещи “про запас”», «Отказываетесь от общественных мероприятий своих или близких (например, кружков или школы детей) из-за коронавируса без внешних требований к тому», «Носите маску», «Носите перчатки», «Нажимаете на кнопки или ручки двери не пальцами руки, а какой-то другой частью руки или тела», «Моете руки с мылом», «Обращаетесь за медицинской помощью при малейшем подозрении на ОРВИ», «Принимаете лекарственные средства для улучшения иммунитета», «Занимаетесь зарядкой или другой физической активностью для улучшения иммунитета», «Стали специально игнорировать требования (например, выходить, когда в этом нет необходимости)», а также открытого вопроса. Частота каждого из действий оценивалась при помощи той же шкалы Лайкерта, что и частота отслеживания информации и общения по поводу пандемии.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты

Тревога по поводу коронавируса. Тревога по поводу различных аспектов коронавируса согласована: люди, которые тревожатся по поводу

коронавируса, склонны тревожиться и по поводу других вещей (альфа Кронбаха по всем вопросам, кроме общей тревоги, — 0,85). Лидирующим «источником» беспокойства в настоящее время выступает экономический кризис, его возможность в одинаковой степени беспокоит как мужчин, так и женщин (рис. 1). Следующее место занимает тревога лишения заработка, характерная и для мужчин, и для женщин. Выраженный страх заражения отмечается менее чем у каждого десятого, тогда как переживание угрозы лично себе и близким — у каждого пятого. Редко люди беспокоятся, что уже заражены коронавирусом, но не знают об этом. Каждый шестой человек (17,1%) отмечает, что его тревога мешает его делам. При этом если в отношении угрозы заражения о такой чрезмерной тревоге сообщают 6,8%, то о чрезмерной тревоге в отношении последствий пандемии — 12,7%.

Факторный анализ методом главных компонент восьми возможных источников тревоги по поводу коронавируса позволяет выявить две компоненты, объясняющие 62,42% дисперсии данных. Первая компонента отражает страх заболеть коронавирусом самому или близких (пять пунктов с факторными нагрузками 0,64—0,85; $\alpha=0,82$), второй — страх ухудшения экономического благосостояния и потери заработка (три пункта с факторными нагрузками 0,77—0,83; $\alpha=0,77$). Страх заражения и страх последствий пандемии коррелируют на уровне $r=0,43$ ($p<0,01$). При этом с единичным общим вопросом «Насколько Вы тревожитесь по поводу коронавируса в целом?» страх заражения коррелирует на уровне $r=0,72$ ($p<0,01$), а страх последствий — на уровне $r=0,37$ ($p<0,01$). Иными словами, в исследованиях, основывающихся на единичном вопросе о тревоге, ответ будет отражать скорее страх заражения, нежели страх последствий пандемии, хотя страх последствий и более выражен.

При ответе на открытый вопрос многие указывают на халатность и безответственность сограждан, на то, что окружающие не соблюдают мер безопасности. Тревогу вызывает возможность ужесточения государственного контроля или бездействие властей, паника, негативный информационный фон, нарушение приватности, «цифровой контроль», ситуация с обучением детей и их будущее, возможности медицинской системы, страх случайно заразить кого-то в группе риска, семейные конфликты из-за самоизоляции, невозможность видаться с близкими, невозможность гулять, заниматься спортом, путешествовать или чувство несвободы в целом, неопределенность и тревога из-за того, как изменится мир после пандемии. В ряде случаев люди выразили тревогу по поводу трудностей самоорганизации (самодисциплины) в сложившихся условиях и страх упустить те возможности, которые открылись в связи с самоизоляцией.



Рис. 1. Субъективная выраженность тревоги по поводу различных аспектов коронавируса: сравнение частот

Женщины беспокоятся по поводу коронавируса чаще, чем мужчины ($t=-4,05$; $p<0,01$; $\eta=0,20$), эти различия объясняются более выраженным страхом заражения ($t=-5,48$; $p<0,01$; $\eta=0,26$; отдельно по шести пунктам $t=-4,29$ — $-3,85$; $p<0,01$; $\eta=0,19$ — $0,21$), тогда как по поводу экономического кризиса и потери заработка и мужчины, и женщины беспокоятся одинаково ($t=-0,77$; $p>0,10$; $\eta=0,04$; отдельно по трем пунктам $t=-1,58$ — $-1,40$; $p>0,10$; $\eta=0,07$ — $0,08$). Те же результаты получены для жалоб на чрезмерную, выходящую за пределы субъективного контроля тревогу: в отношении заражения ей более подвержены женщины, чем мужчины, тогда как в отношении последствий пандемии гендерных различий не обнаруживается ($t=5,48$; $p<0,01$; $\eta=0,26$).

У людей младше 65 лет тревога по поводу коронавируса слабо положительно связана с возрастом ($r=0,17$ — для единичного пункта об общей тревоге; $r=0,16$ — для общей шкалы тревоги; $p<0,01$), однако, как и в случае гендерных различий, эта связь объясняется страхом заражения, который сильнее у лиц старшего возраста ($r=0,20$; $p<0,01$). Наоборот, с более явным страхом экономических последствий пандемии возраст не связан ($r=0,05$; $p>0,10$). Субъективное переживание тревоги как мешающей делам не связано с возрастом, независимо от того, идет ли речь о тревоге по поводу заражения или последствий пандемии.

Отслеживание информации и общение по поводу коронавируса и пандемии. То, насколько часто люди следят за ситуацией с пандемией и обсуждают ее с окружающими, характеризует их общую стратегию поведения в сложившейся ситуации (альфа Кронбаха по пяти вопросам — 0,75), и лишь частота обсуждения пандемии с незнакомыми людьми менее согласована с остальными пунктами, поэтому этот пункт был исключен при расчете общего показателя (альфа Кронбаха по четырем пунктам — 0,75). Факторный анализ методом главных компонент всех пяти пунктов подтверждает наличие единой компоненты заинтересованности темой пандемии и коронавируса, объясняющей 52,05% дисперсии данных (факторные нагрузки — 0,52–0,79).

Два человека из трех следят за новостями о пандемии и коронавирусе почти каждый день или чаще (рис. 2), а один человек из пятнадцати тратит на это большую часть дня. Закономерно, что разговоры о пандемии занимают в жизни людей меньше времени; и тем не менее, более чем каждый второй разговаривает об этом с друзьями и коллегами хотя бы раз в два дня, а один из шести делает это несколько раз в день или постоянно.

Ни частота отслеживания информации о пандемии, ни обсуждение этой темы с другими людьми не различается у мужчин и женщин ($t=1,45$; $p>0,10$; $\eta=0,07$). Исключение составляет самый редкий ответ — общение на тему коронавируса с посторонними людьми. Мужчины делают это чаще, чем женщины ($t=2,35$; $p<0,05$; $\eta=0,12$), но такой результат может объясняться как особенностями защитного поведения у мужчин и женщин, так и особенностями общения с незнакомыми людьми в целом.

Возраст практически не связан с отслеживанием информации и общением по поводу пандемии. Исключение составляет общение с близкими в группе риска (в том числе с пожилыми людьми) и отслеживание новостей (но не информации в социальных сетях), что чуть более характерно для людей старшего возраста ($r=0,13$ – $0,15$; $p<0,05$).

Защитное поведение в ситуации пандемии и коронавируса. Все стратегии защитного поведения в ситуации пандемии, кроме намеренного отказа от соблюдения самоизоляции, согласованы (альфа Кронбаха — 0,76). Намеренный отказ от самоизоляции не является противоположностью других вариантов защитного поведения — его корреляция с общей шкалой составляет $r=0,08$. К числу наиболее распространенных форм защитного поведения относится самоизоляция и мытье рук (рис. 3). Однако один человек из семи—восьми не придерживается и этого. Ношение маски регулярно характерно менее чем для половины респондентов, ношение перчаток — для одного человека из четырех—пяти. Поддержание активности и зарядка для улучшения иммунитета характерны для каждого второго человека, обращение к медицине — для одного из семи—восьми.



Рис. 2. Отслеживание информации и обсуждение пандемии и коронавируса: сравнение частот

Факторный анализ стратегий защитного поведения позволяет выделить три компонента с собственными значениями, превышающими единицу, объясняющими 51,10% дисперсии данных. Первая компонента (альфа Кронбаха — 0,68, факторные нагрузки — 0,57—0,85) включает простые действия по самоизоляции (не выходить из дома, избегать общественных мероприятий) и дезинфекции (мытьё рук с мылом). Вторая компонента ($\alpha=0,79$; нагрузки — 0,75—0,84) — активные защитные действия (ношение маски, перчаток, нажатие на кнопки в лифте не пальцами руки). В эту же компоненту входит активное уговаривание близких в группе риска соблюдать меры безопасности (факторная нагрузка — 0,40), однако включение этого пункта снижает согласованность шкалы. Остальные пять вопросов (покупка продуктов «про запас», зарядка, лекарственные средства и обращение за медицинской помощью и даже намеренное игнорирование требований входят в третью компоненту (нагрузки — 0,49—0,67), однако ее согласованность низка ($\alpha=0,51$).

С нашей точки зрения, эта третья группа характеризует нетипичные стратегии защитного поведения, являющиеся активными реакциями на ситуацию пандемии и в этом смысле связанными между собой. Большая детализация пунктов в дальнейших исследованиях поможет создать отдельные согласованные субшкалы для других стратегий поведения, поскольку длительное пребывание в самоизоляции приведет к дифференциации стратегий, не относящихся напрямую к защите от заражения.

Ответы на открытый вопрос включают дезинфекцию предметов («Дезинфицирую все предметы, попадающие в дом», «Протираю спиртом мобильный телефон»), экстремальные стратегии самоизоляции

(«Полностью прекратил общение с другими людьми», «Даже не контактирую с людьми», «Выезжаю за едой раз в месяц ночью») и реакцию «отрицания» («Не замечаю коронавируса», «Веду прежний образ жизни»). Среди единичных ответов — шитье масок, молитвы, самообразование, употребление спиртных напитков.

Не выявлено различий между мужчинами и женщинами по общим стратегиям защитного поведения. Сравнение отдельных стратегий показывает, что женщины чаще, чем мужчины, носят перчатки ($t=-2,30$; $p<0,05$; $\eta=0,11$), но реже обращаются за медицинской помощью ($t=2,79$; $p<0,01$; $\eta=0,14$). Возраст не связан с защитными действиями.

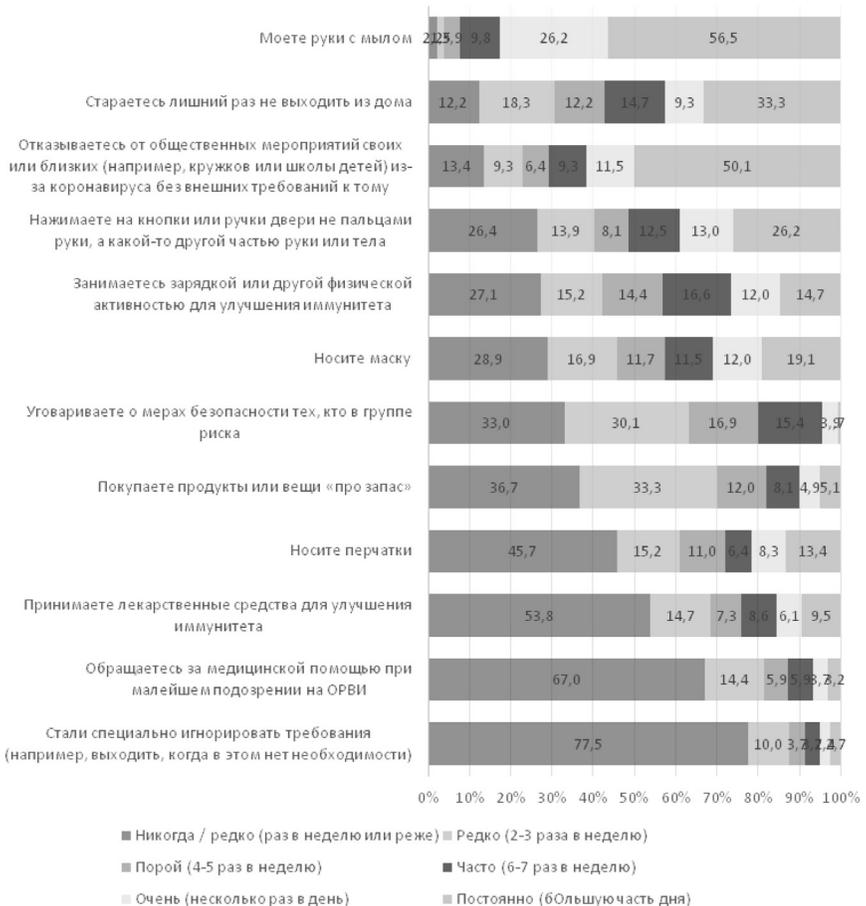


Рис. 3. Защитное поведение в ситуации пандемии: сравнение частот

Тревога по поводу коронавируса и защитное поведение. Люди, более вовлеченные в различные формы защитного поведения, — это люди с более выраженной тревогой заражения ($r=0,28-0,48$; $p<0,01$), чаще отслеживающие информацию о коронавирусе и общающиеся по этому поводу ($r=0,21-0,35$; $p<0,01$). Тревога по поводу негативных последствий пандемии слабее связана с защитным поведением ($r=0,11-0,25$; $p<0,05$), но с отслеживанием информации о пандемии она связана настолько же сильно, как и тревога заражения ($r=0,36$ — для тревоги заражения и $r=0,30$ — для тревоги негативных последствий; $p<0,01$).

Наличие субъективно неконтролируемой тревоги по поводу пандемии не связано с простыми действиями по самоизоляции, но чаще отмечается у тех, кто активно вовлечен в деятельность по защите от заражения ($t=-2,74$; $p<0,01$; $\eta=0,13$) и в другое, не относящееся напрямую к профилактике заражения, защитное поведение ($t=-3,90$; $p<0,01$; $\eta=0,19$), и тех, кто более активно ищет информацию о пандемии ($t=-4,35$; $p<0,01$; $\eta=0,21$). Если рассматривать защитные стратегии более детально, риск неконтролируемой тревоги связан с закупкой продуктов «про запас» ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$), ношением перчаток и нажиманием на кнопки различными частями тела ($t=-2,82-2,18$; $p<0,05$; $\eta=0,11-0,14$), приемом лекарственных средств ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$), физической активностью для улучшения иммунитета ($t=-2,93$; $p<0,01$; $\eta=0,14$) (табл.).

Рассмотрим подробнее защитные действия и связи. Лишь некоторые из них (действия по самоизоляции и дезинфекции, ношение маски и перчаток) обладают подтвержденным эффектом в отношении угрозы заражения. Эффект других не подтвержден (прием препаратов в целях профилактики), прямо не связан с угрозой заражения (отслеживание информации, запасание продуктов). Физическая активность, помимо неподтвержденного эффекта в отношении риска заражения, обладает положительным эффектом в отношении эмоционального состояния и потому не может рассматриваться как фактор риска. Намеренное игнорирование требований с тревогой не связано.

Насколько велик «дополнительный» вклад в тревогу заражения и тревогу последствий пандемии защитного поведения с неподтвержденным эффектом, которое можно минимизировать? Для ответа на этот вопрос проводилось два иерархических регрессионных анализа.

1. В защитном поведении с подтвержденной эффективностью наиболее явные предикторы *тревоги заражения* — ношение перчаток и отказ от общественных мероприятий (предсказывают 19,1% дисперсии тревоги). Отслеживание информации и общение дополнительно предсказывает 7,2% различий между людьми в уровне тревоги заражения ($\beta=0,28$; $p<0,01$). Действия с неподтвержденным эффектом и покупка продуктов являются предикторами 3,6% дисперсии тревоги. Иными словами, даже при полном следовании рекомендованным стратегиям профилактики

10,9% различий между людьми по тревоге заражения могут объясняться избыточным поиском информации, общением по поводу пандемии и чрезмерными защитными действиями.

2. *Тревога негативных последствий* пандемии слабо связана с защитными действиями, эффективность которых подтверждена (пошаговая регрессия в качестве предиктора выявляет ношение перчаток, предсказывающее 2,0% дисперсии тревоги). Независимо от того, следует ли человек этим рекомендациям, отслеживание информации о коронавирусе предсказывает большую выраженность тревоги (дополнительно 8,2% различий между людьми в уровне тревоги; $\beta=0,29$; $p<0,01$), а применение средств с неподтвержденным эффектом связано с еще 2,4% дисперсии тревоги. Если принять рекомендованные меры как неизбежную необходимость, на долю общения, поиска информации и недоказанных защитных действий приходится 10,6% различий между людьми в уровне тревоги по поводу негативных последствий пандемии.

Т а б л и ц а

Корреляции защитных действий и отслеживания информации по поводу пандемии с выраженностью тревоги заражения и тревоги негативных последствий и признаками субъективно неконтролируемой тревоги

Защитное поведение		«Чрезмерная» тревога по пово- ду коронавируса	Тревога заражения	Тревога последствий
Отслеживание информации и общение по поводу пандемии		0,21**	0,36**	0,30**
Защитное поведение — общий показатель		0,21**	0,48**	0,25**
Защитное поведение — активная профилактика заражения		0,17**	0,41**	0,16**
Защитное поведение — самоизоляция		0,08	0,30**	0,11*
Защитное поведение — другое		0,18**	0,28**	0,25**
Действия с подтвержденной эффективностью	Стараетесь лишний раз не выходить из дома	0,05	0,22**	0,05
	Отказываетесь от общественных мероприятий своих или близких (например, кружков или школы детей) из-за коронавируса без внешних требований к тому	0,08	0,31**	0,11*
	Носите маску	0,12*	0,32**	0,13*
	Носите перчатки	0,17**	0,37**	0,14**
	Моете руки с мылом	0,07	0,16**	0,11*

Защитное поведение		«Чрезмерная» тревога по поводу коронавируса	Тревога заражения	Тревога последствий
Действия с неподтвержденной эффективностью	Уговариваете о мерах безопасности тех, кто в группе риска	0,22**	0,36**	0,20**
	Нажимаете на кнопки или ручки двери не пальцами руки, а какой-то другой частью руки или тела	0,14**	0,35**	0,14**
	Обращаетесь за медицинской помощью при малейшем подозрении на ОРВИ	0,00	0,20**	0,16**
	Принимаете лекарственные средства для улучшения иммунитета	0,11*	0,19**	0,14**
Другие действия	Занимаетесь зарядкой или другой физической активностью для улучшения иммунитета	0,11*	0,13**	0,14**
	Покупаете продукты или вещи «про запас»	0,20**	0,30**	0,21**
	Стали специально игнорировать требования (например, выходить, когда в этом нет необходимости)	0,09	0,00	0,10*

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

Обсуждение результатов

Как показывают результаты, тревога в ситуации пандемии неоднородна: в ее структуре доминируют тревога по поводу заражения и тревога по поводу негативных (в первую очередь экономических) последствий. Тревога последствий пандемии более выражена и чаще приобретает дисфункциональный характер, мешая деятельности, является универсальной, не зависящей от пола и возраста. Страх заражения менее выражен, обычно переходит в дисфункциональные формы, только если речь идет о беспокойстве за близких. Этот страх более характерен для женщин, чем для мужчин. Анализ открытого вопроса указывает и на другие поводы тревоги, недостаточно учтенные в данном исследовании: тревоги, связанной с общей неопределенностью, нарушением приватности и контролем, цифровизацией образования, изменением здоровья в связи с самоизоляцией.

Обсуждая перспективу научных исследований тревоги при пандемии, следует отметить два аспекта. Во-первых, в исследованиях, основывающихся на общих вопросах о тревоге и не учитывающих ее содержание,

результаты будут относиться почти исключительно к страху заражения, который в России пока не является доминирующим. Во-вторых, на настоящий момент практически ничего не известно о тех поводах для тревоги, которые выявлены при качественном анализе открытых ответов. Именно они требуют изучения: роль тревоги, связанной с информационной фоном и взаимодействием с информацией о пандемии, цифровизацией образования, нарушением приватности и цифровым контролем, недоверием врачам и медицинской системе, а также тревоги, связанной с семейными изменениями и изменениями образа жизни. Отдельного внимания требует организация распорядка дня, физической активности в период самоизоляции, которая может быть не менее важна для психического здоровья, а жалобы на нарушения сна при пандемии не в меньшей степени связаны с поведением в отношении сна, чем с тревогой и депрессией [2].

Особенности защитного поведения в ситуации пандемии и его связь с тревогой. В структуре защитного поведения выделяются наиболее распространенные действия по самоизоляции (ношение маски, перчаток, дезинфекция), а также разнообразные нетипичные стратегии, включающие медицинские (каждый третий) и физические попытки поддержания иммунитета, действия «вопреки» рекомендациям (их отметил каждый человек из четырех) и покупке продуктов «про запас» (два из трех респондентов).

Ключевое положение данной работы: «порочный круг» тревоги включает как неизбежные защитные действия, так и действия, не связанные с риском заражения или эффект которых неясен. Именно эти стратегии, если они обладают собственным вкладом в тревогу, можно и, предположительно, нужно контролировать и регулировать. Без лонгитюдных и экспериментальных исследований этот результат еще не доказывает, что ограничение такого поведения будет эффективным способом снижения тревоги, но полученные данные полностью поддерживают именно это предположение.

Отслеживание информации и общение по поводу пандемии и их связь с тревогой. С нашей точки зрения, это поведение — защитная реакция, направленная на регуляцию своего состояния (уточнение информации, поиск того, что обнадежит или конкретизирует угрозу, даст план действий). Такого рода поведение в отношении пандемии доказано связано с более выраженной тревогой [7; 11]. Наши данные согласуются с полученными ранее результатами о том, что такая защитная реакция крайне распространена и связана с тревогой. Данные регрессионного анализа позволяют предполагать, что даже после учета тех защитных действий, которые обязательны (самоизоляция, ношение масок и пр.), отслеживание информации и общение по поводу пандемии «ответственно» за 7,2% дисперсии тревоги заражения и 8,2% дисперсии тревоги негативных по-

следствий пандемии. Это довод в пользу предположения о том, что регуляция поиска информации и общения может быть эффективным способом преодоления тревоги в ситуации пандемии.

Таким образом, в структуре тревоги по поводу коронавируса выделяется два связанных аспекта: менее актуальный страх заражения и более выраженная и дисфункциональная тревога по поводу экономических последствий пандемии. Два человека из трех следят за информацией о пандемии каждый день или чаще, а один человек из пятнадцати тратит на это большую часть дня. Дополнительно к эффективным стратегиям профилактики заражения отслеживание информации и общение по поводу пандемии, а также использование необязательных, но распространенных стратегий защиты и стратегий с сомнительной эффективностью предсказывают 10,8% дисперсии тревоги по поводу заражения и 10,6% дисперсии тревоги по поводу негативных последствий пандемии. Это позволяет предполагать, что целенаправленный контроль информационного потока и непроверенных вариантов защитного поведения может способствовать снижению тревоги в ситуации пандемии при сохранении защитных действий с доказанной эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 2020. URL: <https://www.psy.su/feed/8182/> (дата обращения: 7.05.2020).
2. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 320 с.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
4. Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., и др. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 [Электронный ресурс]. ИП РАН, 2020. URL: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8ebqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (дата обращения: 7.05.2020).
5. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройства аффективного спектра: дисс. ... д-ра. психол. наук. М.: МГУ, 2006. 465 с.
6. Beck A., Emery G., Greenberg R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
7. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Электронный ресурс] // Psychiatry Research. 2020. Vol. 288. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120306077> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954

8. *Kennedy P.* Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* / P. Kennedy (ed.). Oxford: Oxford University Press, 2012. P. 3—9.
9. *Lee S.A.* Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety // *Death Studies*. 2020. Vol. 44 (7). P. 393—401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
10. *Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.* The common-sense model of self-regulation of health and illness // *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* / L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.). New York: Routledge, 2003. P. 42—65.
11. *Moghanibashi-Mansourieh A.* Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301878> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102076
12. *Rajkumar R.Ph.* COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 52. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
13. *Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al.* Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
14. *Sahoo S., Rani S., Parveen S., et al.* Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern — A report of 2 cases from India [Электронный ресурс] // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620182030215X> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102104
15. *Wang C., Pan R., Wan X., et al.* Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China [Электронный ресурс] // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/> (дата обращения: 7.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028

REFERENCES

1. Enikolopov S.N., Kaz'mina O.Yu. Dinamika psikhologicheskikh reaktsii na nachal'nom etape pandemii COVID-19 [Dynamics of psychopathological reaction at the first stage of COVID-19 pandemics] [Elektronnyi resurs] // *Psikhologicheskaya gazeta [Psychological Newspaper]*. 2020. Available at: <https://www.psy.su/feed/8182/> (Accessed 7.05.2020).
2. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narushenii [Clinical psychology of sleep and its disturbances]. Moscow: Smysl, 2012. 320 p.
3. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of the body]. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.
4. Kharlamenkova N.E., Bykhovets Yu.V., Dan M.V., et al. Perekhvativanie neopredelennosti, trevogi, bespokoistva v usloviyakh COVID-19 [Experiences of uncertainty, anxiety and unrest during COVID-19] [Elektronnyi resurs]. IP RAS,

2020. Available at: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/komentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (Accessed 7.05.2020).
5. Kholmogorova A.B. Teoreticheskie i empiricheskie osnovaniya integrativnoi psikhoterapii rasstroistva affektivnogo spektra: diss. dokt. psikhol. nauk. [Theoretic and empiric grounds for integrative psychotherapy of affective spectrum disorders. Dr. Sci. (Psychology) Thesis]. Moscow: MGU, 2006. 465 p.
 6. Beck A., Emery G., Greenberg R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
 7. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Elektronnyi resurs]. *Psychiatry Research*, 2020. Vol. 288. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120306077> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
 8. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. In Kennedy P. (ed.). *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 3–9.
 9. Lee S.A. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 2020. Vol. 44 (7), pp. 393–401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
 10. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron L.D., Leventhal H. (eds.). *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior*. New York: Routledge, 2003, pp. 42–65.
 11. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301878> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102076
 12. Rajkumar R.Ph. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 52. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
 13. Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
 14. Sahoo S., Rani S., Parveen S., et al. Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern — A report of 2 cases from India [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187620182030215X> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102104
 15. Wang C., Pan R., Wan X., et al. Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China [Elektronnyi resurs]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/> (Accessed 7.05.2020). doi:10.1016/j.bbi.2020.04.028

Информация об авторах

Тхостов Александр Шамилевич, доктор психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>, e-mail: tkhostov@gmail.com

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Information about the authors

Aleksander Sh. Tkhostov, Doctor of Psychology, Professor, Head of Department of Clinical Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-4096>, e-mail: tkhostov@gmail.com

Elena I. Rasskazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Получена 03.05.2020

Received 03.05.2020

Принята в печать 13.05.2020

Accepted 13.05.2020

ПАНДЕМИЯ КАК ВЫЗОВ СУБЪЕКТИВНОМУ БЛАГОПОЛУЧИЮ: ТРЕВОГА И СОВЛАДАНИЕ

Е.И. РАССКАЗОВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), НИУ «Высшая школа
экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,
e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Д.А. ЛЕОНТЬЕВ

НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2252-9805>,
e-mail: dleontiev@hse.ru

А.А. ЛЕБЕДЕВА

НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>,
e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com

Большинство исследований пандемии сегодня исходит из предположения, что эта ситуация является стрессогенной и ухудшающей благополучие. Цель работы — исследование субъективного благополучия в ситуации пандемии и его связи с совладанием и тревогой по поводу коронавируса. 409 человек заполняли шкалы удовлетворенности жизнью, позитивных и негативных переживаний, ситуативный вариант COPE, методики оценки тревоги заражения и тревоги негативных последствий пандемии. Группами сравнения выступили три выборки (98, 66 и 293 человека), заполнявших шкалы удовлетворенности жизнью и позитивных и негативных переживаний в 2017 и 2019 гг. У респондентов в ситуации самоизоляции отмечается более низкий уровень позитивных эмоций, но не удовлетворенности жизнью и негативных эмоций. Тревога по поводу пандемии связана лишь с негативными эмоциями. Эмо-

ционально ориентированные копинг-стратегии и мысленный уход от проблемы связаны с более высоким уровнем тревоги по поводу пандемии, тогда как проблемно ориентированные и активные стратегии совладания связаны с тревогой слабо, что может объясняться отсутствием готовых продуктивных решения и способов в неопределенной ситуации. При тревоге, связанной с острым и неизбежным риском (таким как риск заражения), концентрация на эмоциях и принятие могут быть не дисфункциональными стратегиями, так как не связаны с ухудшением общего благополучия. Наоборот, попытки справиться с тревогой по поводу негативных последствий пандемии за счет мысленного ухода от проблемы, использования «успокоительных», отрицания связаны с более низким уровнем удовлетворенности жизнью.

Ключевые слова: субъективное благополучие, качество жизни, совладающее поведение, пандемия, коронавирус, COVID-19.

Финансирование: Работа выполнена при поддержке Российского научного фонда (РНФ), проект № 18-18-00480 «Субъективные индикаторы и психологические предикторы качества жизни».

Для цитаты: *Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А., Лебедева А.А. Пандемия как вызов субъективному благополучию: тревога и совладание // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 90—108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280205>*

PANDEMIC AS A CHALLENGE TO SUBJECTIVE WELL-BEING: ANXIETY AND COPING

ELENA I. RASSKAZOVA

Lomonosov Moscow State University, Higher School of Economics, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,

e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

DMITRY A. LEONTIEV

Higher School of Economics, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2252-9805>,

e-mail: dleontiev@hse.ru

ANNA A. LEBEDEVA

Higher School of Economics, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>,

e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com

Most research on the pandemic today assumes that this situation is stressful and requires coping. The aim was to study subjective well-being in the situation of the pandemic and its relationship to coping and anxiety about coronavirus. 409 people filled Satisfaction With Life Scale, Scale of Positive And Negative Experiences, situational version of COPE, checklists assessing anxiety of infection and anxiety of the negative consequences of the pandemic. The comparison groups were three samples of 98, 66 and 293 people who filled Satisfaction With Life Scale and Scale of Positive And Negative Experiences in 2017 and 2019. There was a lower level of positive emotions among respondents in a situation of self-isolation, but the same level of satisfaction with life and negative emotions. Anxiety about the pandemic is related to higher negative emotions only. Emotionally oriented coping strategies and mental disengagement are associated with a higher level of pandemic anxiety. Problem-oriented and active coping strategies are weakly associated with lower anxiety that could be explained by the lack of ready effective methods of resolving this new and uncertain situation. Anxiety associated with current, acute and imminent risk (such as risk of infection), concentration on emotions and acceptance may not be dysfunctional strategies, as they are not associated with deterioration in overall well-being. On the contrary, attempts to cope with anxiety regarding negative consequences of a pandemic by mental disengagement, substance use and denial are associated with a lower level of satisfaction with life.

Keywords: subjective well-being, quality of life, coping, pandemic, coronavirus, COVID-19.

Funding: The study is supported by the Russian Science Foundation, project № 18-18-00480 “Subjective indicators and psychological predictors of quality of life”.

For citation: Rasskazova E.I., Leontiev D.A., Lebedeva A.A. Pandemic as a Challenge to Subjective Well-Being: Anxiety and Coping. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 90–108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280205>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Большинство исследований пандемии сегодня явно или неявно исходят из предположения, что нынешняя ситуация (включающая угрозу заражения, самоизоляцию, переход на цифровое обучение и другие трудности) является стрессогенной, потенциально ухудшающей благополучие и качество жизни личности и требующей совладания. Многочисленные эмпирические работы, в первую очередь в Китае и Иране, указывают на распространенность жалоб на тревогу, депрессию, нарушения сна у людей, столкнувшихся с данной ситуацией [15; 18; 19], а первые обзоры и пилотажи в России приходят к предварительному выводу, что этого можно ожидать и в российском контексте [1; 7]. В целом разделяя этот тезис, выскажем несколько дополнительных соображений.

1. Субъективное благополучие и качество жизни — понятия, вызывающие в последнее время активный интерес в связи с доказательствами асимметричности негативных и позитивных индикаторов благополучия [6] и, более того, различия их функций и особенностей [14]. В клинической психологии хорошо известно, что субклинические группы риска различных психических и соматических заболеваний характеризуются высоким уровнем негативных эмоций: в ранних концепциях это понятие исследовалось под названием «негативной аффективности» [20], позже в психосоматике — под названием личности «типа D» [17]. Опираясь на эти клиничко-психологические исследования, закономерно предполагать рост в нынешней ситуации жалоб на тревожно-депрессивные и общесоматические (частые в популяции) симптомы — но только в группах риска с высоким уровнем негативных эмоций. Но связаны ли эти процессы с удовлетворенностью жизнью, позитивными эмоциями, субъективным счастьем и другими позитивными индикаторами благополучия?

2. Одна из наиболее влиятельных в мире концепций субъективного благополучия Эдварда Динера показывает, что субъективное благополучие крайне стабильно [12]. Даже самые яркие события могут изменить его, но лишь ненадолго. Десятилетия были потрачены на то, чтобы показать, что некоторые небольшие изменения могут стать стабильными [16]; ключевые их результаты касаются содержания поставленных целей, обращения с эмоциями, внимания к своим базовым психологическим потребностям. О какой ситуации идет речь сейчас? На наш взгляд, весьма сомнительно, что через месяц после начала самоизоляции (которая, к тому же, у кого-то проходит на даче, у кого-то вообще не вызвала желания ограничить свою жизнь, а у кого-то явилась долгожданной встречей с семьей) можно ожидать тотального снижения благополучия, тем более долгосрочного.

3. Исследования копинг-стратегий показывают, что содержание копинг-стратегий и предвещающая их ситуация нередко более важны, чем их виды [4]. Так, у людей с ограниченными возможностями здоровья принятие оказывается отрицательно связанным с удовлетворенностью жизнью, потому что их жизнь требует такой меры активности и преодоления, при которых принятие заведомо неэффективно. Активное совладание в отношении учебных проблем эффективно только у тех студентов, кто сдал сессию плохо, а в ином случае не предсказывает ни успеваемости, ни благополучия. Ситуация пандемии, если рассматривать ее как стрессогенную ситуацию, тоже носит комплексный характер. Общее переживание неопределенности — лишь индикатор этой сложности. В ней могут быть и тревога по поводу заражения, и тревога по поводу остаться с собой наедине в самоизоляции, и тревога

по поводу экономических последствий пандемии. Понятно, что делают люди, пытающиеся избежать любой тревоги (например, отвлекаются на другое, находят спасение в психоактивных средствах, отрицают ситуацию). Совершенно неочевидно, что именно делают люди, справляющиеся с ситуацией пандемии при помощи активного совладания (а большинство отвечает, что делают это). Что именно они делают? На какую из их тревог направлены эти действия? Могут ли они им помочь? Иными словами, мы убеждены, что обсуждение стратегий совладания имеет смысл только с дальнейшим уточнением: какие, во имя чего и в какой ситуации?

4. Как сказано выше, содержание тревоги — не менее важный фактор, чем содержание совладания, а в ситуации пандемии неочевидно и это. У любой тревоги есть смысл [2], и без обсуждения этого смысла для личности невозможно говорить ни об эффективности совладания, ни о благополучии. К сожалению, в существующих исследованиях пандемии не так много внимания уделяется смыслу тревоги.

Обобщая сказанное, прежде чем говорить о тотальном снижении качества жизни или необходимости психологической помощи (кроме клинических случаев, требующих помощи безотлагательной), нам кажется правильным выявить, о какого типа снижении качества жизни (если вообще о нем) идет речь в ситуации пандемии, у кого (группы риска или все люди), какие стратегии совладания используются спонтанно, в чем их содержание и в совладании с чем именно в такой комплексной ситуации, как пандемия, они эффективны или неэффективны.

Цель — исследование субъективного благополучия в ситуации пандемии и его связи с совладанием и тревогой по поводу коронавируса и его последствий.

В исследовании выдвигались следующие **гипотезы**:

1. Субъективное благополучие у людей в ситуации пандемии снизится в сравнении с набранными тем же способом выборками предыдущих лет (2017—2019 гг.).

2. Различные типы тревоги (по поводу заражения и по поводу последствий пандемии) могут быть по-разному связаны с благополучием и стратегиями совладания в ситуации пандемии.

3. В отношении внезапных, неконтролируемых рисков (таких как риск заражения) эмоциональное отреагирование, поиск поддержки и принятие могут быть связаны с более высоким субъективным благополучием. В отношении долгосрочных, более управляемых, но менее определенных рисков (таких как риск негативных последствий пандемии) стратегии избегания тревоги — мысленный уход от проблемы, использование «успокоительных», отрицание — связаны с пониженным субъективным благополучием.

Метод

Основная выборка исследования включила 409 человек (186 мужчин, 45,5%, и 223 женщины, 54,5%) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст $32,39 \pm 11,80$ лет), отрицавших историю психического или тяжелого соматического заболевания и не имевших на момент исследования диагноза коронавируса или содержательных оснований его у себя подозревать (три респондента указали, что «все возможно», остальные считали, что не болеют). Респонденты заполняли методики онлайн, в период с 17 апреля по 26 апреля 2020 г, по просьбе студентов, которые получали небольшие дополнительные баллы по учебному курсу за приглашение в исследование двух—трех знакомых.

1. Субъективное благополучие оценивалось в соответствии с моделью Э. Динера: для оценки ее когнитивного компонента применялась шкала удовлетворенности жизнью [3; 11], а для оценки позитивных и негативных эмоций — шкала позитивных и негативных эмоциональных переживаний [5; 13]. Альфа Кронбаха шкал в данном исследовании составила 0,85—0,89. Дополнительно рассчитывался общий индекс благополучия (из суммы стандартизованных показателей удовлетворенности жизни и позитивных эмоций вычитался стандартизованный показатель негативных эмоций).

2. Методика диагностики совладающего поведения COPE [4; 9] использовалась в данном исследовании в ситуативном варианте — по отношению к ситуации пандемии. В связи с этим к инструкции общего варианта было добавлено: «Ответьте, пожалуйста, насколько часто Вы используете каждый из этих вариантов сейчас — в ситуации пандемии коронавируса, которая, так или иначе, коснулась всех, — чтобы справиться со своими переживаниями, защитить себя и своих близких, снизить риски и угрозы и подготовиться к будущему». Опросник позволяет оценить пятнадцать общих копинг-стратегий: активное совладание, планирование, подавление конкурирующей деятельности, сдерживание совладания, поиск инструментальной социальной поддержки, поиск эмоциональной социальной поддержки, концентрация на эмоциях, позитивное переформулирование, отрицание, принятие, обращение к религии, использование «успокоительных» (алкоголя, успокоительных средств, лекарств), юмор, поведенческий уход от проблемы, мысленный уход от проблемы.

Надежность-согласованность большинства субшкал ситуативного варианта COPE была достаточной (альфа Кронбаха — 0,73—0,96). Невысокие, но допустимые для исследовательских целей показатели были получены по субшкалам мысленного (0,61) и поведенческого ухода от проблемы (0,68), тогда как согласованность субшкалы сдерживания была низка (0,58). Эти результаты в целом соответствуют другим, полученным в использовании русскоязычной версии COPE, и объясняются, скорее, особенностями методики, нежели ее применением к ситуации пандемии.

3. Выраженность тревоги заражения оценивалась при помощи пяти вопросов (например: «Насколько сильно Вы тревожитесь по поводу того, что коронавирус угрожает лично Вам или Вашим близким?», «... что Вас могут им заразить?») с оценкой по шкале Лайкерта от 1 до 6 баллов (альфа Кронбаха 0,82). Тревога негативных последствий пандемии оценивалась при помощи трех вопросов («Насколько сильно Вы тревожитесь по поводу того, что из-за эпидемии “рухнет” экономика?», «... что Вы или Ваша семья лишитесь работы/заработка», «... что из-за эпидемии будет дефицит продуктов?», альфа Кронбаха — 0,77). Кроме того, рассчитывался общий показатель тревоги по восьми пунктам (альфа Кронбаха — 0,85).

Дополнительные выборки представляли собой группы респондентов, набранных тем же способом, через студентов той же кафедры в рамках тех же курсов и с теми же условиями, до пандемии и с применением шкал удовлетворенности жизнью и позитивных и негативных переживаний. Таких выборок в данном исследовании было три.

1. Первая группа сравнения была собрана в осеннем семестре 2017 г., включала 98 респондентов, из них 37 мужчин (38,1%). Респонденты были в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст — $29,03 \pm 10,71$ лет).

2. Вторая группа сравнения была собрана в весеннем семестре 2019 г., включала 66 респондентов, из них 27 мужчин (40,9%). Респонденты были в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст — $26,40 \pm 8,69$ лет).

3. Третья группа сравнения была собрана в осеннем семестре 2019 г., включала 293 респондента, из них 140 мужчин (47,8%). Респонденты были в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст — $29,22 \pm 9,83$ лет). В этой группе в данные включались только ответы по шкале позитивных и негативных переживаний, поскольку шкалу удовлетворенности жизнью они заполняли с другой шкалой Лайкерта (1—5 баллов вместо 1—7 баллов).

Все четыре выборки (вместе с основной) не различались по полу респондентов, однако респонденты в ситуации пандемии были немного старше ($F=8,32$; $p<0,01$; $\eta^2=0,03$). При попарном сравнении эти различия касались второй и третьей групп сравнения. Тем не менее, мы считаем проведенные ниже сравнения правомерными по двум причинам. Во-первых, если рассматривать те возрастные различия, из-за которых эта разница достигла уровня значимости, содержательно они невелики. Вряд ли можно всерьез предполагать, что реакция на пандемию человека в 29 лет отличается от реакции в 32 года. Во-вторых, ни в одном из этих исследований возраст респондентов не был связан с их удовлетворенностью жизнью ($r=-0,04-0,05$; $p>0,10$) и позитивными эмоциями ($r=-0,16-0,09$; $p>0,10$), но в двух исследованиях из четырех более низкий уровень негативных эмоций был характерен для людей более старшего возраста (при пандемии $r=-0,16$; $p<0,01$ и осенью 2019 г. $r=-0,29$; $p<0,01$). В остальных двух исследованиях связи возраста и негативных

эмоций также были отрицательными, но принятого уровня значимости не достигали ($r=-0,12$ и $r=-0,05$). Иными словами, небольшие возрастные различия в выборках не могли сказаться на результатах сравнения удовлетворенности жизнью и позитивных эмоций. Тем не менее, во всех трех случаях возраст включался в анализ в качестве ковариаты с целью статистического контроля возможных возрастных эффектов.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты

Субъективное благополучие в ситуации пандемии. Показатели удовлетворенности жизнью не различались в четырех группах ($p>0,20$). Более детальный анализ показал, что удовлетворенность основной группы (в ситуации пандемии) была почти идентичной группе 2019 г., но ниже (хотя и незначимо), чем в 2017 г. Выраженность позитивных эмоций в группе 2020 г. была ниже, чем во всех остальных контрольных группах ($F=6,75$; $p<0,01$; $\eta^2=0,02$), однако при попарном сравнении групп принятого уровня значимости $p<0,05$ достигало только сравнение с группой 2017 г. Иными словами, вполне возможно, что за последние два года уровень позитивных эмоций снижался постепенно, и результаты 2020 г. не являются особыми. Уровень негативных эмоций был максимален в группе весеннего семестра 2019 г. и практически идентичен в остальных группах. Иными словами, на настоящий момент нет оснований говорить о его изменении.

Тревога и совладание в ситуации пандемии: связь с субъективным благополучием. К числу наиболее распространенных стратегий совладания в ситуации пандемии относятся позитивное переформулирование и личностный рост, принятие, планирование, активное совладание, юмор (рис.). К числу наиболее редких — использование «успокоительных» средств, включая алкоголь, обращение к религии, отрицание. Женщины чаще используют мысленный уход от проблемы, концентрацию на эмоциях, социальную поддержку, обращение к религии, принятие ($t=-6,54$ — $-2,30$; $p<0,01$; $\eta=0,11$ — $0,31$). Мужчины чаще говорят об активном совладании, юморе и подавлении конкурирующей деятельности ($t=2,59$ — $3,68$; $p<0,01$; $\eta=0,13$ — $0,18$). Люди более старшего возраста чаще прибегают к религии ($r=0,26$; $p<0,01$), немного чаще используют активные стратегии совладания ($r=0,11$; $p<0,05$) и немного реже — мысленное отвлечение ($r=-0,12$; $p<0,05$) и юмор ($r=-0,14$; $p<0,05$), по сравнению с молодыми людьми.

Мысленный уход от проблем, концентрация на эмоциях и их отреагирование, поиск эмоциональной и инструментальной социальной поддержки

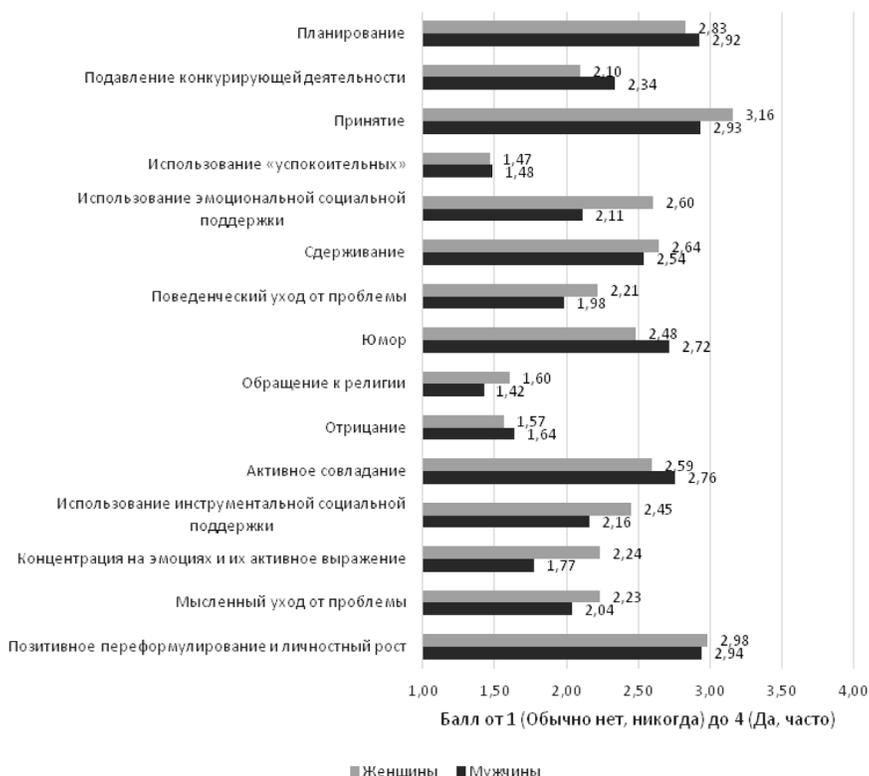


Рис. Стратегии совладания с ситуацией пандемии у мужчин и женщин

($r=0,23-0,31$; $p<0,01$) и — в меньшей степени — прием алкоголя и «успокоительных» средств ($r=0,12$; $p<0,05$) связаны с более высоким уровнем тревоги в ситуации пандемии. Позитивное переформулирование и юмор связаны с меньшей тревогой, однако связи эти слабы ($r=-0,15-0,14$; $p<0,01$). Интересно, что в первую очередь эти результаты относятся к тревоге заражения и именно в отношении тревоги заражения полностью воспроизводятся. Наоборот, если речь идет о тревоге негативных последствий пандемии, ее связи с копинг-стратегиями заметно слабее: корреляции с мысленным уходом от проблем, концентрацией на эмоциях, поиском социальной поддержки варьируют: $r=0,17-0,25$ ($p<0,01$), сохраняется корреляция с приемом «успокоительных» средств ($r=0,12$; $p<0,05$). Не выявлено связей тревоги последствий пандемии с позитивной переинтерпретацией и юмором.

Чем более выражена у человека тревога в ситуации пандемии, тем ниже его общее субъективное благополучие (табл.). Однако эта общая

связь объясняется исключительно связью тревоги и негативных эмоций, но не позитивных эмоций или удовлетворенности жизнью.

Субъективное благополучие выше у тех, кто для совладания с ситуацией пандемии более склонен использовать позитивное переформулирование, юмор, и ниже у тех, кто прибегает к мысленному уходу, концентрации на эмоциях, «успокоительным» средствам. Использование как эмоциональной, так и инструментальной поддержки оказывается слабо отрицательным фактором благополучия из-за связи этих стратегий с негативными эмоциями. Активное совладание связано с благополучием слабо положительно, также благодаря тому, что связано с более низким уровнем негативных эмоций.

Таблица

Взаимосвязь тревоги и стратегий совладания в ситуации пандемии с субъективным благополучием: результаты корреляционного анализа (N = 409)

Тревога и стратегии совладания в ситуации пандемии	Индекс благополучия	Удовлетворенность жизнью	Позитивные эмоции	Негативные эмоции
Тревога в ситуации пандемии — Общий показатель	-0,21**	-0,10*	-0,10	0,31**
Тревога заражения	-0,18**	-0,06	-0,09	0,28**
Тревога негативных последствий пандемии	-0,18**	-0,11*	-0,08	0,24**
COPE — Позитивная интерпретация и личностный рост	0,32**	0,21**	0,34**	-0,21**
COPE — Мысленный уход от проблемы	-0,24**	-0,18**	-0,16**	0,22**
COPE — Концентрация на эмоциях и их активное выражение	-0,32**	-0,08	-0,22**	0,47**
COPE — Использование инструментальной социальной поддержки	-0,10*	0,01	-0,08	0,17**
COPE — Активное совладание	0,14**	0,07	0,12*	-0,15**
COPE — Юмор	0,25**	0,10*	0,31**	-0,17**
COPE — Поведенческий уход от проблемы	-0,16**	-0,12*	-0,09	0,16**
COPE — Использование эмоциональной социальной поддержки	-0,15**	0,03	-0,10*	0,28**
COPE — Использование «успокоительных»	-0,30**	-0,27**	-0,19**	0,25**

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

Совладание с пандемией и благополучие при разном уровне тревоги: анализ модерации. Для проверки гипотезы о том, что в ситуации пандемии эффективность различных стратегий совладания в отношении благополучия может быть различной в зависимости от содержания и выраженности тревоги у человека, проводилась серия анализов модерации [10]. Основной зависимой переменной выступал интегративный показатель субъективного благополучия; дополнительно проводился анализ по составляющим благополучия (удовлетворенность жизнью, позитивные и негативные эмоции). На первом шаге анализа модерации зависимая переменная предсказывалась на основе стандартизованных показателей тревоги по поводу заражения, тревоги по поводу последствий пандемии и одной из копинг-стратегий в ситуации коронавируса (отдельно для каждой стратегии). На втором шаге анализа добавлялись две независимые переменные, характеризующие взаимодействие каждого из видов тревоги с данной копинг-стратегией. Изменение процента объясняемой моделью дисперсии (на втором шаге, по сравнению с первым), достигающее значимости $p < 0,05$, означало наличие эффекта взаимодействия: связь тревоги и благополучия различается при различных стратегиях совладания с ситуацией.

В целом, в отношении общего *индекса субъективного благополучия* было выявлено четыре эффекта взаимодействия. Концентрация на эмоциях и их выражение были связаны с общим низким уровнем субъективного благополучия ($\beta = -0,29$; $p < 0,01$; на первом шаге анализа $R^2 = 11,7\%$; $p < 0,01$), но у людей с выраженной тревогой по поводу заражения этот эффект был слабее ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$; на втором шаге анализа $\Delta R^2 = 1,4\%$; $p < 0,05$). Повтор анализа модерации отдельно для удовлетворенности жизнью, позитивных и негативных эмоций показывает, что этот результат касается, в основном, удовлетворенности жизнью ($p < 0,05$); в отношении позитивных эмоций он достигает лишь уровня тенденции ($p < 0,10$) и вовсе не выявляется в отношении негативных эмоций. Напротив, у людей, чаще использующих стратегию принятия, отрицательная связь тревоги заражения и благополучия ($\beta = -0,13$; $p < 0,05$; на первом шаге анализа $R^2 = 4,7\%$; $p < 0,01$) слабее, чем у тех, кто реже принимает сложившуюся ситуацию такой, какая она есть ($\beta = -0,13$; $p < 0,05$; на втором шаге анализа $\Delta R^2 = 2,5\%$; $p < 0,01$). Этот результат объясняется не удовлетворенностью жизнью, а выраженностью позитивных и негативных эмоций.

Еще один эффект модерации был установлен в отношении использования «успокоительных» средств, которое в целом связано с более низким благополучием ($\beta = -0,28$; $p < 0,01$; на первом шаге анализа $R^2 = 12,3\%$; $p < 0,01$), но у людей с тревогой по поводу последствий пандемии этот эффект выражен сильнее ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$; на втором шаге анализа $\Delta R^2 = 1,5\%$; $p < 0,05$). Более детальный анализ показывает, что этот эффект модерации касается именно удовлетворенности жизнью, а не эмоций. Наконец, при

склонности к подавлению конкурирующей деятельности отмечается более выраженная связь тревоги по поводу последствий пандемии и низкого уровня благополучия ($\beta=-0,13$; $p<0,05$; на первом шаге анализа $R^2=5,1\%$; $p<0,01$; $\beta=0,13$; $p<0,05$; на втором шаге анализа $\Delta R^2=1,5\%$; $p<0,05$). Этот эффект взаимодействия относится (на уровне тенденции $p<0,08$) к удовлетворенности жизнью и позитивным эмоциям.

Дополнительно к этим результатам было выявлено два эффекта модерации, касавшихся исключительно *удовлетворенности жизнью*. Во-первых, склонность к мысленному уходу связана с более низким уровнем удовлетворенности ($\beta=-0,17$; $p<0,01$, на первом шаге анализа $R^2=3,9\%$; $p<0,01$), и этот эффект более выражен у лиц с более высоким уровнем тревоги по поводу последствий пандемии ($\beta=0,14$; $p<0,01$; на втором шаге анализа $\Delta R^2=1,6\%$; $p<0,05$). Во-вторых, в отношении удовлетворенности жизнью выявлен также эффект модерации отрицания и тревоги по поводу последствий пандемии: в целом, удовлетворенность жизнью не зависит от отрицания, но на уровне тенденции ниже у людей с тревогой по поводу последствий пандемии ($\beta=-0,09$; $p<0,10$; на первом шаге анализа $R^2=1,6\%$; $p<0,10$), однако при высоком уровне отрицания эта связь становится более выраженной ($\beta=0,15$; $p<0,01$; на втором шаге анализа $\Delta R^2=2,8\%$; $p<0,01$).

Обсуждение результатов

Субъективное благополучие: есть ли основания говорить об общем снижении в ситуации пандемии? В соответствии с моделью Э. Динера [12], наши результаты свидетельствуют скорее в пользу стабильности субъективного благополучия, по крайней мере, его когнитивного компонента и негативных эмоций. При этом результаты свидетельствуют в пользу того, что уровень позитивных эмоций в настоящий момент ниже, чем в предыдущие годы (возможно, снижение было постепенным в последние два года). Что касается негативных эмоций, следует учесть, что с возрастом их выраженность становится меньше. Выборка 2020 г. (во время пандемии) была немного старше, т. е. возможно, что будущие исследования выявят нарастание негативных эмоций в ситуации пандемии, которое не обнаружили мы.

Особый интерес представляет тот результат, что тревога в ситуации пандемии практически не связана с общей удовлетворенностью жизнью и позитивными эмоциями. Ее связь с субъективным благополучием полностью объясняется связью с негативными эмоциями. Иными словами, возможно, что уровень позитивных эмоций у людей в ситуации пандемии снизился, но, по-видимому, *произошло это не по причине тре-*

воги, а по другим причинам (например, из-за депрессивных переживаний, снижения уровня активности и пр.). С нашей точки зрения, можно предполагать, что негативные и позитивные эмоции в ситуации неопределенности (такой, как пандемия) становятся менее связаны друг с другом. *Негативные эмоции определяются тревожно-депрессивными переживаниями в ситуации пандемии и отмечаются только при особых реакциях на ситуацию угрозы коронавируса* (именно поэтому средний их уровень стабилен), а позитивные эмоции определяются другими факторами.

Эффективность копинг-стратегий в отношении тревоги по поводу пандемии. Без логитюдных данных о динамике тревоги окончательные выводы об эффективности различных стратегий совладания с пандемией преждевременны. На настоящий момент четко заметна неэффективность в отношении тревоги эмоционально ориентированных копинг-стратегий и мысленного ухода от проблемы, тогда как позитивная роль переформулирования и юмора минимальна, а активное совладание и планирование не связаны с тревогой вовсе. С нашей точки зрения, результаты объясняются новизной самой ситуации пандемии: избегание тревоги и чрезмерное фокусирование на переживании эмоций и их выражении являются общими факторами хронификации тревоги, препятствуя эффективному преодолению проблемы [8]. Прием «успокоительных» средств, включая алкоголь, также не способствует трансформации ситуации, их эффект краткосрочен, однако зависит от количества и частоты этой стратегии, что и объясняет слабость корреляции. Напротив, позитивное переформулирование, юмор, а особенно активное совладание и планирование требуют хорошего видения перспективы ситуации, того, какие именно активные действия можно предпринять, как именно переформулировать ситуацию, а это в настоящее время трудно предсказать. Говоря метафорически, люди постепенно учатся применять проблемно ориентированные, позитивные стратегии совладания в новой неопределенной ситуации, и этот процесс требует времени, вовлеченности и не имеет готовых, однозначно эффективных решений.

В этом контексте закономерно, что стратегии совладания с ситуацией пандемии более тесно связаны с тревогой заражения, нежели с тревогой негативных последствий пандемии. Перспектива негативных последствий пандемии явно более неопределенная, то, какие действия и стратегии эффективны в уменьшении рисков, малопредсказуемо. Как следствие, активное совладание с такими угрозами может быть основано исключительно на индивидуальных или семейных решениях, а их результат проверен с течением времени.

Копинг-стратегии и благополучие при выраженной тревоге по поводу заражения и последствий пандемии: эффекты модерации. Данные свидетельствуют в пользу того, что выраженная тревога по поводу заражения (к тре-

воге по поводу последствий пандемии это не относится) уменьшает связь стратегии концентрации на эмоциях с субъективным неблагополучием. По крайней мере, возможно, что для тревоги, связанной с текущим, острым и неизбежным риском (таким как риск заражения), отреагирование эмоций не столь явно связано с неудовлетворенностью жизнью, как в других ситуациях. Кроме того, при выраженной тревоге по поводу заражения стратегия принятия может быть эффективной в отношении эмоционального состояния человека. В частности, у людей, использующих стратегию принятия в отношении пандемии, тревога заражения слабее связана с негативными эмоциями и более низким уровнем позитивных эмоций.

Мысленный уход от проблемы и использование «успокоительных» средств особенно тесно связаны с низким уровнем удовлетворенности жизнью у тех, кто сильнее переживает из-за негативных последствий пандемии. Можно предварительно предполагать, что попытки справиться с тревогами из-за возможной потери работы и/или экономического кризиса за счет мысленного ухода от проблемы и использования «успокоительных» могут быть особенно неэффективны, поскольку рискуют негативно сказаться не только на эмоциональном состоянии, но и на когнитивной оценке своей жизни в целом. Точно так же склонность к отрицанию в ситуации пандемии, будучи сама по себе не связана с удовлетворенностью жизнью, оказывается предиктором худшей удовлетворенности у тех, кто беспокоится из-за последствий пандемии. На первый взгляд, несколько «выбивается» из данного контекста тот результат, что при подавлении конкурирующей деятельности связь тревоги по поводу пандемии и низкого уровня благополучия также сильнее, чем если человек не использует эту стратегию. С нашей точки зрения, причина заключается в том, что в ситуации тревоги по поводу негативных последствий пандемии трудно сказать, что именно является подавлением конкурирующей деятельности и насколько это эффективная стратегия. Например, если в попытке справиться с тревогой человек сосредоточивается на небольших задачах и старается не думать о наиболее тревожащем его, речь, по сути, идет о тех же стратегиях, что и в случае мысленного ухода, отрицания, использования «успокоительных», т. е. о хронификации тревоги из-за ее избегания. К сожалению, пока трудно сказать, какая стратегия активного совладания с угрозой экономических последствий пандемии эффективна, а значит, и разделение «основной» и «конкурирующей» деятельности становится условным.

Выводы

Таким образом, показатели удовлетворенности жизнью и негативных эмоций, выявляемые в ситуации пандемии, не отличаются от данных,

полученных в другое время в аналогичных выборках (2017, 2019 гг.), но свидетельствуют в пользу гипотезы о более низком уровне позитивных эмоций у респондентов в ситуации самоизоляции. Тревога по поводу пандемии не связана с удовлетворенностью жизнью и позитивными эмоциями, но связана с негативными эмоциями. Из стратегий совладания в ситуации пандемии чаще других назывались позитивное переформулирование и личностный рост, принятие, планирование, активное совладание, юмор. Реже всего — использование «успокоительных» средств, включая алкоголь, обращение к религии, отрицание.

Эмоционально ориентированные копинг-стратегии и мысленный уход от проблемы связаны с более высоким уровнем тревоги по поводу пандемии, тогда как проблемно ориентированные и активные стратегии совладания связаны с тревогой слабо, что может объясняться отсутствием готовых продуктивных решения и способов в неопределенной ситуации (особенно это касается тревоги по поводу негативных последствий пандемии).

Результаты анализа модерации позволяют предполагать, что при тревоге, связанной с текущим, острым и неизбежным риском (таким как риск заражения), концентрация на эмоциях и принятие могут быть не дисфункциональными стратегиями, так как не связаны с ухудшением общего благополучия. Наоборот, попытки справиться с тревогой по поводу негативных последствий пандемии за счет мысленного ухода от проблемы, использования «успокоительных», отрицания связаны с более низким уровнем удовлетворенности жизнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 2020. URL: <https://www.psy.su/feed/8182/> (дата обращения: 09.05.2020).
2. Мэй Р. Смысл тревоги: пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. 416 с.
3. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 1. С. 117—142.
4. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 1. С. 82—118.
5. Рассказова Е.И., Лебедева А.А. Скрининговая шкала позитивных и негативных переживаний Э. Динера: апробация русскоязычной версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2020. В печати.
6. Селигман М. Новая позитивная психология: пер. с англ. М.: София, 2006. 367 с.

7. Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., и др. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 [Электронный ресурс]. ИП РАН, 2020. URL: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (дата обращения: 09.05.2020).
8. Beck A., Emery G., Greenberg R. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
9. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 56 (2). P. 267—283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
10. Chaplin W.F. Moderator and mediator models in personality research // Handbook of research methods in personality psychology / R.W. Robins, R.C. Fraley, R.E. Krueger (eds.). New York: The Guilford Press, 2007. P. 602—632.
11. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., et al. The Satisfaction with Life Scale // Journal of Personality Assessment. 1985. Vol. 49 (1). P. 71—75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
12. Diener E., Ryan K. Subjective well-being: a general overview // South African Journal of Psychology. 2009. Vol. 39 (4). P. 391—406. doi:10.1177/008124630903900402
13. Diener E., Wirtz D., Tov W., et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings // Social Indicators Research. 2010. Vol. 97 (2). P. 143—156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
14. Fredrickson B.L. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology // American Psychologist. 2001. Vol. 56 (3). P. 218—226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
15. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Электронный ресурс] // Psychiatry Research. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152913/> (дата обращения: 09.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
16. Lyubomirsky S. The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does. New York: Penguin Press, 2013. 298 p.
17. Pedersen S.S., Denollet J. Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups // Current Cardiology Reviews. 2006. Vol. 2 (3). P. 205—213. doi:10.2174/157340306778019441
18. Rajkumar R.Ph. COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature [Электронный ресурс] // Asian Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 52. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (дата обращения: 09.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
19. Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Электронный ресурс] // Asian Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 51. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (дата обращения: 09.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
20. Watson D., Clark L.A., Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders // Journal of Abnormal Psychology. 1988. Vol. 97 (3). P. 356—363. doi:10.1037/0021-843X.97.3.346

REFERENCES

1. Enikolopov S.N., Kaz'mina O.Yu. Dinamika psikhologicheskikh reaktsii na nachal'nom etape pandemii COVID-19 [Dynamics of psychopathological reaction at the first stage of COVID-19 pandemics] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya gazeta [Psychological Newspaper]*, 2020. Available at: <https://www.psy.su/feed/8182/> (Accessed 09.05.2020).
2. May R. *Smysl trevogi [The Meaning of Anxiety]*. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2006. 416 p. (In Russ.).
3. Osin E.N., Leont'ev D.A. Kratkie russkoyazychnye shkaly diagnostiki sub"ektivnogo blagopoluchiya: psikhometricheskie kharakteristiki i sravnitel'nyi analiz [Brief Russian-Language Instruments to Measure Subjective Well-Being: Psychometric Properties and Comparative Analysis]. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny [Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes]*, 2020, no. 1, pp. 117—142.
4. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Koping-strategii v strukture deyatel'nosti i samoregulyatsii: psikhometricheskie kharakteristiki i vozmozhnosti primeneniya metodiki COPE [Coping Strategies in the Structure of Activity and Self-Regulation: Psychometric Properties and Applications of the COPE Inventory]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyshei shkoly ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2013. Vol. 10 (1), pp. 82—118.
5. Rasskazova E.I., Lebedeva A.A. Skringovaya shkala pozitivnykh i negativnykh perezhivaniy E. Dinera: aprobatsiya russkoyazychnoi versii [Diener's Scale of Positive and Negative Experiences: Validation of the Russian version]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyshei shkoly ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2020. In print.
6. Seligman M. Novaya pozitivnaya psikhologiya [Authentic Happiness]. Moscow: Sofiya, 2006. 367 p. (In Russ.).
7. Kharlamenkova N.E., Bykhovets Yu.V., Dan M.V., et al. Perekhivanie neopredelennosti, trevogi, bespokoistva v usloviyakh COVID-19 [Experiences of uncertainty, anxiety and unrest during COVID-19] [Elektronnyi resurs]. IP RAS, 2020. Available at: http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html?fbclid=IwAR2oJC9T6N8XvicF7wz4neKQ8r8Yc3POe8bqmOzGNFaBJqWO77L6FBUNnok (Accessed 09.05.2020).
8. Beck A., Emery G., Greenberg R. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, 2005. 388 p.
9. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989. Vol. 56 (2). P. 267—283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
10. Chaplin W.F. Moderator and mediator models in personality research. In Robins R.W., Fraley R.C., Krueger R.E. (eds.). *Handbook of research methods in personality psychology*. New York: The Guilford Press, 2007, pp. 602—632.
11. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., et al. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985. Vol. 49 (1), pp. 71—75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
12. Diener E., Ryan K. Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 2009. Vol. 39 (4), pp. 391—406. doi:10.1177/008124630903900402

13. Diener E., Wirtz D., Tov W., et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 2010. Vol. 97 (2), pp. 143—156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y
14. Fredrickson B.L. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 2001. Vol. 56 (3), pp. 218—226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
15. Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey [Elektronnyi resurs]. *Psychiatry Research*, 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152913/> (Accessed 09.05.2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
16. Lyubomirsky S. The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does. New York: Penguin Press, 2013. 298 p.
17. Pedersen S.S., Denollet J. Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Reviews*, 2006. Vol. 2 (3), pp. 205—213. doi:10.2174/157340306778019441
18. Rajkumar R.Ph. COVID-19 and Mental Health: A Review of the Existing Literature [Elektronnyi resurs] // *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 52. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301775> (Accessed 09.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
19. Roy D., Tripathy S., Kar S.K., et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic [Elektronnyi resurs]. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020. Vol. 51. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301945> (Accessed 09.05.2020). doi:10.1016/j.ajp.2020.102083
20. Watson D., Clark L.A., Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988. Vol. 97 (3), pp. 356—363. doi:10.1037/0021-843X.97.3.346

Информация об авторах

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова); ведущий научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации, НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Леонтьев Дмитрий Алексеевич, доктор психологических наук, заведующий международной лабораторией позитивной психологии личности и мотивации, НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2252-9805>, e-mail: dleontiev@hse.ru

Лебедева Анна Александровна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, международная лаборатория позитивной психологии личности и мотивации, НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>, e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com

Information about the authors

Elena I. Rasskazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Moscow State University; Senior Researcher, International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Dmitry A. Leontiev, Doctor of Psychology, Head of International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2252-9805>, e-mail: dleontiev@hse.ru

Anna A. Lebedeva, PhD in Psychology, Senior Researcher, International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5919-5338>, e-mail: anna.alex.lebedeva@gmail.com

Получена 30.04.2020

Received 30.04.2020

Принята в печать 06.05.2020

Accepted 06.05.2020

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НА ТЕЛЕФОН НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ И ДО НЕГО

А.А. ГЕРАСИМОВА

Московская служба психологической помощи населению
(ГБУ МСППН),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>,

e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

В работе проведено сравнение обращений на телефон неотложной психологической помощи (ТНПП) в период с 1 марта по 17 апреля 2020 г. с аналогичным периодом в 2019 г. Рассмотрены темы стрессовых и тревожных состояний, суицидальные обращения и обращения, связанные с насилием над личностью. В 2020 г. по сравнению с аналогичным периодом в 2019 г. отмечается следующая динамика: в 2,5 раза увеличилось количество обращений, касающихся тревожных состояний; появились обращения о суицидальных действиях, в 2,5 раза выросло количество обращений о самоповреждающем поведении; почти в 1,5 раза возросло количество обращений по темам домашнего, физического и сексуально-го насилия. Предполагается возможность экстраполировать результаты и говорить об отражении актуальных психологических трудностей людей в целом.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, коронавирус, телефон неотложной психологической помощи.

Для цитаты: Герасимова А.А. Анализ обращаемости на телефон неотложной психологической помощи в период пандемии и до нее // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 109—119. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280206>

PATTERNS OF MENTAL HEALTH HOTLINE CALLS DURING AND BEFORE PANDEMIC

ANNA A. GERASIMOVA

Moscow Service of Psychological Assistance to Population,
Moscow, Russia,

ORCID: : <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>,

e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

The article compares calls to a mental health hotline from March 1 to April 17, 2020, with the same period in 2019. Calls related to stress, anxiety, suicide, and abuse are considered. In 2020, compared with the same period in 2019, the following dynamics are noted: the number of calls concerning anxious conditions increased 2.5 times; calls about suicidal acts appeared, the number of calls about self-harming behavior increased 2.5 times; the number of complaints on the topics of domestic, physical and sexual abuse increased almost 1.5 times. It is assumed that the results can be extrapolated and thus they reflect the current psychological difficulties of people as a whole.

Keywords: pandemic, COVID-19, coronavirus, mental health hotline.

For citation: Gerasimova A.A. Patterns of Mental Health Hotline Calls during and before Pandemic. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 109–119. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280206>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Согласно современным представлениям, стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. Стрессором, способным привести к подобным нарушениям, могут стать экстремальные кризисные ситуации, которые несут за собой существенные негативные последствия, могут быть угрозой жизни человека или его близких [1]. Опыт переживания стрессового события может затрагивать все сферы функционирования человека, оказывать влияние на личностные характеристики не только пережившего стресс человека, но и его окружения [2].

По данным с сайта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на 4 мая 2020 г. в мире зафиксировано 3407747 подтвержденных случаев заболевания COVID-19 в 215 странах или территориях [9]. Ранее 11 марта ВОЗ объявила болезнь COVID-19, вызываемую коронавирусом SARS-CoV-2, пандемией.

В профессиональном сообществе обсуждаются последствия введения мер для сдерживания распространения заболевания для психического здоровья и совладающие стратегии людей для перестройки привычного

поведения [3; 4]. Ожидается рост симптомов тревоги, депрессии, количества самоповреждений и самоубийств. В качестве наиболее уязвимых групп выделяют работников сферы здравоохранения, осуществляющих непосредственный уход за заболевшими COVID-19, самих заболевших и людей, страдающих различными психическими расстройствами. Прогнозируется увеличение употребления алкоголя и рост домашнего насилия [6; 7]. Изменение социально-экономического статуса, а именно потеря работы, также предсказывает увеличение числа самоубийств [8].

В обзорном исследовании влияния карантина на психологическое благополучие сообщается преимущественно о негативных психологических эффектах: симптомах посттравматического стрессового расстройства, замешательстве и страхе. В качестве стрессовых факторов выделяются: длительные сроки карантина, страх заражения, фрустрация, скука, недостаточные запасы (еда, вода, одежда), недостаточная информация, финансовые потери и стигматизация [5].

В России Центр перспективных управленческих решений и Общероссийский гражданский форум на основе полуструктурированного экспертного интервью подготовили аналитическую записку, в которой выделяют 24 наиболее уязвимые группы, описывая их положение, потребности и необходимые меры поддержки в текущей эпидемиологической ситуации [3].

Отечественные и зарубежные исследователи сходятся во мнении о необходимости оказания дополнительной психологической помощи наиболее уязвимым группам. На первый план для решения этой задачи выступают различные дистанционные способы коммуникации (телефонное консультирование, видеоконференции, чаты, электронная почта и т. д.).

Для многих людей бесплатная психологическая помощь становится доступной благодаря круглосуточному телефону неотложной психологической помощи (ТНПП) от Московской службы психологической помощи населению.

Объем обрабатываемых обращений позволяет экстраполировать выводы и говорить об отражении актуальных психологических трудностей людей в целом.

Цель работы — сравнение обращений, поступающих на телефон неотложной психологической помощи в период пандемии и до него.

Выборка

Обрабатывались данные обращений с 1 марта по 30 апреля 2019 г. (N=8921) и данные обращений с 1 марта по 17 апреля 2020 г. (N=8653). В

2019 г. временной период увеличен для выравнивания количества рабочих часов. Также выделялись данные «COVID-ассоциированных» звонков с 8 марта по 17 апреля (N=1054).

Каждое обращение унифицируется и кодируется в соответствии с характером звонка (ошибочный звонок, запрос справочной информации, семейные отношения, детско-родительские отношения, здоровье, суицид и т. п.).

Результаты

Изменения количества и качества обращений в период пандемии по сравнению с аналогичным периодом в 2019 г. наглядно представлено в табл. 1.

Таблица 1
Рейтинг наиболее частых обращений в 2019 и 2020 гг.

2019 год		2020 год	
Тип обращения	Количество обращений	Тип обращения	Количество обращений
Запрос справочной информации	1964	Запрос справочной информации	2135
Отношения взрослых детей и родителей	363	Тревожное состояние	455
Супружеские конфликты	283	Супружеские конфликты	311
Одиночество в пожилом возрасте	246	Отношения взрослых детей и родителей	293
Проблемы дружеских отношений	227	Проблемы дружеских отношений	270
Острое стрессовое состояние	216	Острое стрессовое состояние	269
Депрессивное состояние	185	Разрыв отношений	230
Тревожное состояние	181	Одиночество в пожилом возрасте	185

Как видно из табл. 1, в 2020 г. наиболее популярным стало обращение с тревожными состояниями, в отличие от 2019 г., когда наиболее частыми были вопросы отношений взрослых детей и их родителей. Возросло количество супружеских конфликтов, разрывов отношений.

Стресс, тревожные состояния. Изменение числа обращений по стрессовым и тревожным состояниям представлено на рис. 1. Черным

цветом выделены линии динамики обращений, количество которых возросло более чем в 2 раза.

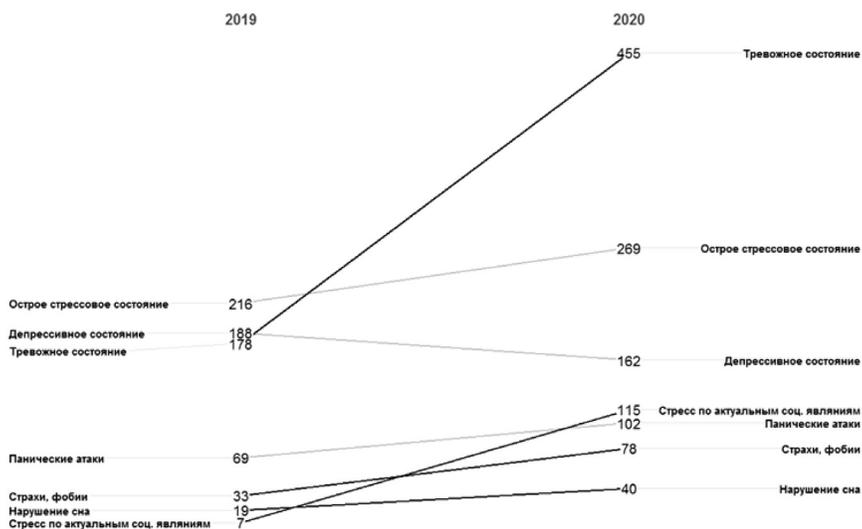


Рис. 1. Стрессовые и тревожные состояния в 2019 и 2020 гг.

Наиболее заметно увеличение обращений (более чем в 16 раз) по острым/ стрессовым переживаниям, касающимся актуальных социальных явлений. В 2,5 раза увеличилось количество обращений с тревожными состояниями.

Только для одной категории обращений заметно снижение — депрессивные состояния.

Если посмотреть двухнедельную динамику с начала марта, то можно заметить, что обращения с депрессивными состояниями также заметно снижаются во второй половине марта, а в апреле возвращаются к показателю первой половины марта (рис. 2).

Вместе с тем заметен существенный рост числа обращений с тревожными состояниями, паническими атаками, острыми/стрессовыми переживаниями, связанными с актуальными социальными явлениями.

На рис. 3 наглядно представлено соотношение всех обращений по темам стресса и тревоги к «COVID-ассоциированным». Среди обращений с темой страхов и фобий, стресса по актуальным социальным явлениям их доля достигает почти 25%.

Суицидальные обращения. На рис. 4 представлен рост количества обращений, связанных с темой суицида. Черным цветом выделены линии динамики обращений, количество которых возросло более чем в 2 раза.

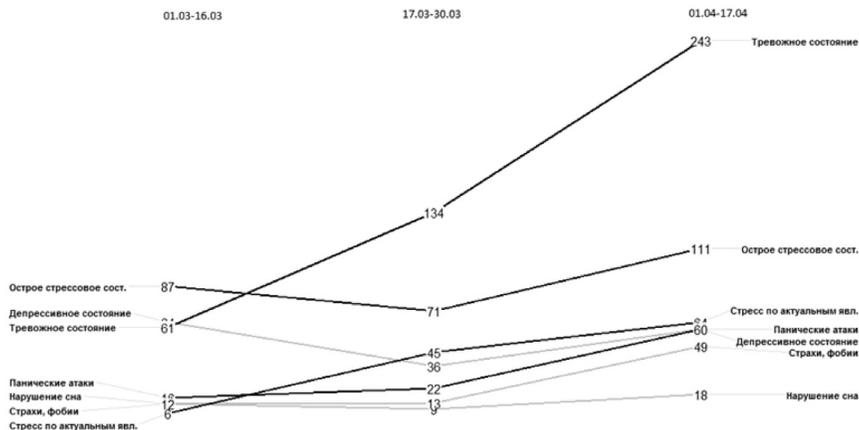


Рис. 2. Количество стрессовых, тревожных обращений в период с 1 марта по 17 апреля

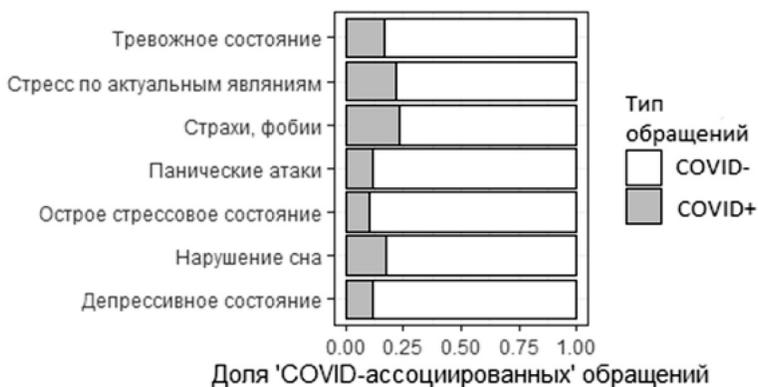


Рис. 3. Доля «COVID-ассоциированных» обращений от их общего числа

Обращения включают в себя как суицидальные мотивы самого абонента, так и других людей. Как видно на рис. 4, по сравнению с 2019 г. с 0 до 8 возросло количество суицидальных действий, т. е. текущего суицида. В 5 раз увеличилось количество обращений относительно суицида другого человека. В 2,5 раза увеличилось количество самоповреждающего поведения.

На рис. 5 представлено соотношение всех суицидальных обращений к «COVID-ассоциированным». Текущий суицид почти в 25% случаев ассоциирован с новой коронавирусной инфекцией.

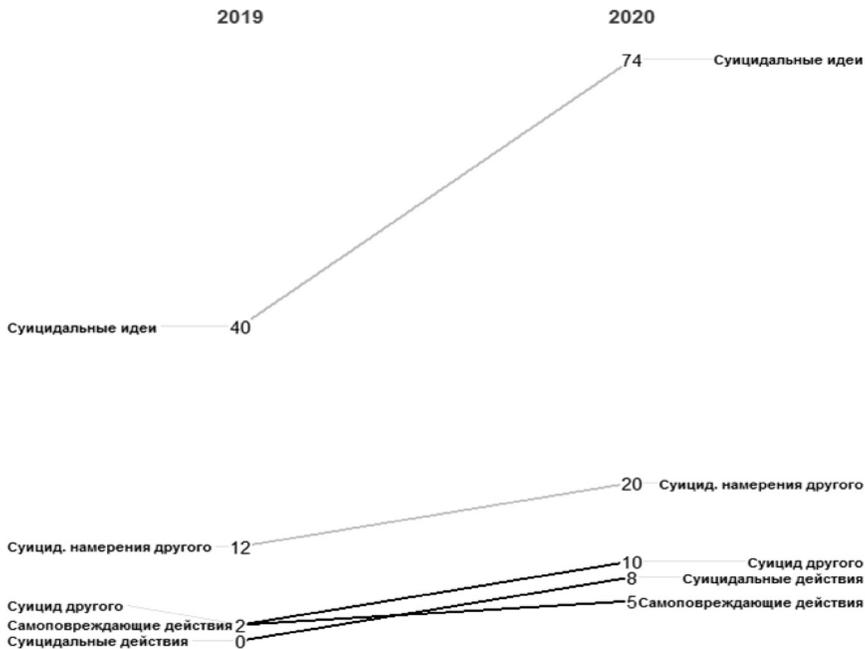


Рис. 4. Суицидальные обращения в 2019 и 2020 гг.

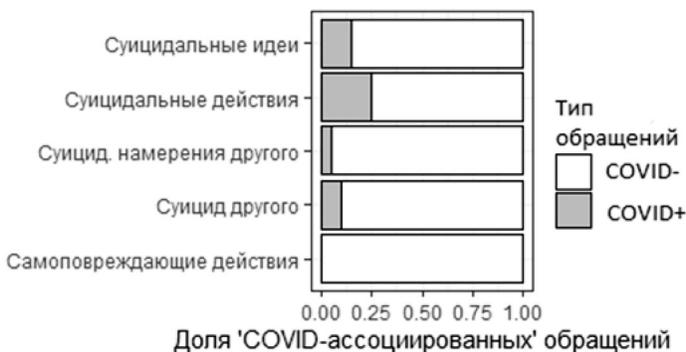


Рис. 5. Доля «COVID-ассоциированных» обращений от их общего числа

Насилие над личностью. На рис. 6 представлена динамика обращений по теме насилия над личностью в 2019 и 2020 гг. Почти в 1,5 раза возросло количество обращений по темам домашнего, физического и сексуального насилия.

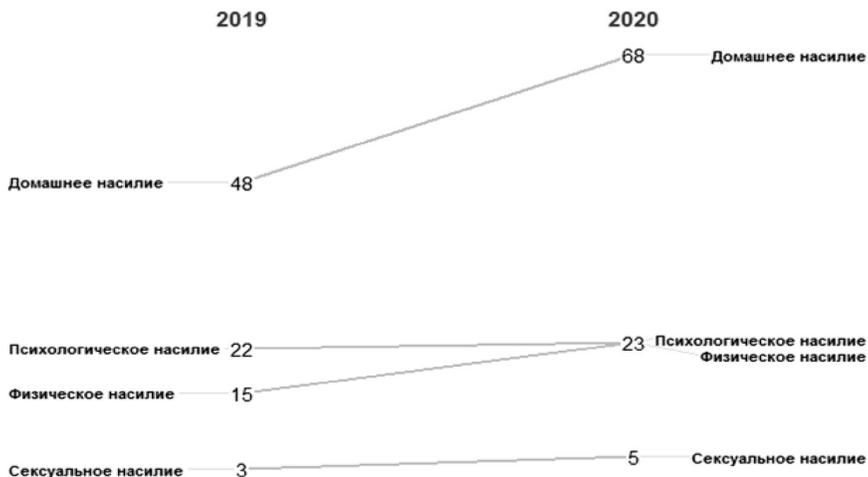


Рис. 6. Обращения с темой насилия над личностью в 2019 и 2020 гг.

Доля женщин среди обратившихся по теме домашнего и психологического насилия составляет 87% и 74% соответственно.

На рис. 7 представлено соотношение всех обращений по теме насилия к «COVID-ассоциированным». Из всех обращений по теме домашнего насилия (физическое/психологическое/экономическое/сексуальное) 25% случаев ассоциировано с коронавирусной инфекцией.

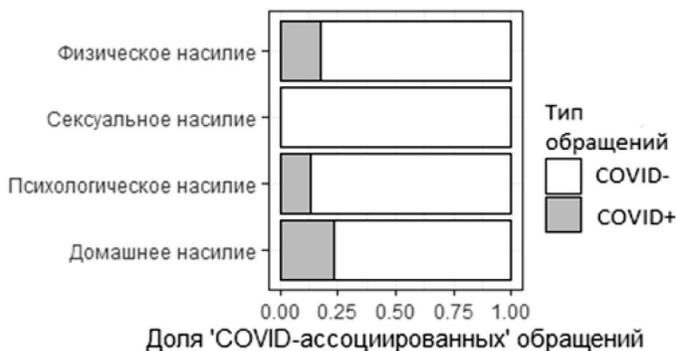


Рис. 7. Доля «COVID-ассоциированных» обращений от их общего числа

Обсуждение

Несмотря на ограничения вследствие специфичности анализируемых данных, работа может рассматриваться как достаточно репрезентативная для оценки психологического состояния в период пандемии.

На основе полученных данных можно говорить о подтверждении описанных выше опасений исследователей психического здоровья.

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация затрагивает все сферы жизни человека в большом городе. Из 130 уникальных тем обращений, поступивших с начала марта, 85 были отмечены психологами на телефоне как COVID-ассоциированные. Около 10% звонков, носящих информационный характер, были отмечены как COVID-ассоциированные. Большинство из них касалось информации об оформлении пропуска, симптомов коронавируса и покупки медицинских масок. Увеличилось количество обращений в ночное и утреннее время.

Изменения социально-экономического статуса, снижение доходов, потеря работы могут быть факторами риска для увеличения депрессивных и тревожных расстройств. В связи с пост-травматическим стрессовым расстройством возможен рост числа суицидов и самоповреждений.

Изоляция всех членов семьи дома без возможности выхода на улицу, очевидно, оказывает влияние на рост числа домашнего насилия. Что, в свою очередь, может стать причиной суицидальных действий.

На первый взгляд неожиданная динамика снижения числа обращений по депрессивным состояниям может быть объяснена специфичностью сложившихся обстоятельств. Можно предположить, что с начала марта, находясь в ситуации высокой степени неопределенности, люди были вынуждены мобилизоваться и быстро адаптироваться к изменяющимся условиям, принимать множество нетипичных решений. Вероятно, рост количества депрессивных состояний можно ожидать на период после окончания текущей эпидемиологической ситуации или в случае значительного увеличения ее длительности.

Как отмечается в одном из исследований, для снижения негативных последствий в ситуации карантина от государственных органов требуется осуществление эффективного и быстрого информирования граждан о текущей ситуации, максимальное уменьшение времени принудительной изоляции, а также акцентирование внимания на положительном потенциале для психологического благополучия различной альтруистической деятельности [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
2. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: МГППУ, 2006. 112 с.
3. Вахрушева Д., Барышников А., Вдовенко И., и др. Положение уязвимых групп в период распространения инфекции COVID-19: потребности и меры поддержки. М.: ЦПУР; Общероссийский гражданский форум, 2020. 115 с.
4. Arden M.A., Chilcot J. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research // *British Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25 (2). P. 231—232. doi:10.1111/bjhp.12414
5. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // *Lancet*. 2020. Vol. 395 (10227). P. 912—920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
6. Gunnell G., Appleby L., Arensman E., et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic // *The Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7 (6). P. 468—471. doi:10.1016/S2215-0366(20)30171-1
7. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // *The Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7 (6). P. 547—560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1
8. Kawohl W., Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide // *The Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7 (5). P. 389—390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
9. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Электронный ресурс]. URL: <https://covid19.who.int/> (дата обращения: 08.05.2020).

REFERENCES

1. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.
2. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Psikhologicheskaya pomoshch' lyudyam, perezivshim travmaticheskii stress [Psychological assistance to people who have experienced traumatic stress]. Moscow: MGPPU, 2006. 112 p.
3. Vakhrusheva D., Baryshnikova A., Vdovenko I., i dr. Polozhenie uyazvimykh grupp v period rasprostraneniya infektsii COVID-19: potrebnosti i mery podderzhki [The situation of vulnerable groups during the spread of COVID-19 infection: needs and support measures]. Moscow: TsPUR; Obshcherossiiskii grazhdanskii forum, 2020. 115 p.
4. Arden M.A., Chilcot J. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research. *British Journal of Health Psychology*, 2020. Vol. 25 (2), pp. 231—232. doi:10.1111/bjhp.12414
5. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 2020. Vol. 395 (10227), pp. 912—920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
6. Gunnell G., Appleby L., Arensman E., et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 2020. Vol. 7 (6), pp. 468—471. doi:10.1016/S2215-0366(20)30171-1

7. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 2020. Vol. 7 (6), pp. 547—560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1
8. Kawohl W., Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 2020. Vol. 7 (5), pp. 389—390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
9. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://covid19.who.int/> (Accessed 08.05.2020).

Информация об авторах

Герасимова Анна Александровна, психолог II категории, мобильный сектор экстренной психологической помощи, Московская служба психологической помощи населению (ГБУ МСППН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Information about the authors

Anna A. Gerasimova, Psychologist Category II, Psychological Emergency Mobile Sector, Moscow Service of Psychological Assistance to Population, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5298-6084>, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Получена 05.05.2020

Received 05.05.2020

Принята в печать 13.05.2020

Accepted 13.05.2020

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
УЧАЩИХСЯ И УЧИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

**PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF STUDENTS
AND TEACHERS IN THE CONTEXT OF DISTANCE LEARNING**

**ПОМОЩЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ
УЧЕБНЫХ ТРУДНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ
РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО
ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ:
СЛУЧАЙ МИТИ**

В.К. ЗАРЕЦКИЙ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,
e-mail: zar-victor@yandex.ru

Л.В. СУДАКОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0099-2447>,
e-mail: pl77-77@mail.ru

В статье описан случай оказания консультативной помощи в преодолении учебных трудностей по русскому языку средствами рефлексивно-деятельностного подхода в условиях дистанционного обучения ученику шестого класса, которого учителя относили к «неуспевающим». На материале анализа

случая показано значение поддержки субъектной позиции ученика в учебной деятельности и ее решающая роль в условиях дистанционного обучения, как для преодоления учебных трудностей, так и для общего развития ребенка. Для качественного анализа дистанционных консультативных занятий использовалась многовекторная модель зоны ближайшего развития, на основе которой устанавливалась динамика по векторам, движение на которых инициирует консультант.

Ключевые слова: дистанционное обучение, рефлексивно-деятельностный подход, учебные трудности, «неуспевающие» дети, субъектная позиция, сотрудничество, осмысленная деятельность, рефлексия, зона ближайшего развития, вектор развития.

Для цитаты: Зарецкий В.К., Судакова Л.В. Помощь в преодолении учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода в условиях дистанционного обучения: случай Мити // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 120—136. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280207>

ASSISTANCE IN OVERCOMING EDUCATIONAL DIFFICULTIES UTILIZING REFLECTIVE-ACTIVITY APPROACH IN THE CONTEXT OF DISTANCE LEARNING: THE CASE OF MITYA

VIKTOR K. ZARETSKII

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,

e-mail: zar-victor@yandex.ru

LIYA V. SUDAKOVA

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0099-2447>,

e-mail: pl77-77@mail.ru

The article describes a case of providing counseling help in overcoming educational difficulties in the Russian language to a sixth-grade student, who was considered underachieving by teachers, utilizing the reflective-activity approach in the context of distance learning. The material of the case analysis shows the importance of supporting the student's agency in educational activities and its crucial role in

the conditions of distance learning both for overcoming learning difficulties and for the overall development of the child. For a qualitative analysis of remote consulting sessions, a multidimensional model of the zone of proximal development was used, that established the foundation for the dynamics of the vectors used by the counselor to initiate change.

Keywords: distance learning, reflective-activity approach, educational difficulties, underachieving children, subject position, cooperation, meaningful activity, reflection, zone of immediate development, vector of development.

For citation: Zaretskii V.K., Sudakova L.V. Assistance in Overcoming Educational Difficulties Utilizing Reflective-Activity Approach in the Context of Distance Learning: The Case of Mitya. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 120—136. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280207> (In Russ., abstr. in Engl.)

В данной работе рассматривается случай, который демонстрирует возможности оказания помощи учащимся в преодолении учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) [6] в условиях дистанционного обучения, вынужденный переход на которое произошел в конце марта 2020 г. в связи с пандемией. До этого оказывать психолого-педагогическую помощь учащимся с трудностями в обучении дистанционно приходилось лишь эпизодически в силу каких-то особых обстоятельств, например, болезни ученика или невозможности откладывать занятия в связи с приближающимся экзаменом, удаленности консультанта и ученика друг от друга и т. п. При этом дистанционная работа рассматривалась как своего рода «неизбежное зло», некий ущербный вариант психолого-педагогической работы. Однако наш короткий опыт интенсивной работы в условиях дистанционного обучения, когда никакие другие варианты были невозможны, дает основания рассматривать дистанционное обучение, по крайней мере в режиме индивидуального консультирования, как вполне приемлемый, допустимый и даже обладающий своими преимуществами и ресурсами вид работы. Мы попробуем обосновать этот тезис на материале анализа случая оказания помощи в преодолении трудностей по русскому языку ученику шестого класса Мите, с которым в течение полутора месяцев было проведено 33 занятия.

Одним из ключевых принципов в работе РДП является помощь в становлении и укреплении у ребенка активной субъектной позиции по отношению к учебной деятельности, что в дистанционной работе стало ключевым моментом, отправной точкой для успешного преодоления учебных трудностей. В РДП субъектная позиция понимается как «активное и осознанное личное отношение ребенка к осуществляемой учебной деятельности» [8, с. 114]. Переход в субъектную позицию, предполага-

ет готовность ребенка взять часть ответственности за обучение на себя, когда он становится соавтором консультативного занятия, входя в него с собственным замыслом. Наличие собственного замысла превращает само занятие в процесс его реализации, а в конце делает возможным и даже необходимым его рефлексию. Таким образом, ученик становится субъектом собственной деятельности и ее рефлексии, что и отражено в названии подхода — «рефлексивно-деятельностный». Схема «замысел — реализация — рефлексия», предложенная Н.Г. Алексеевым [1], является базовой для рефлексивно-деятельностного подхода, так как организация занятий на ее основе позволяет создать условия для инициации и укрепления субъектной позиции ученика, которая является необходимым условием запуска механизма саморазвития [5]. Связь изменений по различным векторам развития с процессом становления и укрепления субъектной позиции неоднократно описана на материале анализа ряда различных случаев [7; 8; 10].

Вынужденный переход на дистанционное обучение вернул нас к вечным и непонятным для школьника вопросам: «Зачем я пришел учиться в школу? Что я тут делаю? Кому это нужно?». Эти вопросы на протяжении многих лет обучения для ученика остаются открытыми. Нередко учеба воспринимается детьми как «нечто», необходимое для родителей, для учителей, для директора школы. У ребенка нет четкого понимания смысла учебной деятельности, и как правило ребенок находится в пассивной или негативной позиции по отношению к учебной деятельности [9], а учитель (родитель) видит ребенка в объектной позиции.

Отсутствие активной субъектной позиции по отношению к учебной деятельности приводит к трудностям для учителей, к невозможности проводить полноценные занятия в дистанционном формате, к невозможности проверить уровень знаний ребенка, так как во время занятия они пользуются подсказками из Интернета либо от родителей; кроме того невозможно понять присутствует ли ребенок на занятии, когда видеокамера у него не включена. Таким образом, те рычаги воздействия, которые учитель мог использовать на офлайн занятиях, не работают в дистанционном режиме.

Отсутствие субъектной позиции в дистанционном формате обучения ведет к невозможности преодоления учеником трудностей, встречающихся на его пути в изучении учебного материала. Появление трудности в учебной деятельности у ученика обычно воспринимается как нежелательный элемент обучения, который необходимо устранить, от которого следует избавиться или не замечать. «Негативное» отношение к ошибкам и трудностям в обучении школьников стало привычным и для учителей, и для учеников, и для их родителей. «Неуспевающие» дети превращаются в проблему для класса и для школы. На одну возникшую в

учебном процессе ошибку, для которой не был найден способ решения, накладывается другая, затем следующая — и вот уже образуется целый клубок неразрешимых проблем. Ребенок приобретает статус «неуспевающего», «необучаемого», у него начинает снижаться самооценка, пропадает ощущение самоэффективности, появляются признаки синдрома «выученной беспомощности» [5; 14].

Если в формате онлайн учитель может организовать работу ученика с его трудностями, поскольку, выполняя задание на глазах учителя, ученик демонстрирует свое знание и незнание материала, свои способы работы, делает ошибки и испытывает трудности в определенные моменты, то в формате онлайн учитель не имеет возможности все это увидеть. И если ученик захочет скрыть от учителя свои трудности и ошибки, у него есть много способов лишить учителя обратной связи. Работа с трудностями становится возможной только при условии, что ученик сам становится носителем идеи их преодоления и рассматривает учителя не как источник информации и карательную инстанцию, а как помощника, без которого он сам не сможет справиться со своими проблемами. Помощь учителя необходима ученику для успешной работы, а учителю, чтобы помогать, необходимо понимание того, что ученик знает и умеет, что не знает и не умеет, что делает не так, что понимает и не понимает, в какой именно помощи нуждается. Тогда ситуация ошибки и трудности может выступить для ребенка как ресурсная для развития.

В рефлексивно-деятельностном подходе, независимо от формата работы (онлайн или офлайн), трудность, возникшая в процессе обучения, рассматривается именно как ресурс для развития, преодоление которой способствует возникновению новообразований в эмоциональной, поведенческой, когнитивной сферах жизни ребенка. Эти новообразования можно проследить по векторам, представленным в многовекторной модели зоны ближайшего развития (ЗБР) [5], разработанной с опорой на концепцию Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития [3; 4] и исследования, в которых содержались идеи различных направлений ЗБР, по которым может происходить развитие ребенка [2; 11; 12].

Работа в рефлексивно-деятельностном подходе предполагает использование средств, которые помогают ученику стать субъектом собственной учебной деятельности и способны привести к развитию не только по вектору учебной деятельности, но и по другим векторам: способность к сотрудничеству, способность к рефлексии, позиция в учебной деятельности, отношение к трудностям и ошибкам, представление о своих возможностях [10]. Векторов развития в личностной и когнитивной сфере может быть и больше, но здесь мы говорим о тех, динамику по которым инициирует консультант в работе по преодолению учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода.

Говоря о векторах развития в многовекторной модели ЗБР, мы не можем оставить без внимания основные принципы, которые помогают их развитию. Работа консультанта строится на отношениях сотрудничества ребенка со взрослым, в ходе которого согласовывается общий замысел занятия; этот общий замысел реализуется в совместной осмысленной деятельности ребенка со взрослым в зоне ближайшего развития и в рефлексии ребенком и взрослым собственной деятельности, как в ходе занятия, так и в конце занятия, в подведении общего итога занятия [7].

Анализ случаев практической работы с учебными трудностями, в режиме как онлайн, так и офлайн, показывает, что приведенные выше принципы — каждый в отдельности — не способны дать положительный результат в преодолении трудностей ученика. Выпадение одного элемента в системе рефлексивно-деятельностного подхода способно сломать работу всей системы и не дает возможности к развитию у ребенка когнитивных и личностных новообразований. В своей работе консультант, используя средства рефлексивно-деятельностного подхода, работая с учеником в его зоне ближайшего развития, помогает ребенку развивать и укреплять свою субъектную позицию по отношению к учебной деятельности, что способствует «активации и расширению его ресурсов для решения его проблем» [8]. Таким образом, мы можем сказать, что «... субъектная позиция — внутренний ресурс, активация которого важна для успешной психолого-педагогической помощи с точки зрения рефлексивно-деятельностного подхода и в данном подходе существуют средства, которые способствуют появлению и укреплению данной позиции» [7, с. 145].

Анализ случая Мити¹

В статье анализируется случай Мити — ученика 6-го класса, который считался «неуспевающим» по нескольким предметам в классе, в том числе и по русскому языку. Заниматься русским языком с консультантом Мите предложила его учитель, и в конце марта 2020 г. он начал работать в группе из пяти школьников его параллели. В школе было проведено три очных занятия, далее занятия было предложено проводить дистанционно, через Skype, в связи с карантином по случаю пандемии. Стоит отметить, что переход в дистанционный режим позволил расширить круг участников консультативных занятий. Кроме детей в занятии принимали участие в качестве наблюдателей студенты, учителя, психологи. Также следует отметить, что посещение занятий

¹ Имя ученика изменено.

было добровольным, без принуждения со стороны как консультанта, так и учителя по русскому языку, и это было одним из главных условий для посещения занятий. Кроме того, с учениками согласовывались периодичность занятий и их продолжительность. Сначала предполагалось проводить занятия один раз в неделю, затем два раза в неделю, а в каникулы возникла идея проводить занятия трижды в неделю, к чему ребята отнеслись вполне лояльно.

Исходный уровень грамотности и знаний по русскому языку у всех ребят был примерно одинаковым: ошибки на пропуск и замену букв свидетельствовали о несформированности навыка письма за начальную школу; ошибки на известные им правила указывали на то, что они не умеют пользоваться своим знанием при письме; отсутствие видения опасных мест (т. е. мест, где можно допустить ошибку) указывало на потенциальный источник многих ошибок — «раз я не вижу опасное место, то я над ним и не задумываюсь, не вспоминаю правило, не проверяю, пишу, как получится». Такие важные понятия, как «части слова», «части речи», «члены предложения», употреблялись как синонимы; в этом же ряду упоминались падежи и спряжения. Знания были в основном неточными и отрывочными, а те, которые были твердыми и точными (отдельные правила типа «жи-ши пиши с буквой и»), «существовали» отдельно от процесса написания слов, представляли собой своего рода теоретический багаж, который не использовался при письме. Объективная ситуация неуспеваемости по русскому языку (постоянные «двойки» за диктанты и письменные работы, выполняемые в классе) вынудила ребят согласиться на работу с консультантами из университета по рекомендации учителя русского языка. Изначально никакого собственного замысла на эту работу у ребят не было, как и какого-либо энтузиазма по отношению к ней. Скорее это было молчаливое согласие, так как отказываться было неудобно и безосновательно. Особым ресурсом Мити, отличающим его от других ребят, было то, что он серьезно занимался спортом, например, на некоторые тренировки ему приходилось вставать в пять утра. На учебе это могло отражаться негативно, но характер в таких условиях вырабатывался и нацеленность на достижения тоже. Еще одним событием, случившимся уже в ходе дополнительных консультационных занятий, была «пятерка», полученная за стихотворение, которое было выучено ребятами на втором занятии офлайн с использованием способа запоминания стихов, предложенного консультантом (остальные получили «четверки»). На том занятии Митя сначала столкнулся с проблемой способа запоминания стихов, а потом приобрел опыт его решения. Вскоре слово «способ» стало одним из основных в его лексиконе, как и слово «рефлексия» — процесс, который приводит к осознанию и перестройке способов собственной деятельности.

Попробуем рассказать по порядку об основных событиях, которые произошли в ходе последующих тридцати дистанционных занятий, и о новообразованиях по некоторым векторам, возникновение которых можно было наблюдать даже невооруженным глазом.

На первых трех дистанционных занятиях Митя мало чем отличался от других ребят: не включал камеру, выкрикивал наугад ответы, пытаюсь угадать правильный, переговаривался с ребятами во время занятия, домашние задания не делал. Он не пропускал занятия, приходил вовремя, но замысла своего он не имел и также, как и другие ребята, работал над «запятыми». Тема «запятых» была предложена одним из ребят и подхвачена остальными. Но на занятиях Митя проявлял активность в работе, отвечал громко и четко на вопросы консультанта (в ответах не было осознания, правильный ответ или не правильный, в тот момент Митя над этим не задумывался, действуя наугад), но он не стремился побыстрее закончить урок и убежать с занятий, не дослушав консультанта, так что можно было предположить, что у Мити есть, по крайней мере, какой-то интерес к занятиям. Можно было предположить, что у ребенка в ближайшее время проявится субъектная позиция. Его позиция была на тот момент «неопределенной»: собственное «субъектное» отношение никак не проявлялось, но и не было избегания, отлынивания, сопротивления.

На четвертое групповое дистанционное занятие Митя пришел с собственным замыслом и сразу включился в его обсуждение с консультантом, сказал, что хочет заниматься прямой и косвенной речью. Это был важный момент. До этого мы начали заниматься запятыми, и поскольку в постановке запятых при прямой речи у всех были ошибки, то на предыдущем занятии это правило вышло в эпицентр. По ходу «зацепили» правило, которое по программе проходят не в шестом, а в восьмом классе. Присутствующая на занятии учительница сказала, что им рано осваивать это правило, лучше пусть идут по программе шестого класса. Но зачем ждать два года, когда можно за две минуты разобраться с этим правилом. Может быть, то, что неуспевающие шестиклассники легко усвоили правило для восьмого класса, раздвинуло «горизонты» для Мити и побудило задуматься о том, чего еще он не знает, а мог бы освоить, но, так или иначе, он вдруг заявил, что хотел бы заняться косвенной речью. Особенность этого заявления обращает на себя внимание тем, что этот замысел «прямо» не вытекал из того, чем мы занимались на занятии (от прямой речи до косвенной большая дистанция). По Г.А. Цукерман, такого рода не вытекающие прямо из логики занятия заявления ученика являются признаками «деятельностного подхода» [13], т. е. проявления субъектного отношения ученика к учебной деятельности, как в чем-то определяющего ее содержание. В ходе занятия Митя был активен, проявлял заинтересованность. В конце занятия в рефлексии, с помощью

консультанта дал краткое понимание своей деятельности на занятии, которое проводилось в соответствии с его собственным замыслом, он занимался тем, что сам инициировал: «понял, как ставятся знаки препинания в прямой и косвенной речи» (кстати, никто из ребят в рефлексии про косвенную речь не сказал). Мы предполагаем, что появление собственного замысла можно считать первым шагом к становлению устойчивой активной субъектной позиции, что в последствии и стало основным стержнем в работе с Митей.

После этого занятия Митя попросил консультанта о дополнительных занятиях, в том числе и по выходным дням, и забегая вперед отметим, что в апреле это были дополнительные субботы, а в период майских праздников, по инициативе ученика, было принято совместное с консультантом решение о ежедневных занятиях по русскому языку. Таким образом, на момент написания настоящей статьи с Митей проведены 32 дистанционных консультации за полтора месяца.

Одной из ключевых проблем в освоении русского языка для Мити было то, что он не обращал внимания на смысл слов в предложении, что создавало дополнительные ошибки в грамотном написании слов в предложениях. Он не понимал, каким образом слова связаны в предложении, не привык задумываться над этим, не мог определить, каким членом является слово в предложении, затруднялся определить, какой частью речи является слово, не мог найти слово, от которого следует задать вопрос к другому слову в предложении, и не понимал, зачем нужно знать лексическое значение слова в предложении.

Шестнадцатое и семнадцатое занятия для Мити были особенно тяжелыми, на этих занятиях работали в самом эпицентре проблемы ребенка в зоне ближайшего развития, двенадцать минут ушло на поиск слова, от которого можно задать вопрос к слову «по-другому» в предложении. Совместно с консультантом он учился обращать внимание на смысл слова в предложении. На этом занятии ему еще не удастся самостоятельно справиться с поставленной задачей. Это для него трудность, но трудность в этом контексте выступает как ресурс к развитию, пониманию и осмыслению своей деятельности. Наличие трудности не расстроило Митю, он не прекратил занятие, трудность помогла ему осознать то, с чем надо еще поработать (в этом и проявляется ресурс трудности для развития). Митя уже не стремился сразу давать ответ, не задумываясь о его правильности, сказать наугад, в речи Мити появилась фраза: «Я думаю, как написать». Он думал от нескольких секунд до нескольких минут и отвечал в большинстве случаев правильно. Обращая внимание на этот факт, можно сказать, что у ребенка меняется способ мышления, в процессе преодоления учебных трудностей происходят изменения в личностной и когнитивной сфере, «... создавая усло-

вия для своего рода скачка в развитии, переходу в новое качество сразу многих функций и свойств» [7, с. 142]. Кроме того, важно отметить, что занятия ученик посещает добровольно, и дистанционный формат дает возможность покинуть занятие в любой момент, но самоопределение, понимание смысла его участия в занятии, активная субъектная позиция, реализация своего собственного замысла не позволяют ему этого сделать, даже тогда, когда очень трудно и хочется все бросить.

Упорство Мити в стремлении изучить русский язык поражало и поражает до сих пор. Дистанционные занятия по русскому языку Митя посещал четыре или пять раз в неделю, т. е. он посещал и групповые, и индивидуальные занятия, используя любую возможность, при наличии свободного времени, однажды это был перерыв между его школьными уроками. Так, например, одно из занятий, когда у Мити и других ребят были уроки в школе, консультант решил посмотреть в действии новую игру на определение членов предложения со студентами и психологом, без участия детей. Игра на определение членов предложения не была случайностью, придуманной забавы ради, играя в нее, участникам необходимо знать и уметь применять правила грамотного письма в русском языке, знать все члены предложения и все части речи, в том числе изменения частей речи по падежам, числам, родам и т. п. Митя в этот день, увидев, что в скайпе проходят занятия, решил присоединиться в перерывах между уроками, а после окончания уроков, т. е. после шестого урока, смог уже принимать участие в новой игре. Таким образом, можно отметить, что *дистанционный формат в некоторых случаях расширяет границы и способствует активной вовлеченности в процесс сотрудничества со взрослыми из активной субъектной позиции к учебной деятельности, расширению зоны ближайшего развития ученика, способствует общему развитию в личностной, когнитивной и эмоционально-волевой сфере.*

Участие в игре совместно со взрослыми изменило формат занятий; с одной стороны, это увлекательное занятие, в котором принимают участие и взрослые участники занятий (студенты, психолог), и школьники, где каждый выступает в субъектной позиции, а с другой стороны, в игровой форме происходит усвоение и повторение как нового материала, так и пройденного, и выявляются новые трудности, которые предстоит разрешать на этом занятии или на последующих, в зависимости от уровня их сложности и объема, а также готовности ребенка с ними работать. В игровой форме за пять занятий наметились значительные изменения в понимании смыслового значения слова — определение смысла вышло на первый план. Кроме того, в рефлексии одного из занятий Митя продемонстрировал высокий уровень обобщения, соединив в единое звено свою работу на предыдущих занятиях по освоению отдельных правил русского языка и результаты игры. Получается, что дистанционный формат со-

единил участников не просто из разных районов Москвы, но и из разных уголков нашей страны и способствовал преодолению учебных трудностей.

В настоящее время Митя продолжает заниматься русским языком с консультантом и каждое занятие либо демонстрирует раскрытие нового вектора, либо отмечается положительная динамика в движении по одному из уже активизировавшихся векторов развития. Следует отметить, что Митю в его стремлении заниматься русским языком, возможно, поддерживают его родители. Митя совместно с родителями играет в игры, предлагаемые консультантом, т. е. на словообразование, игру в члены предложения, в части речи, вместе они ищут ответы на коварные вопросы консультанта, например, последнюю неизвестную ребенку часть слова, которой оказался интерфикс, Митя с родителями два занятия искали — и нашли. Кроме того, они пишут диктанты на пройденные темы, в ходе которых выявляются узкие места в знаниях ребенка, трансформируемые в очередной запрос к консультанту.

В дистанционном формате работы по преодолению учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода роль родителя не менее важная, чем роль консультанта или самого школьника. Но консультант не возлагает на родителей функцию обучения, приветствуется желание родителей разделить с ребенком его возросший энтузиазм в учении, желание понять и услышать радость о новых открытиях сына или дочери или просто не мешать обучению. Иногда к занятиям присоединяются одноклассники Мити, а минут через пятнадцать—двадцать отключаются. Можно лишь догадываться, что мешает детям заниматься дополнительно, при том, что желание, самоопределение и активная субъектная позиция у детей, занимающихся с консультантом, есть. Как нам стало известно, ребята, не имеющие возможности заниматься с консультантом, просматривают материал каждого занятия самостоятельно, так как *видеозаписи занятий и конспекты занятия выкладываются в общий чат, что тоже можно назвать плюсом дистанционного обучения.*

Заключение

Случай Мити можно назвать наглядной демонстрацией эффективности оказания психолого-педагогической помощи средствами рефлексивно-деятельностного подхода в условиях дистанционного обучения. Стартовая позиция «неуспевающего» ученика осталась в прошлом. Развитие ребенка, инициированное консультантом в онлайн формате, осуществлялось в нескольких векторах многовекторной модели ЗБР: по вектору способности к сотрудничеству, по вектору способности к рефлексии, по вектору позиции в учебной деятельности, по вектору отно-

шения к учебным трудностям, по вектору представления о своих возможностях, по вектору учебной деятельности. Рассмотрим эти векторы подробнее:

— *вектор способности к сотрудничеству*, когда ученик способен вступить в смысловую, позиционный и эмоциональный контакт. За время занятий Мите пришлось сотрудничать не только с консультантом. Эти занятия стали обучающими не только для Мити, но и для студентов, которые осваивают работу в рефлексивно-деятельностном подходе. Таким образом, в начале занятий Митя взаимодействовал только с консультантом. И этот контакт строился на основе сотрудничества из субъектной позиции ученика и консультанта. Постепенно в консультативное занятие включались студенты и психологи; кроме того, одно из занятий с Митей было проведено как демонстративное, на обучающем семинаре у студентов первого курса, и он с этим справился. На последних занятиях, во время майских каникул, студенты и психолог активно участвовали в занятии, перестав быть просто наблюдателями, но активно сотрудничая с ребенком;

— *вектор способности к рефлексии*, когда ученик способен отвечать на рефлексивные вопросы и соотносить способы своей деятельности и ее результаты. В ходе занятий мы имели возможность наблюдать положительную динамику по данному вектору. Митя прошел путь от обозначения в рефлексии простого описания своих действий на уроке, ограничиваясь фразами «Мы занимались тем-то и тем-то», до способности самостоятельно выделить свои трудности в освоении материала, без помощи рефлексивных вопросов консультанта. С того момента, когда у него появился свой замысел, он начинает говорить о том, как замысел реализовался, соответственно появляется фиксация достижений и трудностей. В какой-то момент главным словом в рефлексии становится слово «способ». Способ — это то, над чем шла работа на занятиях, то, что испытывалось, то, что удалось выработать, то, что себя зарекомендовало как надежное средство. Благодаря рефлексивным вопросам консультанта, Митя начинает различать, что он мог делать сам, чего не мог, для чего нужна была помощь консультанта. Далее сам говорит об этом в рефлексии, без рефлексивных вопросов консультанта. Наконец, сам без напоминаний осуществляет рефлексии, когда занятие подходит к концу, при этом делает это с явным энтузиазмом, поскольку приятно фиксировать, что вчерашние трудности, становятся сегодняшними достижениями;

— *позиция в учебной деятельности*, когда ученик занимает определенную позицию в учебной деятельности (позиция может быть субъектной, объектной, негативной и пассивной). В ходе занятий Митя перешел из неопределенной позиции в устойчивую субъектную позицию, сформировав

ровав и выразив свой замысел на четвертом занятии, что стало ресурсом к развитию в когнитивной и личностной сферах. На первых занятиях он принимал замысел других учеников или консультанта, потом у него появился собственный замысел, который он начал реализовывать, а на последних занятиях он задает темп занятию, настаивает на выполнении заданий в определенной последовательности, устанавливает очередность в разборах слов или предложениях, его активность в субъектной позиции постоянно возрастает;

— *отношение к трудностям и ошибкам*, когда ученик способен адекватно оценить потенциальную или реально возникшую трудность и выбрать конструктивный способ ее разрешения. Можно сказать, что на занятиях у Мити трудности появлялись постоянно, но он не расстраивался, и трудности становились новым замыслом, ресурсом к развитию. Кроме работы на консультативном занятии, Митя активно решает сложные задания с родителями;

— *вектор представления о своих возможностях (самоэффективность)*, когда проявляется позиция ученика к своим возможностям в учебной деятельности. Митя постепенно от занятия к занятию начинает браться за решение любых сложных задач, при этом есть понимание, что если в решении задачи возникнут сложности, то ему нужно еще многому научиться. Это происходит благодаря отчетливой картине яркой динамики, осознанию того, за счет чего достигнуто решение задачи, появляется уверенность в разрешимости любых проблем. Самоэффективность растет пропорционально росту достижений и осознанию того, как достижения связаны с «вооруженностью способами». Критичность тоже возрастает, так как Митя отчетливо осознает, что еще пока не может сделать, чему нужно научиться, что нужно делать для того, чтобы научиться;

— *вектор учебной деятельности*, когда через совместную деятельность консультанта и ребенка происходит разрешение поставленных учебных задач. Митя научился решать задачи разного уровня сложности, как совместно с консультантом, так и без него. Появилось стойкое желание думать, прежде чем ответить на вопрос, и количество правильно решенных задач увеличилось, учебные трудности удается успешно преодолевать.

В случае с Митей мы можем констатировать тот факт, что он от уровня «неуспевающего» ученика поднялся на уровень, позволивший ему решать задачи выше уровня 6-го класса.

На двадцать девятом дистанционном занятии Митя помогал задавать вопрос от одного слова к другому студентке, у которой с этим были затруднения. В настоящее время данную трудность ему удалось преодолеть, он проявляет способность не только выявить трудность у себя, но и помочь другому. Он следит за процессом работы на занятии других

участников, не отвлекается от обучения, даже помогает одноклассникам, присоединяющимся к занятиям. Работает на одном уровне со взрослыми участниками группы, не чувствуя себя ниже по уровню знаний. Идея, что можно писать грамотно (без ошибок!) для него уже не выглядит нереальной. Это вопрос времени и усилий. Времени и усилий Мите не жалко. Жалко, что праздник 9 мая, по его словам, был омрачен тем, что в этот день (единственный за майские каникулы) не было занятий по русскому языку.

Таким образом, опираясь на практический опыт оказания помощи в преодолении учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода, можно отметить, что дистанционный формат обучения дает возможность достижения положительных результатов в учебной деятельности при совместной осознанной работе учителя и ученика, находящегося в субъектной позиции. Кроме того, для ученика в активной субъектной позиции дистанционный формат предлагает дополнительные ресурсы к обучению, а именно возможность заниматься из любой точки страны, а также возможность использовать видеозаписи и конспекты занятий для повторения, закрепления, изучения материала при пропуске занятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев Н.Г.* Проектирование условий развития рефлексивного мышления: дисс. ... д-ра. психол. наук в виде научного доклада. М., 2002. 41 с.
2. *Белопольская Н.Л.* Компоненты зоны ближайшего развития у детей // Вопросы психологии. 1997. № 1. С. 19—27.
3. *Выготский Л.С.* Вопросы детской (возрастной) психологии // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. С. 243—385.
4. *Выготский Л.С.* Мышление и речь: психологические исследования. М.; Л.: Гос. Учеб.-пед. изд-во, 1934. 324 с.
5. *Зарецкий В.К.* Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. Т. 3. № 3. С. 96—104.
6. *Зарецкий В.К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 8—37.
7. *Зарецкий В.К., Зарецкий Ю.В.* Опыт оказания психолого-педагогической помощи средствами рефлексивно-деятельностного подхода: случай Дениса Г. // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 2. С. 142—156. doi:10.17759/cpp.2015230209
8. *Зарецкий В.К., Зарецкий Ю.В.* Субъектная позиция ребенка в преодолении учебных трудностей (случай из практики) // Консультативная психология и психотерапия. 2012. Т. 20. № 2. С. 110—133.

9. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 110—128.
10. Николаевская И.А. Ситуационно-векторный анализ стенограмм занятий по преодолению учебных трудностей: анализ случая [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 186—203. URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n1/Nikolaevskaya_full.shtml (дата обращения: 29.04.2020). doi:10.17759/cpse.2020090110
11. Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Гипотетическая пространственно-временная схема ЗБР // Концепция зоны ближайшего развития: хрестоматия / Под ред. И.А. Корепановой. М.: АНО ПЭБ, 2008. С. 107—115.
12. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности: учеб. пособие для вузов. М.: Школа-Пресс, 1995. 384 с.
13. Цукерман Г.А., Билибина Т.М., Виноградова О.М., и др. О критериях деятельностиной педагогики // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 3. С. 105—116. doi:10.17759/chp.2019150311
14. Seligman M.E.P. Power and powerlessness: Comments on “cognates of personal control” // Applied and Preventive Psychology. 1992. Vol. 1 (2). P. 119—120. doi:10.1016/S0962-1849(05)80152-0

REFERENCES

1. Alekseev N.G. Proektirovanie uslovii razvitiya refleksivnogo myshleniya: dis. ... dokt. psikhol. n. v vide nauchnogo doklada [Designing the Conditions for the Development of Reflexive Thinking: Dr. Sc. (Psychology) diss. in the form of a scientific report]. Moscow, 2002. 41 p.
2. Belopol'skaya N.L. Komponenty zony blizhaishego razvitiya u detei [Components of the zone of proximal development in children]. *Voprosy Psikhologii*, 1997, no. 1, pp. 19—27.
3. Vygotskii L.S. Voprosy detskoj (vozrastnoj) psikhologii [Issues of child (age) psychology]. In El'konin D.B. (ed.). *Sobranie sochinenii: v 6 t. T.4. Detskaya psikhologiya* [Collected Works: in 6 vol. Vol. 4. Child Psychology]. Moscow: Pedagogika, 1984, pp. 243—385.
4. Vygotskii L.S. Myshlenie i rech': psikhologicheskie issledovaniya [Thinking and speech: psychological research]. Moscow; Leningrad: Gos. Ucheb.-ped. Publ., 1934. 324 p.
5. Zaretskii V.K. Zona blizhaishego razvitiya: o chem ne uspel napisat' Vygotskii... [Zone of proximal development: what Vygotsky had not time to write about]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2007. Vol. 3 (3), pp. 96—104. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Zaretskii V.K. Stanovlenie i sushchnost' refleksivno-deyatelnostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoj psikhologicheskoi pomoshchi [Development and essence of reflective-activity approach in psychological and research subject]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 8—37. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Zaretskii V.K., Zaretskii Yu.V. Opyt okazaniya psikhologo-pedagogicheskoi pomoshchi sredstvami refleksivno-deyatelnostnogo podkhoda: sluchai Denisa G.

- [Practice of psychologo-pedagogical help by the resources of reflective-activity approach: Case of Denis G.]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015. Vol. 23 (2), pp. 142—156. doi:10.17759/cpp.2015230209. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Zaretskii V.K., Zaretskii Yu.V. Sub"ektnaya pozitsiya rebenka v preodolenii uchebnykh trudnostei (sluchai iz praktiki) [Subject position of the child in overcoming learning difficulties (case study)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2012. Vol. 20 (2), pp. 110—133. (In Russ., abstr. in Engl.).
 9. Zaretskii Yu.V. Sub"ektnaya pozitsiya po otnosheniyu k uchebnoi deyatel'nosti kak resurs razvitiya i predmet issledovaniya [Subject position on learning activity as a resource for the development and the subject of the study]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 110—128. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Nikolaevskaya I.A. Situatsionno-vektornyi analiz stenogramm zanyatii po preodoleniyu uchebnykh trudnostei: analiz sluchaya [Situational-Vectorial Analysis of Transcripts of Sessions, Aimed at Overcoming of Learning Difficulties: A Case Study] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2020. Vol. 9 (1), pp. 186—203. Available at: https://psyjournals.ru/psyclin/2020/n1/Nikolaevskaya_full.shtml (Accessed 29.04.2020). doi:10.17759/cpse.2020090110. (In Russ., abstr. in Engl.).
 11. Obukhova L.F. Korepanova I.A. Gipoteticheskaya prostranstvenno-vremennaya skhema ZBR [Hypothetical spatial-temporal scheme of the Zone of Proximal Development]. In Korepanova I.A. (ed.). *Kontseptsiya zony blizhaishego razvitiya: khrestomatiya* [Concept of the zone of proximal development: anthology]. Moscow: ANO PEB, 2008, pp. 107—115.
 12. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Osnovy psikhologicheskoi antropologii. Psikhologiya cheloveka: Vvedenie v psikhologiyu sub"ektivnosti. Uchebnoe posobie dlya vuzov [Fundamentals of psychological anthropology. Human Psychology: An Introduction to the Psychology of Subjectivity. Textbook for universities]. Moscow: Shkola-Press, 1995. 384 p.
 13. Tsukerman G.A., Bilibina T.M., Vinogradova O.M., et al. O kriteriyakh deyatel'nostnoi pedagogiki [On the Criteria of Activity-Based Education]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2019. Vol. 15 (3), pp. 105—116. doi:10.17759/chp.2019150311. (In Russ., abstr. in Engl.).
 14. Seligman M.E.P. Power and powerlessness: Comments on "cognates of personal control". *Applied and Preventive Psychology*, 1992. Vol. 1 (2), pp. 119—120. doi:10.1016/S0962-1849(05)80152-0

Информация об авторах

Зарецкий Виктор Кириллович, кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Судакова Лия Викторовна, студентка кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: pl77-77@mail.ru

Information about the authors

Viktor K. Zaretskii, PhD in Psychology, Professor, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Liya V. Sudakova, Student, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0099-2447>, e-mail: pl77-77@mail.ru

Получена 10.05.2020

Received 10.05.2020

Принята в печать 13.05.2020

Accepted 13.05.2020

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ УЧИТЕЛЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В РЕЖИМАХ ОНЛАЙН И ОФЛАЙН

Ю.В. ЗАРЕЦКИЙ

Московский государственный психолог-педагогически университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>,

e-mail: yzar86@yandex.ru

Рассматривается технология психологической помощи учителям в опоре на принципы рефлексивно-деятельностного подхода (РДП). Данная помощь направлена на поддержку учителя в ситуации столкновения с трудностями на уроке и может помочь предотвратить профессиональное выгорание и уход из профессии молодых педагогов. Описываются пять принципов работы: сотрудничество, предоставление позитивной обратной связи, работа в зоне ближайшего развития (ЗБР), эмпатия и валидация трудностей, организация рефлексии, как основного инструмента помощи. Рассматриваются формы работы: наблюдение за уроком, участие в уроке в качестве помощника, соведущего или ученика, рефлексия аудио и видеозаписи урока. Подробно рассматривается технология рефлексии урока, применимая для каждой из форм работы. Подобная помощь может оказывать определенный психотерапевтический эффект и способствует развитию учителя в личностном и профессиональном плане.

Ключевые слова: психолог-педагогическое консультирование учителей, зона ближайшего развития, рефлексивно-деятельностный подход, культурно-историческая психология, рефлексия, сотрудничество, позитивная обратная связь, эмпатия и валидация трудностей.

Для цитаты: Зарецкий Ю.В. Опыт психологического консультирования учителей, работающих в режимах онлайн и офлайн // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 137—150. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280208>

PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF TEACHERS WORKING ONLINE AND OFFLINE

YURII V. ZARESKII

Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>,

e-mail: yzar86@yandex.ru

The paper discusses the technology of psychological assistance to teachers based on the principles of the reflective-activity approach (RAA). This assistance is aimed at supporting teachers in situations where they encounter difficulties in the classroom and can help prevent professional burnout and quitting in young teachers. Five principles of counseling are described: cooperating, providing positive feedback, working in the zone of proximal development (ZPD), showing empathy and validating difficulties, and organizing reflection as the main tool of assistance. The following modes of counseling are considered: observation of the lesson, participation in the lesson as an assistant, co-teacher or student, reflection of audio and video recordings of the lesson. The technology of lesson reflection, applicable for each of the modes, is considered in detail. This assistance can have a certain psychotherapeutic effect and contributes to the teacher's personal and professional development.

Keywords: psychological and pedagogical counseling of teachers, zone of proximal development, reflective-activity approach, cultural-historical psychology, reflection, collaboration, positive feedback, empathy and validation.

For citation: Zareskii Yu.V. Psychological Counseling of Teachers Working Online and Offline. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 137—150. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280208> (In Russ., abstr. in Engl.)

Психолог в школе за последние двадцать лет стал вполне привычной фигурой. Несмотря на оптимизацию в сфере образования, руководители организаций редко вовсе отказываются от ставки психолога, хотя ставок стало меньше, чем, например, 10—12 лет назад. Часто к психологам направляют детей с трудностями в обучении или отклоняющимся поведением, чтобы они провели коррекционную работу. Реже обращаются за консультацией родители «трудных учеников», за «советом» или уже от бессилия. Иногда деятельность психолога может быть ограничена бесконечными диагностиками и написанием отчетов по ним. Со временем психолог может заслужить доверие коллектива, и тогда к нему нач-

нут обращаться сотрудники. Это могут быть очень разные обращения: личные вопросы, психологическое образование (например, сведения о подростковой депрессии или тревожных расстройствах), трудности с конкретными учениками или целым классом, конфликты с коллегами. Предметом настоящей статьи является работа психолога именно по третьему запросу, когда учитель не может помочь ученику справиться с учебными трудностями или сталкивается с постоянными нарушениями правил на уроке.

С одной стороны, ребенок, годами неуспешный в учебе, со временем начинает выпадать из нормальной ситуации развития, что очень хорошо было проиллюстрировано сотрудниками центра «Перекресток» [11], убедительно показавшими, как и в каком направлении почти неизбежно начинает меняться его социальная ситуация развития. С другой стороны, учитель, который изо дня в день сталкивается с ситуацией неуспеха своих учеников становится крайне уязвим для профессионального выгорания. При этом могут быть очень разные реакции — от интенсивной самокритики и осознания собственной неуспешности, как правило у молодых учителей, которые вскоре уходят из школы [2; 12], до ожесточения и потери эмпатии к своим ученикам, формирования внешнего локуса контроля с обвинением учеников, их родителей, реформ и т. д. Режим работы онлайн только обострил все привычные проблемы и ускорил их динамику, так как дети, которые не хотят учиться или имеют трудности с учебой, получили еще больше возможностей для «уклонения от учебы», а учителя, привыкшие полагаться на контроль, оказались без «рычагов воздействия». Таким образом, психолого-педагогическое консультирование учителя, испытывающего трудности с конкретным ребенком или классом, — очень важная область работы школьного психолога, так как может предотвратить профессиональное выгорание или разочарование в профессии, а это, в свою очередь, поможет большому количеству детей, которые учатся у конкретного педагога.

Данная статья — рефлексия опыта оказания помощи учителям в освоении средств рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) при работе с учениками, имеющими учебные трудности. Этот опыт начал складываться в Летних школах для детей с особенностями развития и трудностями в обучении, проводившихся в конце 1990-х — начале 2000-х гг. в Нытвенском районе Пермской области [4], затем — с учителями школ Саткинского района Челябинской области, осваивающих РДП при проведении занятий шахматами для общего развития [5]. В Москве такая практика осуществлялась в спецшколах для подростков с девиантным поведением [8], эпизодически — в общеобразовательных и частных школах. Параллельная работа с детьми, имеющими трудности в обучении, и учителями, которые искали способы помощи таким детям, а также ее рефлексия

способствовали разработке принципов, ограничений и технологий РДП. А его осмысление в рамках традиции отечественной психологии дало основание рассматривать РДП к оказанию помощи в преодолении учебных трудностей как направление в рамках культурно-исторической психологии [5]. Целый ряд теоретических положений, сформулированных Л.С. Выготским в 1930-е гг., лег в основу принципов оказания помощи в преодолении учебных трудностей, способствующей развитию. К ним относятся, например, понятие «зона ближайшего развития»; принцип интериоризации; важное указание на то, что развитие происходит в сотрудничестве ребенка и взрослого; идея о том, что один шаг в обучении может давать сто шагов в развитии и др. [3]. За двадцать с лишним лет сложилась устойчивая практика оказания помощи учащимся в преодолении учебных трудностей, которая описана в целом ряде работ [4; 6; 7]. А практика помощи учителям почти не описывалась разработчиками и сторонниками РДП, если не считать работ, опубликованных самими учителями [1; 10]. В данной статье мы попытаемся восполнить этот пробел и остановимся на принципах, основных формах работы психолога в процессе консультирования учителя, а также рассмотрим конкретные примеры, чтобы лучше понимать, как работают разные формы взаимодействия.

Принципы и основные формы работы с учителями

Для начала остановимся на основных принципах помощи в РДП, которым важно следовать психологу. Отметим, что это те принципы, которым педагог следует, проводя занятия в русле РДП [6], поэтому оказание помощи в опоре на данные принципы помогает не только справиться с текущими трудностями, но и освоить технологии РДП. Таким образом, учитель почувствует себя в роли ученика на уроке РДП, для многих это новый или малознакомый опыт.

Первый принцип: установление отношений сотрудничества. Все принципы одинаково важные, и отсутствие хотя бы одного из них направляет процесс оказания помощи в совершенно другое русло, но установление отношений сотрудничества можно назвать первым среди равных. Игнорирование отношений сотрудничества, как правило, приводит к тому, что психолог, помогающий учителю, встает в экспертную позицию, что полностью искажает всю дальнейшую работу. Опыт субъект-субъектных отношений во взаимодействии с консультантом и рефлексия этого опыта помогают учителю обрести новую модель взаимодействия с учениками. Реализация данного принципа предполагает: добровольное участие педагога, наличие собственных замыслов у учителя и консультанта, совместную работу над общим замыслом.

Второй принцип: предоставление позитивной обратной связи. В любом обсуждении урока, не важно, было ли это личное присутствие или видеоразбор, консультант начинает собственную рефлекссию с позитивных аспектов урока. На ранних этапах работы консультант вообще может не высказываться по поводу неудачных аспектов урока или делать это исключительно по запросу. Очень важно отметить минимальные исключения в сторону замысла, интересных и креативных идей, выдержки педагога. Спектр возможной позитивной обратной связи не ограничен, как не ограничено количество векторов развития каждого педагога. Кроме того, позитивная обратная связь помогает учителю преодолеть своеобразный негативный фильтр, когда после неудачного урока в памяти остаются только неудачи, а все позитивные моменты игнорируются. Данный принцип — один из важнейших с точки зрения установления доверительного контакта с учителем.

Третий принцип: работа в зоне ближайшего развития (ЗБР) учителя. У учителя, как и у каждого ребенка, есть своя ЗБР. Так, не имеет смысла давать ученику 8 класса квадратные уравнения, если у него сложности с таблицей умножения. То же самое можно сказать про умение учителя вести уроки. Однако в ситуации диагностической контрольной ученик явно может заметить собственные трудности во время решения примера, а при помощи рефлексии ошибок мы можем понять, находится ли данный материал в ЗБР. Если дети на уроке ничего не делают или делают множество ошибок в контрольных работах, учитель получает похожую обратную связь, и можно сразу же приступить к рефлексии урока для понимания ЗБР. Что же делать с учителем, который не встречает никакого видимого сопротивления в своей работе на уроке? Данная ситуация накладывает на консультанта дополнительную ответственность в проведении процедуры рефлексии урока. К примеру, лабораторная работа по физике, и дети подходят к учителю с графиками и спрашивают: «А у меня правильно?». Учитель каждому ученику отвечает: «Да, нет, не совсем». В этой ситуации консультант может задать вопрос: «Как вам кажется, как влияет прямой ответ на вопрос “А у меня правильно?” на ученика?». Один учитель может ответить: «Становится увереннее, так как понимает, куда ему двигаться дальше». Второй учитель говорит: «Кажется, я понимаю, куда вы клоните, так он не станет более самостоятельным, так как мне надо помочь ему самому определять, правильно ли у него или нет!». Точно можно сказать, что консультанту придется по-разному работать с первым и вторым учителем. Так, в первом случае возможной ЗБР будет осознание влияния прямой подсказки на учащихся, а во втором — уже выработка нового способа взаимодействия, который бы способствовал развитию самостоятельности.

Четвертый принцип: проявление эмпатии и валидация трудностей. Как и второй принцип (предоставление позитивной связи), данный прин-

цип очень важен с точки зрения установления доверительного контакта с педагогом. В общественном сознании устоялся образ учителя как человека, который не ошибается и в классе должен быть идеальным. Любая работа по перестройке собственных уроков заставляет педагога каждый раз пристально вглядываться в собственные ошибки, и на первых этапах, как правило, это крайне болезненно. Часто самые первые уроки учителя смотрят со слезами и говорят что-то в духе: «Это нельзя смотреть! Я же совсем не так себя веду!». Бывает и так, что подобная ситуация вызывает много гнева или раздражения, которые, как правило, выливаются на консультанта: «Зачем вы предложили мне это смотреть?! И так понятно, что мои уроки ужасны!». Проявление искренней эмпатии и валидация тех трудностей, с которыми сталкивается педагог, поможет справиться с эмоциональным кризисом и выйти в рефлексивную позицию по отношению к уроку и проблемным ситуациям. В каком-то смысле, просмотр неудавшегося урока — это эмоциональный кризис для педагога, и здесь уместны все техники поддержки в кризисной ситуации.

Пятый принцип: организация рефлексии как основной инструмент помощи. Данный принцип вытекает из этической позиции консультанта как помощника в саморазвитии учителя и из научных данных о неэффективности подсказки в процессе преодоления учебных трудностей и решения творческих задач [9]. Кроме того, организация рефлексии помогает нам очень тонко диагностировать ЗБР учителя и не перегружать процесс разбора урока. Отталкиваясь от рефлексии самого педагога, мы обеспечиваем возможность движения в ЗБР и по оптимальным для данного учителя темам. В то же время это не означает, что психолог не может поделиться с учителем своими соображениями или предложить какой-то вариант решения в сложной ситуации, в противном случае это противоречило бы принципу сотрудничества. Этот принцип говорит нам, что любые предложения консультанта могут быть только после рефлексии педагога и по его запросу, когда педагог пришел к выводу, что ему эта помощь требуется.

Таким образом, соблюдение всех принципов помогает создать, с одной стороны, оптимальные условия для профессионального и личностного развития педагога, с другой стороны, у него появляется возможность пережить опыт, который, как мы надеемся, удастся получить его ученикам.

Формы индивидуальной помощи учителю в рефлексии урока

Посещение урока в качестве наблюдателя и последующая рефлексия. В таком формате психолог в ходе урока находится в классе или

онлайн-кабинете, но не принимает участия в работе группы. Важно, чтобы учитель представил классу психолога и объяснил, зачем этот специалист здесь находится. Он не оценивает их поведение и успеваемость, а помогает учителю сделать уроки лучше. Важно постараться ответить на вопросы детей, они могут быть обращены и к психологу; в этой ситуации стоит на них ответить, хоть это и будет небольшим вмешательством в пространство урока. Подобная позиция не вполне естественная, но она позволяет наблюдать за происходящим на уроке из максимально рефлексивной позиции. Существуют различные формы ведения заметок, но очень важно, чтобы в тексте заметок не было оценочных высказываний «Ученик неуверенно отвечает», «Учитель непонятно объясняет» и т. д. Заметки в таком стиле бесполезны для дальнейшей рефлексии с учителем, так как являются уже готовой интерпретацией того, что происходило на уроке. Кроме того, один из навыков, которому учителю придется учиться, — это безоценочное наблюдение за фактами; подобные заметки буду дискредитировать самого психолога. Еще одним важным аспектом подобной формы является то, что консультант обязательно спрашивает учителя, за чем именно стоит наблюдать (невозможно сделать заметки по всем событиям урока, их слишком много). Например, учитель физики попросил последить за тем, как осуществляется взаимодействие с детьми, у которых наибольшие трудности в классе. Уже с первых минут стала понятна одна из главных проблем: в самом начале, когда проходил этап работы с замыслом урока, кроме данных учащихся все остальные были включены в процесс, но учитель этого самостоятельно не заметил. Грамотный запрос — это половина успеха наблюдения. На рефлексии урока мы подробнее остановимся ниже.

Посещение урока в качестве помощника, работающего с одним или несколькими учениками, и последующая рефлексия. В данной ситуации позиция психолога похожа на тьюторскую и куда более естественная. Основным фокусом рефлексии выступает работа с детьми и способы эффективной помощи им. Здесь, как в предыдущей форме, очень важна формулировка запроса. Например, «не могу справиться, когда Петя злится, хочу понять, что с этим можно делать», «не могу понять, как включить Марину в самостоятельную работу на уроке, она все время отвлекается и смотрит в окно или просится выйти в туалет». В подобной ситуации психолог приходит с некоторым собственным замыслом на урок; очень важно, чтобы учитель и консультант вместе подошли до урока к ребенку и договорились о том, что на этом уроке у него будет помощник. Если ребенок отказывается, стоит обсудить причины отказа, но помогать против желания ребенка не имеет смысла.

После урока консультант проводит рефлекссию своего взаимодействия с ребенком на уроке вместе с учителем, а учитель делится своим видением ситуации. Важно двигаться в сторону концептуализации трудностей учащегося и выработки способов индивидуальной помощи [7].

Посещение урока в качестве ученика и последующая рефлексия. Как следует из названия, психолог приходит на урок и занимается наравне со всеми другими учениками. Он играет роль старательного ученика, который пытается выполнять все задания. Очень важно, чтобы психолог не становился слишком активным. Наибольшая эффективность возможна тогда, когда материал для психолога максимально незнакомый, например, иностранный язык, который он не изучал, и его знания немного ниже или соответствуют группе. После урока психолог может дать очень ценную обратную связь относительно тех моментов, в которых было что-то непонятно, темпа деятельности. Здесь будут важны все те принципы, которые мы рассматривали выше.

Совместное проектирование и проведение урока с последующей рефлексией. Это наиболее эффективная, но очень трудоемкая форма работы. Она требует больших временных вложений, как со стороны педагога, так и со стороны консультанта. Может быть очень полезна на начальных этапах работы с классами, в которых трудно вести уроки из-за поведенческих проблем и/или большого количества пробелов. Впервые была нами апробирована в Летних школах для детей с трудностями в обучении [4]. К сожалению, здесь мы можем описать только ключевые моменты. В аспекте проектирования стоит отметить, что психологу не обязательно очень хорошо разбираться в предмете, скорее незнание даже более выигрально, так как у консультанта будут возникать такие же вопросы, как у детей, и в процессе подготовки урока это можно будет учесть. С точки зрения совместного проведения, можно выделить три ключевых момента. Во-первых, предложение провести совместный урок может исходить как от учителя, так и от консультанта (на правах сотрудничества). Во-вторых, консультанту по возможности не следует становиться основным ведущим процесса, лучше находиться в позиции помощника. В-третьих, в кризисных ситуациях консультант включается по предварительной договоренности с учителем, помогая организовать процесс групповой рефлексии.

Совместная рефлексия аудиозаписи урока. Очень узкая форма, которая помогает совершенствовать навыки индивидуальной помощи ученикам. Подобная форма будет крайне эффективной, если урок индивидуализирован (у каждого ученика есть свое направление работы) и учитель оказывает индивидуальную помощь каждому. На хорошей записи будет оптимально слышен голос учителя и ответ ученика, к которому учитель

обращается. Безусловным плюсом данной формы является техническая простота и экономичность, достаточно иметь телефон (диктофон) и проводную гарнитуру к нему. Запись через гарнитуру или петличный микрофон — ключевой момент, потому что, если записывать просто на диктофон, будет слишком много посторонних шумов и запись станет непригодна для проведения рефлексии.

Совместная рефлексия видеозаписи урока. Один из ключевых способов совершенствования педагогом своего мастерства. Исследования фонда Билла Гейтса подтвердили, что оборудование классов видео-аппаратурой и самостоятельный анализ видеозаписей уроков значительно улучшают качество преподавания (выступление на конференции TED Bill Gates, Teachers need real feedback, 2013). Только с использованием данной формы учитель может увидеть себя со стороны и провести полноценную рефлексии собственных действий на уроке. Подчеркнем, что многим учителям очень страшно записывать свой урок и, тем более, показывать его кому-то. Поэтому на начальных этапах можно заменить эту форму какой-то из рассмотренных выше и со временем начать делать видеозаписи и разборы уроков. Полноценный разбор всего урока может занять несколько часов, которых, как правило, нет, поэтому предпочтительно выбрать несколько моментов урока, связанных с замыслом учителя и психолога, и разбирать их. Порой на короткий отрезок урока в пару минут может уйти 40 минут рефлексии.

Хочется отметить, что особенно в данном формате консультанту важно сфокусироваться на эмпатии и валидации трудностей. Некоторые учителя преподают десятки лет и никогда не видели свой урок со стороны, поэтому при первом просмотре может оказаться, что собственный образ педагога отличается от реальности на 180 градусов. Можно вспомнить случай, когда учительница со стажем больше 30 лет после просмотра своего урока сказала: «Я думала, что я добрая и мягкая! А оказалось, что я жесткая и ругаюсь на детей!». Учителю может потребоваться много поддержки, чтобы справиться с потрясением от увиденного.

Процедура рефлексии урока

В самом начале рефлексии урока важно только задавать вопросы педагогу и не комментировать ничего самостоятельно.

1. Лучшим вопросом для начала рефлексии будет: *Как вы себя чувствуете?* Эмоциональный шеринг поможет переработать сильные эмоции, которые могут возникнуть после неудачного урока, и настроиться на рефлексии. Иногда педагогу может быть сложно или непривычно

отвечать на этот вопрос, в этом случае психологу важно провести психологическое образование и рассказать, почему данный этап так важен. В случае затруднений с распознаванием собственных эмоций можно использовать измеритель настроения, как электронный, так и классический [13]. Стоит сказать, что первоначально, когда мы только начинали совместный анализ уроков, данный пункт отсутствовал или применялся интуитивно, но именно совместная рефлексия с педагогами показала, что он часто просто необходим.

2. *Обратиться к замыслу урока. В чем он состоял?* Этот вопрос важно задать, так как иногда замысел урока не совпадает с тем, как его понял психолог; и если нет общего понимания, в дальнейшем рефлексии будут подвергаться совершенно разные процессы. Происходит своеобразная сонастройка.

3. *Удалось ли реализовать замысел и насколько?* Этот вопрос помогает учителю уйти от «черно-белого» мышления, когда несколько неудач превращают урок в полностью неудавшийся, и взглянуть на ситуацию с точки зрения сильных сторон. Иногда в сторону замысла совсем не удастся сдвинуться, но это не означает, что в уроке не было ничего хорошего. Здесь поможет следующий вопрос.

4. *Что получилось на уроке?* Данный вопрос можно задавать вне зависимости от ответа на предыдущий, так как на уроке часто происходят хорошие моменты, не связанные с основным замыслом. Задача психолога — помочь учителю эти моменты обнаружить для себя. На начальных этапах лучше всего это делать в формате рефлексивных вопросов: «Что вы думаете по поводу момента, когда вы спросили Илью, какова его цель на этот урок? И после этого у вас состоялся диалог, как ему добиться этой цели, а в последние 10 минут урока он работал, не отрываясь». Может так оказаться, что учитель совсем забыл про этот момент или же считает его незначительным. Это хорошая возможность обсудить, почему важно обращать внимание на подобные моменты.

5. *Что мешало реализовать замысел?* Очень важный вопрос, ответ на который может лежать как в поле факторов, на которые учитель мог повлиять (подготовка урока, неудачная инструкция или начало урока), так и факторов, от него не зависящих (дети были после двух контрольных по русскому языку и математике). Например, учитель после урока, где дети шумели и не давали ему сказать ни слова, со слезами ответит на этот вопрос: «Все потому, что я никудышный учитель, хороший учитель справился бы с этой ситуацией». Можно представить, как тяжело думать об этом и произносить это вслух. В этой части психологу очень важно быть чувствительным к эмоциональному состоянию педагога и вовремя оказать эмоциональную поддержку и валидацию и не торопиться оспаривать суждения учителя.

6. *Что хотелось бы улучшить?* Важный вопрос, так как зачастую это некоторый список аспектов урока, но работать над всеми сразу — это практически гарантированная неудача. Во время урока сложно уследить больше чем за 1—2 изменениями, поэтому мы предлагаем учителям взять только что-то одно ключевое, например, начинать урок с формулирования собственного и общего замысла с учениками или что-то посильное на данном этапе (выдерживать паузу в 8 секунд после вопроса, чтобы у ребенка было время на размышления).

7. Только после этого консультант может предложить обсудить какую-то конкретную ситуацию из урока, связанную с замыслом (в опоре на видео, аудио или конспект), в основном задавая вопросы о том, как видит эту ситуацию педагог.

8. После этого можно вернуться к формулированию замысла на следующий урок. Это как раз 1—2 выбранных аспекта из пункта «Что хотелось бы улучшить?», которым учитель уделит наибольшее внимание на следующем уроке и в процессе рефлексии.

9. Завершается урок рефлексией совместного процесса учителя и психолога. Можно выделить несколько наиболее полезных вопросов: Была ли сегодняшняя встреча полезна? Если да, то чем? Если нет, то почему? Было ли что-то беспокоящее сегодня? Как с беспокойством удалось справиться? Можем ли мы сделать что-то, чтобы в следующий раз было лучше? Какую помощь оказывал психолог?

В ходе подобной рефлексии урока учитель получает возможность взглянуть на целостный процесс урока, увидеть, как установки влияют на поведение и эмоциональное состояние, его собственное и детей. С нашей точки зрения, подобная помощь оказывает определенный психотерапевтический эффект и способствует развитию учителя в личностном и профессиональном плане.

Заключение

Данные формы работы с учителями практиковались в режиме офлайн длительное время, до начала режима самоизоляции, однако режим работы наблюдателя или участника урока можно перенести в режим работы онлайн практически без изменений, и во многом это даже удобнее (легче вести конспект, запись урока). Учителя оказались в крайне затруднительном положении в связи с переходом на онлайн-формат работы, так как он, как мы писали выше, ускорил все процессы. Возможно, в настоящий момент востребованность психолога в этом направлении будет значительно выше, чем в обычном режиме работы школы, и это хорошая возможность для того, чтобы учителя познакомились с подобной, необычной и непривычной формой работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова А.Н. Построение урока на принципах рефлексивно-деятельностного подхода // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 199—211.
2. Водопьянова Н.Е., Густелева А.Н. Позитивное самоотношение как фактор устойчивости к профессиональному выгоранию учителей // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. 2010. № 4. С. 166—172.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2. Общие проблемы психологии / Под ред. В.В. Давыдова. М.: Педагогика, 1982. С. 5—361.
4. Зарецкий В.К. Об опыте рефлексивно-деятельностного подхода на материале коррекционных занятий по русскому языку // Средства и методы реабилитации детей с особенностями развития и инвалидностью / Под ред. В.Н. Слободчикова. М.: ИПИ РАО, 1998. С. 86—89.
5. Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 8—37.
6. Зарецкий В.К. Как учителю работать с неуспевающим учеником: Теория и практика рефлексивно-деятельностного подхода. М.: Чистые пруды, 2011. 32 с.
7. Зарецкий В.К., Николаевская И.А. Многовекторная модель зоны ближайшего развития как способ анализа динамики развития ребенка в учебной деятельности // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 95—113. doi:10.17759/cpp.2019270207
8. Зарецкий В.К., Смирнова Н.С., Зарецкий Ю.В. и др. Три главные проблемы подростка с девиантным поведением: Почему возникают? Как помочь? М.: Форум, 2011. 208 с.
9. Познякова С.А. Сравнительный анализ подсказки и помощи по процессу в преодолении учебных трудностей с позиции рефлексивно-деятельностного подхода // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 149—177.
10. Симунова Н.Г. Рефлексивно-деятельностный подход в судьбе одного учителя // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Т. 21. № 2. С. 193—198.
11. Тихомирова А.В., Москвичев В.В., Лапшин Ю.Г. и др. Основы профилактики социально-психологической дезадаптации несовершеннолетних: метод. пособие. М.: Перекресток, 2006. 92 с.
12. Sibietta L. The teacher labor market: a perilous path ahead? [Электронный ресурс]. Education Policy Institute. 2018. URL: <https://epi.org.uk/publications-and-research/the-teacher-labour-market/> (дата обращения: 12.05.2020).
13. Caldeira C., Chen Y., Chan L., et al. Mobile apps for mood tracking: an analysis of features and user reviews // AMIA Annual Symposium Proceedings (Washington, DC, November 6—8, 2017). Bethesda, MD: AMIA, 2017. P. 495—504.

REFERENCES

1. Antonova A.N. Postroenie uroka na printsipakh reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda [Lesson planning on the principles of reflective activity approach].

- Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 199—211. (In Russ., abstr. in Engl.).
- Vodop'yanova N.E., Gusteleva A.N. Pozitivnoe samootnoshenie kak faktor ustoichivosti k professional'nomu vygoraniyu uchitelei [Positive self-assessment as a counterbalance in professional burnout in teachers]. *Vestnik SPbGU. Seriya 12. Sotsiologiya* [Saint-Petersburg State University Bulletin. Series 12. Sociology], 2010, no. 4, pp. 166—172.
 - Vygotskii L.S. Myshlenie i rech' [Thinking and speech]. In Davydov V.V. (ed.). *Sobranie sochinenii v 6 t. T. 2. Obshchie problemy psikhologii* [Collected works in 6 vol. Vol. 2. General problems of psychology]. Moscow: Pedagogika, 1982, pp. 5—361.
 - Zaretskii V.K. Ob opyte reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda na materiale korrektsionnykh zanyatii po russkomu yazyku [On the attempt to use reflective-activity approach in correction studies of Russian]. In Slobodchikov V.N. (ed.). *Sredstva i metody reabilitatsii detei s osobennostyami razvitiya i invalidnost'yu* [Means and methods of rehabilitation of children with special needs and disability]. Moscow: IPI RAO, 1998, pp. 86—89.
 - Zaretskii V.K. Stanovlenie i sushchnost' reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoi psikhologicheskoi pomoshchi [Subject position on learning activity as a resource for the development and the subject of the study]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 8—37. (In Russ., abstr. in Engl.).
 - Zaretskii V.K. Kak uchitel'yu rabotat' s neuspевayushchim uchениkom: Teoriya i praktika reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda [How should the teacher work with an underachieving student: Theory and practice of reflective-activity approach]. Moscow: Chistye prudy, 2011. 32 p.
 - Zaretskii V.K., Nikolaevskaya I.A. Mnogovektornaya model' zony blizhaishego razvitiya kak sposob analiza dinamiki razvitiya rebenka v uchebnoi deyatelnosti [Multi-Dimensional Model of the Zone of Proximal Development as a Way to Analyze the Dynamics of the Child's Development in Learning Activity]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2019. Vol. 27 (2), pp. 95—113. doi:10.17759/cpp.2019270207. (In Russ., abstr. in Engl.).
 - Zaretskii V.K., Smirnova N.S., Zaretskii Yu.V., et al. Tri glavnye problemy podrostka s deviantnym povedeniem: Pochemu voznikayut? Kak pomoch'? [Three main problems of an adolescent deviant: Why are they arising? How do we help?]. Moscow: Forum, 2011. 208 p.
 - Poznyakova S.A. Sravnitel'nyi analiz podskazki i pomoshchi po protsessu v preodolenii uchebnykh trudnostei s pozitsii reflektivno-deyatelnostnogo podkhoda [Comparative analysis of clues and assistance in the process of overcoming learning difficulties in terms of reflexive activity approach]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 149—177. (In Russ., abstr. in Engl.).
 - Simunova N.G. Reflektivno-deyatelnostnyi podkhod v sud'be odnogo uchitel'ya [Reflective-activity approach: story of one teacher]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013. Vol. 21 (2), pp. 193—198. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Tikhomirova A.V., Moskvichev V.V., Lapshin Yu.G., et al. Osnovy profilaktiki sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii nesovershennoletnikh: metodicheskoe posobie [The foundations of social-psychological maladaptation of the underage: guidelines]. Moscow: Perekrestok, 2006. 92 p.
12. Sibieta L. The teacher labor market: a perilous path ahead? [Elektronnyi resurs]. Education Policy Institute, 2018. Available at: <https://epi.org.uk/publications-and-research/the-teacher-labour-market/> (Accessed 12.05.2020).
13. Caldeira C., Chen Y., Chan L., et al. Mobile apps for mood tracking: an analysis of features and user reviews. *AMIA Annual Symposium Proceedings* (Washington, DC, November 6—8, 2017). Bethesda, MD: AMIA, 2017, pp. 495—504.

Информация об авторах

Зарецкий Юрий Викторович, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолог-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>, e-mail: yzar86@yandex.ru

Information about the authors

Yurii V. Zareskii, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Clinical and Counseling Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8036-4431>, e-mail: yzar86@yandex.ru

Получена 10.02.2020

Received 10.02.2020

Принята в печать 01.04.2020

Accepted 01.04.2020

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МИРОМ РАСТЕНИЙ КАК ИСТОЧНИК ПОЗИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

С.К. НАРТОВА-БОЧАВЕР

НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>,
e-mail: snartovabochaver@hse.ru

Е.А. МУХОРТОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9468-3057>,
e-mail: muhortova.elena@yandex.ru

Б.Д. ИРХИН

НИУ «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9257-4228>,
e-mail: zuroi.a@gmail.com

Рассматривается восстановительный потенциал взаимодействия с миром флоры для физического и ментального здоровья человека и его психологического благополучия. Мир растений представляет собой особую часть природы, характеризующуюся ответоспособностью, эстетической привлекательностью и ненавязчивостью. Эти качества делают растения эффективным средством восстановления когнитивных способностей, эмоционального состояния, развития личности и поведения. В то же время, в силу

существования феномена слепоты к растениям, их восстановительный ресурс используется недостаточно. Анализируются виды экотерапии; рассматриваются теории, объясняющие механизмы влияния растений на психику людей (гипотеза биофилии, теории восстановления внимания и восстановления после стресса, психотерапевтическая теория фито-резонанса). Представлены результаты исследований, свидетельствующих о благотворном влиянии разных форм взаимодействия с миром растений (садоводства, прогулок в лесу или парке, симуляции природной среды) на физическое здоровье и выздоровление после соматических болезней, на внимание, креативность, поведение и социальное функционирование человека. Отмечается эффективность взаимодействия с миром флоры в случае работы с особыми группами людей (подростками из групп риска, правонарушителями и психически больными). Анализируются ограничения исследований, в основном связанные с их дизайном.

Ключевые слова: растения, психологическое благополучие, восстановление, экотерапия, садовая терапия.

Финансирование: Работа подготовлена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проекты № 19-113-50118 и 19-013-00216).

Для цитаты: *Нартова-Бочавер С.К., Мухортובה Е.А., Ирхин Б.Д.* Взаимодействие с миром растений как источник позитивного функционирования человека // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 151—169. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280209>

INTERACTION WITH THE PLANT WORLD AS A SOURCE OF POSITIVE HUMAN FUNCTIONING

SOFYA K. NARTOVA-BOCHAVER

National Research University Higher School of Economics,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>,

e-mail: snartovabochover@hse.ru

ELENA A. MUKHORTOVA

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9468-3057>,

e-mail: muhortova.elena@yandex.ru

BORIS D. IRKHIN

National Research University Higher School of Economics,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9257-4228>,

e-mail: zuroi.a@gmail.com

The present review examines the restorative potential of interaction with flora for the physical and mental health of a person and their psychological well-being. The plant world is a particular part of nature, characterized by responsiveness, aesthetic appeal, and unobtrusiveness. These features make plants an effective means of restoring cognitive abilities, emotional state, as well as developing personal and behavioral effectiveness. At the same time, it is noted that, due to the phenomenon of plant blindness, their recovery resource is not used enough. The types of eco-therapy are analyzed; theories explaining the mechanisms of plants' influence on the people's psyche (biophilia hypothesis, attention restoration theory, stress recovery/reduction theory, and phyto-resonance) are presented. We review the results of studies proving the beneficial effect of interactions with the plant world (gardening, walking in the forest and park, simulation of the natural environment) on physical health and recovery from somatic diseases, on attention, creativity, behavior, and social functioning of a person. The effectiveness of interaction with flora is also noteworthy in the case of working with particular groups of people (adolescents from risk groups, offenders, and psychiatric patients). We analyze the limitations of studies, mainly related to their design.

Keywords: plants, psychological well-being, recovery, eco-therapy, garden therapy.

Funding: The study was conducted with the financial support of Russian Foundation for Basic Research (RFBR) (projects number 19-113-50118 and 19-013-00216).

For citation: Nartova-Bochaver S.K., Mukhortova E.A., Irkhin V.D. Interaction with the Plant World as a Source of Positive Human Functioning. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 151—169. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280209> (In Russ., abstr. in Engl.)

У меня не живут цветы,
Красотой их на миг я обманут,
Постоят день-другой и завянут,
У меня не живут цветы.
Н. Гумилев. У меня не живут цветы...

Благотворное влияние природы на тело, психику и душу человека — веками известная прописная истина. Природа — это не просто условие и предпосылка человеческого существования; это еще и символ человеческих переживаний, идентичности, нюансов общения с другими людьми

ми и направления жизненного пути [14]. В антропологии, культурологии, филологии и истории искусства растительный мир изучается очень давно. Начиная от самых поверхностных параллелей между развитием растения и человеческой жизнью, основанных на распространенных ботанических метафорах («укоренение», «процветание», «бесплодность», «увядание», «засыхание») и до весьма специфичного понимания языка растений и цветов, взаимодействие человека с миром флоры представляет чрезвычайно значимым, интенсивным, полным осознанных связей и неосознанных «якорей» процессом, который, очевидно, может стать мощным источником влияния на личность и состояния человека [2; 3].

Гуманитарные науки и искусство давно открыли факт фасилитирующей роли мира растений в душевной жизни человека. Палеоботаника и этноботаника рассматривают всю человеческую культуру сквозь призму мира растений; в филологии существует направление «флоропоэтика», а также термины «флорообраз» и «фольклорные репутации растений», интерпретирующие упоминание растений — от миртового дерева до лилии или «скромного голубого цветка» [1; 6]. Теперь уже трудно представить, что символические образы растений в древних источниках (фиговый листок, купина неопалимая и пр.) допускают естественнонаучное толкование.

Таким образом, растения означаются человеком контекстуально, в зависимости от содержания жизненных задач, а их воздействие холистично, т. е. они системно влияют на тело, психику и душу.

Природа как источник естественной психотерапии

В прикладной психологии ценность мира флоры как источника естественной психотерапии и самопомощи человека только начинает осознаваться, а практики его использования пока остаются интуитивными. Одним из первых, кто обратил внимание на важность природы для гармоничного и здорового развития личности, был американский журналист Р. Лейв, предложивший выразительный термин «синдром дефицита природы» (*nature-deficit disorder*) [31]. Не будучи медицинским диагнозом, этот феномен отражает психологическую цену, которую люди платят за отчуждение от природы — нарушения внимания, риск депрессий, соматических и офтальмологических заболеваний, вызванных перегрузками от гаджетов.

Практики-консультанты используют мир флоры в психотерапевтической работе, различая несколько форм воздействия; зонтичным понятием для всех техник и практик является экотерапия [12; 19; 25]. Экотерапия (*nature-based therapeutic interventions*) — это направление прикладной экологической психологии, отвечающее за создание ресурсных для человека отношений с природой [37; 46]. Пассивное взаимодействие

предполагает просто нахождение на природе или прогулки в парках и диких лесах (*wilderness therapy*), в то время как активное — это садоводство (*gardening*), участие в работе на ферме в качестве волонтера (*green farming*), садовая терапия (*horticultural therapy*), терапия цветоводством (*floricultural therapy*), приключения на природе (*adventure therapy*) и охрана природной среды (*conservation therapy*) [19].

Благотворное воздействие садоводства впервые было замечено в процессе реабилитации английских и американских солдат — ветеранов Второй мировой войны; позже этот прием стал использоваться как психотерапевтическая технология в так называемых лечебных садах (*healing gardens*) [37]. В отличие от трудотерапии (*occupational therapy*), в садовой терапии терапевтическим фактором является связь с природой, любованье ею, получение полезных плодов и общение в ходе совместной деятельности, увеличивающее социальный капитал человека. В отличие от профессионального садоводства, для участника садовой терапии урожай — не самоцель, а скорее средство получения положительных эмоций, подтверждения собственной личностной компетентности и смысла жизни [17]. Как пишет М. Джордан, «Центральный процесс экотерапии и практик на природе — это восстановление связи с природой как пути к самому себе» [24, с. 28].

Психологические теории, объясняющие благотворное воздействие природы

Для объяснения механизмов психотерапевтических эффектов природы необходимо выйти за рамки консультирования и обратиться к теориям психологии среды. Согласно *эволюционной гипотезе биофилии* Э. Уилсона, нашим далеким предкам для выживания было совершенно необходимо наблюдать за природой и тесно контактировать с ней; остатки этих программ поведения делают человека субъективно более защищенным, продуктивным и менее тревожным [27; 37]. Природа способствует развитию собственной компетентности и одновременно — чувства принадлежности, подтверждая существование чего-то большего, чем ограниченное человеческое бытие, а также убеждая в ответоспособности мира. В продолжение этой теории Ч. Льюис предположил, что, поскольку для древних обитателей африканских саванн скрининг формы деревьев и различие обитаемых и мертвых ландшафтов были жизненно необходимы, вполне возможно, что с тех пор могли сохраниться программы предпочтения растительного ландшафта [29].

Есть и другие концепции, объясняющие благотворные эффекты природы для человека. Согласно *теории восстановления внимания* (*attention restoration theory*) Р. Каплан, человек быстрее восстанавливается в есте-

ственной среде, где значимые либо привлекательные стимулы сами захватывают внимание и отпадает необходимость в произвольном сосредоточении, вызывающем усталость [26]. *Теория восстановления после стресса (stress reduction/recovery theory)* Р. Ульриха также утверждает, что в доисторические времена территории с обильной растительностью способствовали добыче пищи и воды и современный мозг сохраняет программы предпочтения зеленой среды [50]. Несмотря на созвучие двух последних теорий, между ними отмечаются важные различия: если Р. Каплан имела в виду когнитивное восстановление, то Р. Ульрих — аффективное, изучая эмоциональные, ментальные и психофизиологические способы снятия напряжения, возникающего из-за стрессов городской повседневности [20].

В дополнение к этим теориям предлагают и другие объяснительные модели. Так, *эстетико-аффективная теория (aesthetic-affective theory)* рассматривает антистрессовые эффекты природы как результат процессов, инициируемых в самых старых частях мозга, в силу чего люди интуитивно откликаются на безопасные места, где они могли бы отдохнуть, — а эти места обычно покрыты растительностью [50]. *Теория порога значения/порога действия (scope of meaning/scope of action theory)* изучает, как именно окружающая среда взаимодействует с субъектом на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Если настроение ухудшается из-за плохих событий и обстоятельств, то человек, переживая регресс, возвращается к более простым невербальным коммуникациям с природой, которые заданы звуками, запахами и локомоциями.

Наконец, феноменологическая *теория фито-резонанса (phyto-resonance theory)* отмечает параллельность жизни растений и человека, побуждающую людей резонировать на те характеристики растений, которые необходимы для пробуждения самости, — стабильность, укорененность, гибкость, элегантность и красоту [36]. П. Шепард, работающий с пациентами психиатрической клиники, сопоставлял садоводческие действия и личный опыт человека: так, подготовка почвы (копание, рыхление, подготовка к здоровому росту) помогает понять, что возможно новое начало, придает надежду, побуждает провести инвентаризацию своих ресурсов и выстроить жизненный план [44]. Посев семян маркирует наличие промежуточного результата (выращенного ранее зерна), уход за растениями (полив, удобрение и рыхление) учит заботиться о себе. Этот перечень может быть продолжен; главная идея теории фито-резонанса состоит в возможности пробудить у пациентов волю к жизни через их присоединение к жизненному циклу растений, иначе говоря, через архетипический смысл производимых действий.

Итак, существует достаточно теорий, объясняющих механизмы благотворного воздействия растительного мира на психику. Почему же тогда этот доступный прием укрепления психического здоровья не оказался преобладающей целительной практикой? Американские учителя ботаники Дж. Ван-

дерзее и Э. Шусслер описали феномен слепоты к растениям (*plant blindness*), означающий неспособность людей замечать их в своей среде обитания [53]. Следствиями слепоты к растениям являются: 1) недооценка их значимости для биосферы и человеческой деятельности, 2) неспособность ценить их эстетическую привлекательность и уникальность как особого биологического царства и 3) искаженное восприятие флоры как подчиненной фауне. Люди склонны чаще замечать животных, потому что, в силу опыта и образования, больше знают о них; потому что растения вне периода цветения или плодоношения перестают быть «фигурой» и сливаются в невзрачный фон, чего не бывает с животными; они неподвижны, в отличие от животных, и в большинстве своем не угрожают человеку (не бывает растений-людоедов); наконец, они меняются во времени, пространстве и цвете слишком медленно, чтобы это было замечено. Животные воспринимаются более близкими в силу того, что умеют передвигаться, обладают выражением «лица», напоминающим человеческое, заводят партнерские отношения, умеют взаимодействовать и даже играть с людьми, чего, конечно, лишены растения.

Однако эти же «негативные» особенности растений как царства природы становятся преимуществами в терапевтических практиках: их непохожесть на человека и загадочность используются в магических техниках, ненавязчивость позволяет держать их дома и в офисе, а ответсposобность — тренировать навыки диалога с миром.

Влияние природы на физическое здоровье

Большое количество исследований с использованием различного дизайна свидетельствует о важности природы для физического здоровья человека — включенность в зеленое пространство значимо связана с продолжительностью жизни [47]. Наличие зеленого ландшафта вокруг населенного пункта является буфером между стрессовыми жизненными событиями и ухудшением здоровья (по данным медицинских жалоб и самоотчета), причем, чем шире этот зеленый пояс (сравнивали лесные массивы шириной в три и один километр), тем сильнее буферный эффект [51; 55]. Впрочем, нужно отметить, что в одном из первых исследований, посвященных восстановительным средам, было обнаружено, что прогулки в городской среде, на природе или просто пассивный отдых не сказываются на частоте сердечных сокращений или кровяном давлении [20]. Большинство исследователей отмечают, что природа не воздействует на организм напрямую, а просто стимулирует физическую активность, таким образом предотвращая избыточный вес и укрепляя соматическое здоровье людей [38; 51].

Много данных было получено в области клинической практики, и результаты практически однозначно свидетельствуют в пользу благотворно-

го воздействия природы и природных образов на соматическое состояние больных и переживание боли. Так, наблюдения в больнице показали более быстрые темпы выздоровления после операций на желчном пузыре, если в палате был вид из окна на природу, по сравнению с палатой без окон, либо без вида на природный ландшафт [50; 56]. У этих пациентов также была ниже тревожность, а выздоравливали они вдвое быстрее.

Пациенты после аппендэктомии также восстанавливались быстрее, если в больничной палате были цветущие растения, причем их физиологические реакции (частота сердечных сокращений, беспокойство и усталость, систолическое давление, кровяное давление, оценки силы боли) были более благоприятными по сравнению с контрольной группой пациентов из палаты без цветов, а состояние здоровья при выписке — лучше [39]. И хотя некоторые исследования показывают, что наличие комнатных растений было связано с показателями психического здоровья коронарных и легочных пациентов, однако не улучшило их физическое состояние [41], все же огромный массив данных свидетельствует в пользу благотворности природных стимулов. Систематическая экспозиция растений в помещении способствовала субъективному ослаблению боли и снижению вегетативного возбуждения; сочетание аудиальных и визуальных природных стимулов уменьшало боль в клиническом исследовании пациентов, проходящих бронхоскопию [10; 16; 32]. В эксперименте с индуцированием боли у здоровых участников видео естественного ландшафта повышало толерантность к боли [49], в полном согласии с другими экспериментами, использующими декоративные растения в имитации больничной палаты [39]. Еще в одном эксперименте испытуемые с большей вероятностью соглашались держать руки в ледяной воде, если в помещении были цветы (впрочем, те же эффекты отмечались, если вместо растений в комнате были другие, неприродные, стимулы для их отвлечения от физического дискомфорта — например, просто яркие пятна цвета) [30].

Влияние природы на психическое здоровье, психологическое благополучие и развитие личности

Нахождение вблизи растений и наблюдение за ними оказывает влияние на познавательные процессы, эмоции, общение и мировоззрение [35; 37]. Одно из первых многомерных исследований восстановительной роли природы было осуществлено Т. Хартигом, обнаружившим, что после воздействия природных стимулов действительно улучшаются показатели корпоративной пробы и субъективно оцениваемое эмоциональное состояние испытуемых [20]. Современные работы подтверждают эти факты: получасовое пребывание детей и взрослых на природе значительно улучшает показатели их внимания, измеряемые при помощи теста нейросетей внимания

(*Attention Network Task*), и точность зрительных фиксаций (впрочем, никак не сказываясь на качестве произвольного внимания) [45; 56]. Природа стимулирует «блуждание ума» (*mind wandering*), таким образом повышая креативность [23]; связь с природой сочетается с осознанным присутствием (*mindfulness*), укрепляя контакт человека с миром и самим собой и даже помогая ему преодолеть страх смерти [5; 22]. Дикая природа укрепляет психологическое благополучие в его эвдемонической и гедонистической составляющих [13; 17; 21]. Участие здоровых пожилых людей (от 64 до 91 года) в совместных озеленительных мероприятиях способствует преодолению чувства одиночества и большей социальной интегрированности [17].

Особое направление представляет собой изучение восстановительной функции природы для детей. Детство вблизи природы понижает риск развития многих психиатрических нарушений во взрослом возрасте [18; 47]; а сельские дети, которые жили ближе к природе и потому чаще бывали в лесу, реже испытывали стресс и быстрее восстанавливались после него, чем те сельские дети, которым не хватало прямого контакта с природой.

Многочисленные работы показывают благотворное влияние пребывания в парках, нахождения в «лесной» школе и наличия зеленых дворов вокруг школ на когнитивные способности, поведение и настроение детей, среди прочего даже приводя к ослаблению синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Вид из окна на растительный ландшафт или наличие «зеленой стены» (расположенных вертикально цветочных горшков) в классе значительно улучшает произвольное внимание (хотя и не сказывается на скорости обработки информации) [7; 37; 56]. Если дети с трудностями обучения участвовали в садовой терапии, их взгляд на самих себя становился более позитивным [17]. Терапия дикой природой эффективна в работе с подростками, имеющими различные поведенческие проблемы, особенно связанные с адаптацией или зависимостями [17].

Изучено влияние растительного мира на облегчение разного рода расстройств. Так, садовая терапия [43; 47] и комплексная терапия приключениями [9] показаны в лечении наркомании; последняя также эффективна в решении проблем самооценки, эмоциональной лабильности, поведения подростков и их школьной успеваемости, управления гневом и жизнестойкости семьи [11; 54]. Целебные сады и встречи с природными экосистемами понижают депрессию [37], укрепляют внимание у онкологических больных, ослабляют стресс и ментальную усталость [28], способствуют культурной и социальной интеграции [15; 17; 52].

Общие эффекты взаимодействия с растительным миром, особенно садовой терапии, на пациентов с разного рода психиатрическими болезнями — это улучшение социальных навыков и планирования, повышение самооценки и лучшая концентрация на деятельности. Больные шизофренией под влиянием садовой терапии также лучше функционируют

и адаптируются к другим людям [17], а пациенты с болезнью Альцгеймера и другими формами деменции после работы в саду лучше концентрируются и реже страдают от нарушенного сна [17; 34].

Элементы садовой терапии в тюрьмах и других пенитенциарных учреждениях укрепляли социальную ответственность, умение принимать решения и совладать с жизненными трудностями; заключенные также становились менее враждебными, а их самооценка становилась выше. Эти проекты особенно важны для несовершеннолетних преступников, испытывающих благодаря работе в саду гордость за свои достижения и таким образом приобретающих более позитивную Я-концепцию [17; 42].

Отдельная тема изучения восстановительной функции среды — это прогулки в лесу или парке. Городские жители лучше восстанавливаются в облагороженных парках, чем просто в лесу, где они, по-видимому, чаще переживают тревогу из-за возможных непривычных опасностей [33]. Недавно было показано, что если прогуливающиеся испытуемые получают задания на активизацию внимания (например, «Оглянитесь вокруг себя и восхируйтесь окружающей вас природой», «Найдите свое любимое место на этой территории»), то процессы восстановления внимания будут происходить быстрее. Однако даже без этого люди в лесу или городском парке демонстрировали лучшую концентрацию внимания, а те, кто переживал более высокий уровень стресса, — еще и заметное улучшение настроения [40].

Приближаясь к концу обзора, мы бы хотели обратить внимание на тот факт, что растения чаще всего рассматриваются как источник укрепления позитивного функционирования личности в контексте разных индустриальных сред — города или рабочего места (офиса). Именно там растения — наиболее долгожданные гости и друзья, и, конечно, «зеленый» город и «зеленый» офис — это самостоятельные предметы исследовательского внимания.

Выводы

Итак, мир флоры как особая часть природы действительно обладает благотворным воздействием на тело, психику и душу человека. Однако большинство проанализированных исследований не использовало доказательных методов, дизайн был уязвим, использовались отдельные случаи либо невоспроизводимые факты (*anecdotic data*). В метаанализе М. Барнса и др. анализировались детали исследований, которые отсутствуют или недостаточно представлены в работах, в силу чего и выводы выглядят порой недостаточно обоснованными [8]. Так, по мнению авторов, существенно, был ли человек один или среди других людей, как долго находился на природе или созерцал ее образ, была ли это движущаяся природа или неподвижная и перемещался ли сам субъект. Полезно указывать точное место

исследования и примыкающие структуры (например, жилые кварталы или фабрики), описывать уникальные черты ландшафтов, а также звуки и запахи, присущие данному месту. Кроме того, справедливо обращается внимание на важность контроля над временем суток и сезонностью.

Поскольку в большинстве исследований дизайн трудно назвать чистым, остается впечатление, что полученные данные нелинейны и позитивные эффекты природы могут быть обусловлены сопутствующими переменными или опосредованы индивидуально-личностными особенностями человека. Какими именно? По мнению Т. Хартига, человека нужно обучать использованию восстановительных психотехник, включающих медитацию, для того чтобы повышать его сензитивность к антистрессовому воздействию сред (и не только природных) [20]. Как справедливо отмечают С. Белл и др., «Даже просто наличие участка зеленого пространства может принести много позитивных эффектов, но при этом разных для разных людей» [37, с. 18]. В качестве дополнительных переменных, которые полезно учитывать в исследованиях и в организации воздействия, могли бы быть стадия жизненного пути, образ жизни и социально-демографические характеристики людей (когорты).

На наш взгляд, в России, стране с аграрным прошлым, необходимо изучать индивидуальное отношение людей к миру растений, которые, помимо позитивных ассоциаций, актуализируют также образы деревенской бедности, бесправия и неуспешности [4]. Таким образом, вопрос об универсальности восстановительного эффекта мира флоры пока остается открытым; мощь воздействия природы усиливается или ограничивается активным и пристрастным субъектом, что и побуждает изучать не человека и природу, а человека *в его отношении к природе*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбовская С.Г. Флорообраз во французской литературе XIX века. СПб.: СПбГУ, 2017. 276 с.
2. Лихачев Д. Поэзия садов. М.: Колибри, Азбука-Аттикус, 2018. 416 с.
3. Нартова-Бочавер С.К. Народная сказка как средство стихийной психотерапии // Хрестоматия. Сказки народов мира / Под ред. К.М. Нартова. М.: Институт практической психологии, 1996. С. 3—14.
4. Нартова-Бочавер С.К., Мухортова Е.А. Опросник «Люди и растения»: изучение отношения человека к миру растений // Психологический журнал. 2020. Т. 41. № 1. С. 95—105. doi:10.31857/S020595920007984-8
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. и др. Связь с природой: вклад в душевное благополучие // Перспективы психологической науки и практики: сборник статей Международной научно-практической конференции. РГУ имени А. Н. Косыгина, 16 июня 2017 г. М.: ФГБОУ ВО «РГУ имени А.Н. Косыгина», 2017. С. 764—767.

6. *Шарафадина К.И.* «Селам, откройся!». Флоропозитика в образном языке русской и зарубежной литературы. СПб.: Нестор-История, 2018. 544 с.
7. *Annerstedt M., Währborg P.* Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011. Vol. 39 (4). P. 371–388. doi:10.1177/1403494810396400
8. *Barnes M.R., Donahue M.L., Keeler B.L., et al.* Characterizing nature and participant experience in studies of nature exposure for positive mental health: an integrative review [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02617/full> (дата обращения: 10.01.2020). doi:10.3389/fpsyg.2018.02617
9. *Bennett D.S., Gibbons T.A.* Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: A meta-analysis // *Child & Family Behavior Therapy*. 2000. Vol. 22 (1). P. 1–15. doi:10.1300/J019v22n01_01
10. *Bringslimark T., Hartig T., Patil G.G.* The psychological benefits of indoor plants: a critical review of the experimental literature // *Journal of Environmental Psychology*. 2009. Vol. 29 (4). P. 422–433. doi:10.1016/j.jenvp.2009.05.001
11. *Bowen D.J., Neill J.T., Crisp S.J.R.* Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants // *Evaluation and Program Planning*. 2016. Vol. 58. P. 49–59. doi:10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005
12. *Buzzell L., Chalquist C.* Psyche and nature in a circle of healing // *Ecotherapy: Healing with nature in mind* / L. Buzzell, C. Chalquist (eds.). Berkeley, CA: Counterpoint, 2009. P. 17–21.
13. *Capaldi C.A., Passmore H.-A., Nisbet E.K., et al.* Flourishing in nature: A review of the benefits of connecting with nature and its application as a wellbeing intervention // *International Journal of Wellbeing*. 2015. Vol. 5 (4). P. 1–16. doi:10.5502/ijw.v5i4.449
14. *Clayton S., Opatow S.* Identity and the natural environment: The psychological significance of nature. Cambridge: MIT Press, 2003. 365 p.
15. *Collado S., Staats H.* Contact with nature and children’s restorative experiences: an eye to the future [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01885/full> (дата обращения: 15.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2016.01885
16. *Diette G.B., Lechtzin N., Haponik E., et al.* Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complimentary approach to routine analgesia // *Chest*. 2003. Vol. 123 (3). P. 941–948. doi:10.1378/chest.123.3.941
17. *Elings M.* People-plant interaction: the physiological, psychological and sociological effects of plants on people // *Farming for health* / J. Hassink, M. van Dijk (eds.). Dordrecht: Springer, 2006. P. 43–55.
18. *Engemann K., Pedersen C.B., Arge L., et al.* Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2019. Vol. 116 (11). P. 5188–5193. doi:10.1073/pnas.1807504116
19. *Greenleaf A.T., Bryant R.M., Pollock J.B.* Nature-based counseling: Integrating the healing benefits of nature into practice // *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2014. Vol. 36 (2). P. 162–174. doi:10.1007/s10447-013-9198-4
20. *Hartig T., Mang M., Evans G.W.* Restorative effects of natural environment experiences // *Environment and Behavior*. 1991. Vol. 23 (1). P. 3–26. doi:10.1177/0013916591231001

21. *Hinds J., Sparks P.* The affective quality of human-natural environment relationships // *Evolutionary Psychology*. 2011. Vol. 9 (3). P. 451—469. doi:10.1177/147470491100900314
22. *Howell A.J., Dopko R.L., Passmore H.-A., et al.* Nature connectedness: Associations with well-being and mindfulness // *Personality and Individual Differences*. 2011. Vol. 51 (2). P. 166—171. doi:10.1016/j.paid.2011.03.037
23. International conference on environmental psychology. Plymouth 2019. 4—6 September. Conference handbook [Электронный ресурс]. URL: https://www.plymouth.ac.uk/uploads/production/document/path/15/15210/Conference_handbook_FINAL.pdf (дата обращения: 10.01.2020).
24. *Jordan M.* Back to nature // *Therapy Today*. 2009. Vol. 20 (3) P. 26—28.
25. *Kamitsis I., Simmonds J.G.* Using Resources of Nature in the Counselling Room: Qualitative Research into Ecotherapy Practice // *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2017. Vol. 39 (3). P. 229—248. doi:10.1007/s10447-017-9294-y
26. *Kaplan R.* The role of nature in the context of the workplace // *Landscape and Urban Planning*. 1993. Vol. 26 (1—4). P. 193—201. doi:10.1016/0169-2046(93)90016-7
27. *Kellert S.R., Wilson E.O.* (eds.). *The Biophilia Hypothesis*. Washington, DC: Island Press, 1993. 484 p.
28. *Kohlleppel T., Bradley J.C., Jacob S.* A walk through the garden: Can a visit to a botanic garden reduce stress? // *HortTechnology*. 2002. Vol. 12 (3). P. 489—492. doi:10.21273/HORTTECH.12.3.489
29. *Lewis C.A.* *Green nature/human nature: The meaning of plants in our lives*. Urbana, IL: University of Illinois Press, 1996. 160 p.
30. *Lohr V.I., Pearson-Mims C.H.* Physical discomfort may be reduced in the presence of interior plants // *HortTechnology*. 2001. Vol. 10 (1). P. 53—58. doi:10.21273/HORTTECH.10.1.53
31. *Louv R.* *Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder*. New York: Algonquin Books, 2008. 416 p.
32. *Malenbaum S., Keefe F.J., Williams A., et al.* Pain in its environmental context: implications for designing environments to enhance pain control // *Pain*. 2008. Vol. 134 (3). P. 241—244. doi:10.1016/j.pain.2007.12.002
33. *Martens D., Gutscher H., Bauer N.* Walking in “wild” and “tended” urban forests: The impact on psychological well-being // *Journal of Environmental Psychology*. 2011. Vol. 31 (1). P. 36—44. doi:10.1016/j.jenvp.2010.11.001
34. *McCaffrey R.* The effect of healing gardens and art therapy on older adults with mild to moderate depression // *Holistic Nursing Practice*. 2007. Vol. 21 (2). P. 79—84. doi:10.1097/01.HNP.0000262022.80044.06
35. *Nartova-Bochaver S.K., Muhortova E.A.* If people are attached to plants, do they love other people? Case of the Russian youth [Электронный ресурс] // *Behavioral Sciences*. 2020. Vol.10 (2). URL: <https://www.mdpi.com/2076-328X/10/2/40/htm> (дата обращения: 1.05.2020). doi:10.3390/bs10020040
36. *Neuberger K.* Die Arbeit im Garten als Metapher und Ausschnitt der Wirklichkeit // *Praxis Ergotherapie*. 1993. Vol. 2. P. 88—89.
37. *Nilsson K., Sangster M., Gallis C., et al.* (eds.). *Forests, trees and human health*. New York: Springer Science & Business Media, 2010. 436 p.

38. *Ozdemir A., Yilmaz O.* Assessment of outdoor school environments and physical activity in Ankara's primary schools // *Journal of Environmental Psychology*. 2008. Vol. 28 (3). P. 287—300. doi:10.1016/j.jenvp.2008.02.004
39. *Park S.-H., Mattson R.H.* Therapeutic influences of plants in hospital rooms on surgical recovery // *HortTechnology*. 2009. Vol. 44 (1). P. 102—105. doi:10.21273/HORTSCI.44.1.102
40. *Pasanen T., Johnson K., Lee K., et al.* Can nature walks with psychological tasks improve mood, self-reported restoration, and sustained attention? Results from two experimental field studies [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02057/full> (дата обращения: 10.01.2020). doi:10.3389/fpsyg.2018.02057
41. *Raanaas R.K., Patil G.G., Hartig T.* Effects of an indoor foliage plant intervention on patient well-being during a residential rehabilitation program // *HortScience*. 2010. Vol. 45 (3). P. 387—392. doi:10.21273/HORTSCI.45.3.387
42. *Richards H.J., Kafami D.M.* Impact of horticultural therapy on vulnerability and resistance to substance abuse among incarcerated offenders // *Journal of Offender Rehabilitation*. 1999. Vol. 29 (3—4). P. 183—193. doi:10.1300/J076v29n03_11
43. *Roe J., Aspinall P.A.* The restorative outcomes of forest versus indoor settings in young people with varying behaviour states // *Urban Forestry and Urban Greening*. 2011. Vol. 10 (3). P. 205—212.
44. *Shepard P.* Phyto-resonance of the true self // *The healing dimensions of people plant relations: Proceedings of a research symposium*. March 24—27, 1994, University of California, Davis. Davis, CA: UC Davis, 1994. P. 154—160.
45. *Stevenson M.P., Dewhurst R., Schilhab T., et al.* Cognitive restoration in children following exposure to nature: evidence from the attention network task and mobile eye tracking [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00042/full> (дата обращения: 21.01.2020). doi: 10.3389/fpsyg.2019.00042
46. *Summers J.K., Vivian D.N.* Ecotherapy — A forgotten ecosystem service: A review [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01389/full> (дата обращения: 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.01389
47. *Takano T., Nakamura K., Watanabe M.* Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces // *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002. Vol. 56 (12). P. 913—918. doi:10.1136/jech.56.12.913
48. *Tracey D., Gray T., Truong S., et al.* Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological wellbeing for children at-risk [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01565/full> (дата обращения: 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.01565
49. *Tse M.M., Ng J.K., Chung J.W., et al.* The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance // *Journal of Clinical Nursing*. 2002. Vol. 11 (4). P. 264—269. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00608.x
50. *Ulrich R.S., Simons R.F., Losito B.D., et al.* Stress recovery during exposure to natural and urban environments // *Journal of Environmental Psychology*. 1991. Vol. 11 (3). P. 201—230. doi:10.1016/S0272-4944(05)80184-7

51. *Van den Berg A.E., Maas J., Verheij R.A., et al.* Green space as a buffer between stressful life events and health // *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 70 (8). P. 1203—1210. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.002
52. *Van den Berg A.E., Wesselius J.E., Maas J., et al.* Green walls for a restorative classroom environment: a controlled evaluation study // *Environment and Behavior*. 2017. Vol. 49 (7). P. 791—813. doi:10.1177/0013916516667976
53. *Wandersee J.H., Schussler E.E.* Toward a theory of plant blindness // *Plant Science Bulletin*. 2001. Vol. 47 (1). P. 2—9.
54. *Wilson S.J., Lipsey M.W.* Wilderness challenge programs for delinquent youth: a meta-analysis of outcome evaluations // *Evaluation and Program Planning*. 2000. Vol. 23 (1). P. 1—12. doi:10.1016/S0149-7189(99)00040-3
55. *Wells N.M., Evans G.W.* Nearby nature: A buffer of life stress among rural children // *Environment and Behavior*. 2003. Vol. 35 (3). P. 311—330. doi:10.1177/0013916503035003001
56. *Wooller J.J., Rogerson M., Barton J., et al.* Can simulated green exercise improve recovery from acute mental stress? [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02167/full> (дата обращения: 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.02167

REFERENCES

1. Gorbovskaya S.G. *Floroobraz vo frantsuzskoi literature XIX veka*. [Floreal in French literature of the XIX century]. Saint Petersburg: SPbGU, 2017. 276 p.
2. Likhachev D. *Poeziya sadov* [Poetry of gardens]. Moscow: KoLibri, Azbuka-Attikus, 2018. 416 p.
3. Nartova-Bochaver S.K. *Narodnaya skazka kak sredstvo stikhiinoi psikhoterapii* [The folk tale as a means of spontaneous psychotherapy]. In Nartov K.M. (ed.), *Khrestomatiya. Skazki narodov mira* [Reading-book. Tales of the world]. Moscow: Institut prakticheskoi psikhologii, 1996, pp. 3—14.
4. Nartova-Bochaver S.K., Mukhortova E.A. Oprosnik “Lyudi i Rasteniya”: izuchenie otosheniya cheloveka k miru rastenii [Questionnaire “People and plants” (PaP): a study of human relations to the plant world]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2020. Vol. 41 (1), pp. 95—105. doi:10.31857/S020595920007984-8
5. Chistopol’skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., et al. *Svyaz’ s prirodou: vklad v dushevnoe blagopoluchie* [Connection with nature: contribution to mental well-being]. *Perspektivy psikhologicheskoi nauki i praktiki: sbornik statei Mezhdunarodnoi nauchnoprakticheskoi konferentsii*. (Moskva, 16 iyunya 2017 g.). [Perspectives of Psychological Science and Practice: Proceedings of the International Scientific-Practical Conference] Moscow: FGBOU VO «RGU im. A.N. Kosygina», 2017, pp. 764—767.
6. Sharafadina K.I. “Selam, otkroisya!”. *Floropoetika v obraznom yazyke russkoi i zarubezhnoi literatury* [“Selam, open up!”. Floropoetics in the figurative language of Russian and foreign literature]. Saint Petersburg: Nestor-Istoriya, 2018. 544 p.
7. Annerstedt M., Währborg P. Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011. Vol. 39 (4), pp. 371—388. doi:10.1177/1403494810396400

8. Barnes M.R., Donahue M.L., Keeler B.L., et al. Characterizing nature and participant experience in studies of nature exposure for positive mental health: an integrative review [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2019. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02617/full> (Accessed 10.01.2020). doi:10.3389/fpsyg.2018.02617
9. Bennett D.S., Gibbons T.A. Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: A meta-analysis. *Child & Family Behavior Therapy*, 2000. Vol. 22 (1), pp. 1—15. doi:10.1300/J019v22n01_01
10. Bringslimark T., Hartig T., Patil G.G. The psychological; benefits of indoor plants: a critical review of the experimental literature. *Journal of Environmental Psychology*, 2009. Vol. 29 (4), pp. 422—433. doi:10.1016/j.jenvp.2009.05.001
11. Bowen D.J., Neill J.T., Crisp S.J.R. Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Evaluation and Program Planning*, 2016. Vol. 58, pp. 49—59. doi:10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005
12. Buzzell L., Chalquist C. Psyche and nature in a circle of healing. In Buzzell L., Chalquist C. (eds.). *Ecotherapy: Healing with nature in mind*. Berkeley, CA: Counterpoint, 2009, pp. 17—21.
13. Capaldi C.A., Passmore H.-A., Nisbet E.K., et al. Flourishing in nature: A review of the benefits of connecting with nature and its application as a wellbeing intervention. *International Journal of Wellbeing*, 2015. Vol. 5 (4), pp. 1—16. doi:10.5502/ijw.v5i4.449
14. Clayton S., Opatow S. Identity and the natural environment: The psychological significance of nature. Cambridge: MIT Press, 2003. 365 p.
15. Collado S., Staats H. Contact with nature and children's restorative experiences: an eye to the future [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2016. Vol. 7. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01885/full> (Accessed 15.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2016.01885
16. Diette G.B., Lechtzin N., Haponik E., et al. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: A complimentary approach to routine analgesia. *Chest*, 2003. Vol. 123 (3), pp. 941—948. doi:10.1378/chest.123.3.941
17. Elings M. People-plant interaction: the physiological, psychological and sociological effects of plants on people. In Hassink J., van Dijk M. (eds.). *Farming for health*. Dordrecht: Springer, 2006, pp. 43—55.
18. Engemann K., Pedersen C.B., Arge L., et al. Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2019. Vol. 116 (11), pp. 5188—5193. doi:10.1073/pnas.1807504116
19. Greenleaf A. T., Bryant R.M., Pollock J.B. Nature-based counseling: Integrating the healing benefits of nature into practice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2014. Vol. 36 (2), pp. 162—174. doi:10.1007/s10447-013-9198-4
20. Hartig T., Mang M., Evans G.W. Restorative effects of natural environment experiences. *Environment and Behavior*, 1991. Vol. 23 (1), pp. 3—26. doi:10.1177/0013916591231001
21. Hinds J., Sparks P. The affective quality of human-natural environment relationships. *Evolutionary Psychology*, 2011. Vol. 9 (3), pp. 451—469. doi:10.1177/147470491100900314

22. Howell A.J., Dopko R.L., Passmore H.-A., et al. Nature connectedness: Associations with well-being and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 2011. Vol. 51 (2), pp. 166—171. doi:10.1016/j.paid.2011.03.037
23. International conference on environmental psychology. Plymouth 2019. 4—6 September. Conference handbook [Elektronnyi resurs]. Available at: https://www.plymouth.ac.uk/uploads/production/document/path/15/15210/Conference_handbook_FINAL.pdf (Accessed 10.01.2020).
24. Jordan M. Back to nature. *Therapy Today*, 2009. Vol. 20 (3), pp. 26—28.
25. Kamitsis I., Simmonds J.G. Using Resources of Nature in the Counselling Room: Qualitative Research into Ecotherapy Practice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2017. Vol. 39 (3), pp. 229—248. doi:10.1007/s10447-017-9294-y
26. Kaplan R. The role of nature in the context of the workplace. *Landscape and Urban Planning*, 1993. Vol. 26 (1—4), pp. 193—201. doi:10.1016/0169-2046(93)90016-7
27. Kellert S.R., Wilson E.O. (eds.). *The Biophilia Hypothesis*. Washington, DC: Island Press, 1993. 484 p.
28. Kohlleppel T., Bradley J.C., Jacob S. A walk through the garden: Can a visit to a botanic garden reduce stress? *HortTechnology*, 2002. Vol. 12 (3), pp. 489—492. doi:10.21273/HORTTECH.12.3.489
29. Lewis C.A. *Green nature/human nature: The meaning of plants in our lives*. Urbana, IL: University of Illinois Press, 1996. 160 p.
30. Lohr V.I., Pearson-Mims C.H. Physical discomfort may be reduced in the presence of interior plants. *HortTechnology*, 2001. Vol. 10 (1), pp. 53—58. doi:10.21273/HORTTECH.10.1.53
31. Louv R. *Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder*. New York: Algonquin books, 2008. 416 p.
32. Malenbaum S., Keefe F.J., Williams A., et al. Pain in its environmental context: implications for designing environments to enhance pain control. *Pain*, 2008. Vol. 134 (3), pp. 241—244. doi:10.1016/j.pain.2007.12.002
33. Martens D., Gutscher H., Bauer N. Walking in “wild” and “tended” urban forests: The impact on psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 2011. Vol. 31 (1), pp. 36—44. doi:10.1016/j.jenvp.2010.11.001
34. McCaffrey R. The effect of healing gardens and art therapy on older adults with mild to moderate depression. *Holistic Nursing Practice*, 2007. Vol. 21 (2), pp. 79—84. doi:10.1097/01.HNP.0000262022.80044.06
35. Nartova-Bochaver S.K., Muhortova E.A. If people are attached to plants, do they love other people? Case of the Russian youth [Elektronnyi resurs]. *Behavioral Sciences*, 2020. Vol. 10 (2). Available at: <https://www.mdpi.com/2076-328X/10/2/40/htm> (Accessed 1.05.2020). doi:10.3390/bs10020040
36. Neuberger K. Die Arbeit im Garten als Metapher und Ausschnitt der Wirklichkeit. *Praxis Ergotherapie*, 1993. Vol. 2, pp. 88—89.
37. Nilsson K., Sangster M., Gallis C., et al. (eds.). *Forests, trees and human health*. New York: Springer Science & Business Media, 2010. 436 p.
38. Ozdemir A., Yilmaz O. Assessment of outdoor school environments and physical activity in Ankara’s primary schools. *Journal of Environmental Psychology*, 2008. Vol. 28 (3), pp. 287—300. doi:10.1016/j.jenvp.2008.02.004

39. Park S.-H., Mattson R.H. Therapeutic influences of plants in hospital rooms on surgical recovery. *HortTechnology*, 2009. Vol. 44 (1), pp. 102—105. doi:10.21273/HORTSCI.44.1.102
40. Pasanen T., Johnson K., Lee K., et al. Can nature walks with psychological tasks improve mood, self-reported restoration, and sustained attention? Results from two experimental field studies [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02057/full> (Accessed 10.01.2020). doi:10.3389/fpsyg.2018.02057
41. Raanaas R.K., Patil G.G., Hartig T. Effects of an indoor foliage plant intervention on patient well-being during a residential rehabilitation program. *HortScience*, 2010. Vol. 45 (3), pp. 387—392. doi:10.21273/HORTSCI.45.3.387
42. Richards H.J., Kafami D.M. Impact of horticultural therapy on vulnerability and resistance to substance abuse among incarcerated offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 1999. Vol. 29 (3—4), pp. 183—193. doi:10.1300/J076v29n03_11
43. Roe J., Aspinall P.A. The restorative outcomes of forest versus indoor settings in young people with varying behaviour states. *Urban Forestry and Urban Greening*, 2011. Vol. 10 (3), pp. 205—212.
44. Shepard P. Phyto-resonance of the true self. *The healing dimensions of people plant relations: Proceedings of a research symposium*. March 24—27, 1994, University of California, Davis. Davis, CA: UC Davis, 1994, pp. 154—160.
45. Stevenson M.P., Dewhurst R., Schilhab T., et al. Cognitive restoration in children following exposure to nature: evidence from the attention network task and mobile eye tracking [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2019. Vol. 10. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00042/full> (Accessed 21.01.2020). doi:10.3389/fpsyg.2019.00042
46. Summers J.K., Vivian D.N. Ecotherapy — A forgotten ecosystem service: A review [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01389/full> (Accessed 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.01389
47. Takano T., Nakamura K., Watanabe M. Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2002. Vol. 56 (12), pp. 913—918. doi:10.1136/jech.56.12.913
48. Tracey D., Gray T., Truong S., et al. Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological wellbeing for children at-risk [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01565/full> (Accessed 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.01565
49. Tse M.M., Ng J. K., Chung J.W., et al. The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of Clinical Nursing*, 2002. Vol. 11 (4), pp. 264—269. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00608.x
50. Ulrich R.S., Simons R.F., Losito B.D., et al. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 1991. Vol. 11 (3), pp. 201—230. doi:10.1016/S0272-4944(05)80184-7
51. Van den Berg A.E., Maas J., Verheij R.A., et al. Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*, 2010. Vol. 70 (8), pp. 1203—1210. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.002

52. Van den Berg A.E., Wesseliuss J.E., Maas J., et al. Green walls for a restorative classroom environment: a controlled evaluation study. *Environment and Behavior*, 2017. Vol. 49 (7), pp. 791—813. doi:10.1177/00139165166667976
53. Wandersee J.H., Schussler E.E. Toward a theory of plant blindness. *Plant Science Bulletin*, 2001. Vol. 47 (1), pp. 2—9.
54. Wilson S.J., Lipsey M.W. Wilderness challenge programs for delinquent youth: a meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 2000. Vol. 23 (1), pp. 1—12. doi:10.1016/S0149-7189(99)00040-3
55. Wells N.M., Evans G.W. Nearby nature: A buffer of life stress among rural children. *Environment and Behavior*, 2003. Vol. 35 (3), pp. 311—330. doi:10.1177/0013916503035003001
56. Wooller J.J., Rogerson M., Barton J., et al. Can simulated green exercise improve recovery from acute mental stress? [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02167/full> (Accessed 21.12.2019). doi:10.3389/fpsyg.2018.02167

Информация об авторах

Нартова-Бочавер Софья Кимовна, доктор психологических наук, профессор департамента психологии, НИУ «Высшая школа экономики» (ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: snartovabochover@hse.ru

Мухортова Елена Алексеевна, доцент кафедры педагогической психологии факультета психологии образования, ФГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический университет» (МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9468-3057>, e-mail: muhortova.elena@yandex.ru

Ирхин Борис Денисович, аспирант департамента психологии, НИУ «Высшая школа экономики» (ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9257-4228>, e-mail: zuroi.a@gmail.com

Information about the authors

Sofya K. Nartova-Bochaver, Doctor of Psychology, Professor, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: snartovabochover@hse.ru

Elena A. Mukhortova, Associate Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9468-3057>, e-mail: muhortova.elena@yandex.ru

Boris D. Irkhin, PhD Student (Psychology), National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9257-4228>, e-mail: zuroi.a@gmail.com

Получена 10.02.2020

Received 10.02.2020

Принята в печать 01.04.2020

Accepted 01.04.2020

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Р.Ю. ШИНДРИКОВ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» (ПСПбГМУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>,
e-mail: shindrikov@list.ru

О.Ю. ЩЕЛКОВА

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
университет» (СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>,
e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Е.А. ДЕМЧЕНКО

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
имени В.А. Алмазова» (НМИЦ им. В.А. Алмазова),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>,
e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Ю.М. МИЛАНИЧ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
(СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>,
e-mail: y.milanich@spbu.ru

Приведены результаты изучения стратегий и личностных ресурсов копинга больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в период ожидания трансплантации сердца (ТС). Исследовано 105 пациентов, направленных на комиссию по включению в лист ожидания ТС (ЛОТС) в НИИЦ имени В.А. Алмазова. После 6 месяцев госпитализации пациентов разделили на две группы: состоящие (включенные и сохранившие свои позиции) (n=55; группа 1) и не состоящие (не включенные или выбывшие) в ЛОТС (n=50; группа 2). Используются методы «Способы совладающего поведения» и «Смысложизненные ориентации». Выявлено, что в группе 1 ведущими стратегиями копинга являются «конфронтация», «положительная переоценка» и «самоконтроль»; в группе 2 — «дистанцирование» и «бегство-избегание». Показано достоверное преобладание в группе 1 общего показателя осмысленности жизни и частных показателей СЖО, отражающих наличие целей в жизни, временной перспективы и интернального локуса-контроля. Сделано заключение о возможности использования полученных данных при планировании психологической работы с больными ХСН в период ожидания ТС.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), трансплантация сердца (ТС), копинг-стратегии, личностные копинг-ресурсы.

Финансирование: Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00689 А.

Для цитаты: Шиндрик Р.Ю., Шелкова О.Ю., Демченко Е.А., Миланич Ю.М. Копинг-поведение в системе психосоциальной оценки пациентов, ожидающих трансплантации сердца // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 170—189. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280210>

COPING BEHAVIOR IN THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT OF PATIENTS WAITING FOR A HEART TRANSPLANT

ROMAN YU. SHINDRIKOV

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
St. Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>,

e-mail: shindrikov@list.ru

OLGA YU. SHCHELKOVA

St. Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research
Center of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>,
e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

ELENA A. DEMCHENKO

Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>,
e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

YULIYA M. MILANICH

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>,
e-mail: y.milanich@spbu.ru

The paper presents the results of the study focusing on coping strategies and personal resources of patients with chronic heart failure (CHF) during the waiting period for heart transplantation (HT). The sample included 105 patients directed to the commission for inclusion in the waiting list of HT (WLHT) in the Almazov National Medical Research Centre. After 6 months of hospitalization, the patients were divided into two groups: those included in WLHT initially who kept their positions ($n=55$; Group 1), and those who were excluded or not included initially ($n=50$; Group 2). Methods: The Ways of Coping Questionnaire and Purpose in Life Test. It was found out that the most endorsed coping strategies were confrontation, positive reappraisal and self-control for Group 1, and distancing and escape/avoidance for Group 2. The significant increase in the life purposefulness general score, and subscale scores reflecting goals, time perspective and internal locus of control was observed in Group 1. We conclude that the obtained data can be used in planning psychological work with patients with CHF during the period of waiting for HT.

Keywords: chronic heart failure (CHF), heart transplantation (HT), coping strategies, personal coping resources.

Funding: This work was supported by RFBR Grant №18-013-00689 A.

For citation: Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A., Milanich Yu.M. Coping Behavior in the System of Psychosocial Assessment of Patients Waiting for a Heart Transplant. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 170–189. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280210>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Несмотря на постоянное развитие медицинских технологий, сердечно-сосудистые заболевания остаются самой распространенной причиной смертности во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год от них умирают около 17,5 млн человек¹. Одно из ведущих

¹ Данные с официального сайта ВОЗ (https://www.who.int/cardiovascular_diseases/ru/).

мест в системе сердечно-сосудистых заболеваний занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая является наиболее распространенным следствием прогрессирования многих кардиологических болезней. На начальных стадиях патогенеза ХСН поддается медикаментозной терапии, но если речь идет о терминальной стадии, традиционным и зачастую единственным методом лечения остается пересадка (трансплантация) сердца (ТС) [7; 19]. Этот метод имеет высокую клиническую эффективность и хороший прогноз при корректном выборе показаний к оперативному лечению, однако ТС, ввиду отсутствия достаточного количества донорских органов, а также высокой стоимости реабилитации и самой операции, труднодоступна [24].

Международное общество трансплантации сердца и легких (*International Society for Heart and Lung Transplantation*) в 2013 г. опубликовало основные принципы отбора кандидатов для проведения операции по имплантации механической системы поддержания кровообращения перед ТС (мост к ТС). Эти рекомендации включают ряд психосоциальных исследований: скрининг-оценку факторов психосоциального риска, скрининг-диагностику когнитивных дисфункций, оценку семейной, социальной и эмоциональной поддержки, тщательную психиатрическую и психологическую оценку факторов риска у пациентов с психическими заболеваниями в анамнезе [16]. Основными психосоциальными противопоказаниями к трансплантации являются: 1) низкий уровень приверженности лечению (нон-комплаенс); 2) наркотическая или алкогольная зависимость, диагностированная за последние 6 месяцев; 3) психические заболевания, актуальные неблагоприятные психосоциальные ситуации, мешающие лечению и реабилитации.

Несмотря на наличие четко сформулированных критериев, проблема разработки комплекса специализированных компактных инструментов для психосоциальной оценки больных при включении в лист ожидания трансплантации сердца (ЛОТС) остается не решенной. В настоящее время в кардиологической клинике в России не существует общепринятых методов психосоциальной оценки пациентов перед включением в ЛОТС, также нет общепринятых методов психологического сопровождения в периоды ожидания ТС и послеоперационной реабилитации. Исследования в данной области представляются крайне актуальными не только в научном, но и в практическом плане. Согласно клиническим рекомендациям, при психосоциальной оценке следует учитывать, прежде всего, нарушения когнитивной, а также эмоционально-аффективной сферы [7]. Однако выявление когнитивного снижения и эмоциональных расстройств на этапе включения пациента в ЛОТС не в полной мере позволяет прогнозировать особенности и нарушения психологической адаптации в до- и послеоперационные периоды. В этом контексте изучение механизмов психологической адаптации — способов и личностных ресурсов совлада-

ющего поведения в период длительного ожидания ТС — представляется крайне перспективным и релевантным задаче отбора пациентов для выполнения высокотехнологичной операции, подготовка к которой и постоперационное восстановление требуют мобилизации всех психологических возможностей и компетенций пациента. Клинический опыт показывает, что наибольшим прогностическим значением в отношении успешности подготовки к ТС и эффективности реабилитации после ТС обладает приверженность пациента лечению и соблюдение рекомендованного режима. Показана достоверная связь между комплаентностью и способами совладающего поведения кардиохирургических больных [15; 17]. Однако исследования механизмов психологической адаптации этой категории пациентов единичны, а в случае больных ХСН полностью отсутствуют.

Актуальность настоящему исследованию придает и то, что в связи с неопределенной продолжительностью ожидания ТС и высокой коморбидностью ХСН у большинства пациентов, средний возраст которых превышает 50 лет, прогнозирование результатов и оценка вероятности достижения целей проводимого лечения является одной из наиболее сложных и малоизученных проблем немедикаментозного сопровождения больных ХСН. Лишь единичные исследования отражают влияние ряда психологических факторов на клинический потенциал пациентов при длительном ожидании операции, а также на прогноз послеоперационного восстановления пациентов [10; 11; 14; 21].

Особо следует отметить, что период ожидания ТС является критической жизненной ситуацией для больного ХСН, он характеризуется постоянным ухудшением не только медицинских, но и социально-психологических характеристик. Ограничения, связанные с состоянием здоровья, порождают ситуацию, в которой больной сталкивается с невозможностью реализации жизненных целей, стремлений и ценностей. Фактор терминальной болезни ведет к развитию ненормативного жизненного кризиса. Данная критическая ситуация обусловлена, во-первых, неготовностью человека к ней и, во-вторых, ощущением невозможности жить в ней [3]. Неопределенно долгое ожидание высокотехнологичной большой операции, постоянно ухудшающееся самочувствие, затянувшаяся госпитализация усугубляют кризис и сопутствующий стресс. В этих условиях особое значение имеют адаптивные способы совладания со стрессом болезни (копинг-стратегии), а также личностные копинг-ресурсы, которые во многом определяют психологическую сохранность личности в кризисных условиях. Одновременно психологическая коррекция дезадаптивных способов совладания со стрессом может способствовать выходу из сложившейся кризисной ситуации [5; 20]. Изучение механизмов совладающего поведения у пациентов, ожидающих ТС, может позволить выделить информативные личностные и поведенческие характеристики, играющие существенную роль в период ожидания ТС

и влияющие на сохранение пациента в ЛОТС, а также определить основные направления психологического сопровождения данной группы пациентов.

Следует отметить, что требования доказательности современных медицинских и медико-психологических исследований предполагают комплексное дифференцированное и углубленное изучение как психологических предиспозиций, так и изменений, вызванных заболеванием, а также психологической адаптации пациента к болезни. В этой сложной системе существенную роль играют характеристики актуального эмоционально-аффективного состояния, степень интеллектуальной сохранности или выраженности когнитивного дефицита, характерологические черты, которые выступают как личностные ресурсы преодоления стресса болезни и адаптации к ней. Не меньшее значение имеют внешние, особенно микросоциальные, факторы и межличностные отношения, способные оптимизировать или, напротив, нивелировать эффективность медицинского вмешательства [18; 22; 23]. Настоящее исследование копинг-механизмов больных ХСН в период ожидания трансплантации органа является частью комплексной программы по изучению прогностической информативности совокупности медико-биологических, психологических и социальных факторов при хирургическом лечении ХСН, разработанной совместно сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» и Санкт-Петербургского государственного университета [12]. Целью данного исследования является сравнительный анализ копинг-стратегий и личностных копинг-ресурсов больных ХСН, состоящих и не состоящих в листе ожидания пересадки органа.

Метод

Характеристика выборки. Выборку исследования составили 105 пациентов с терминальной ХСН, направленных на комиссию по включению в ЛОТС в НМИЦ имени В.А. Алмазова в период с 2016 по 2019 г. В исследовании приняли участие 91 (86,7%) мужчина и 14 (13,3%) женщин, средний возраст пациентов — выше 50 лет ($M=51,92$, $SD=0,91$). Критериями включения в выборку исследования послужили следующие характеристики: наличие ХСН в стадии не ранее 2, ТС — рекомендованный метод лечения. Критериями исключения из выборки послужили: возраст до 18 лет, диагноз «Острое нарушение мозгового кровообращения», диагностированные психические заболевания в анамнезе, постоянная или продолжительная медикаментозная терапия с помощью наркотических препаратов, алкогольная или наркотическая зависимость.

Разделение на группы сравнения проводилось по критерию нахождения или отсутствия пациента в ЛОТС через 6 месяцев после первого психологического исследования, проведенного перед проведением комиссии по вклю-

чению больного ХСН в ЛОТС. Все участники были разделены на две группы: 1) пациенты, оставшиеся в ЛОТС по истечении 6 месяцев ожидания операции (55 человек); 2) пациенты, не внесенные в ЛОТС или исключенные из него на момент формирования групп сравнения, т. е. через 6 месяцев (50 человек).

Изученные клинические характеристики отражают тяжелое соматическое состояние участников исследования. У всех пациентов диагностирована ХСН в стадии не ранее 2, с выраженными функциональными ограничениями (функциональный класс выше 2 т. е. наблюдаются выраженные симптомы ХСН даже при незначительных повседневных физических и психоэмоциональных нагрузках), у большинства пациентов основной диагноз осложнен коморбидностью, в частности гипертонической болезнью сердца и/или сахарным диабетом 2-го типа. У большинства пациентов ХСН является следствием прогрессирования тяжелой ишемической болезни сердца. Более подробно медико-биологические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Таблица 1

Медико-биологические характеристики выборки

Медико-биологические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Продолжительность хронической сердечной недостаточности (M±SD)	6,27±0,47	5,89±0,58	6,68±0,76
Стадия ХСН (n, %)			
Хроническая сердечная недостаточность в стадии IIa	2 (1,9%)	1 (1,8%)	1 (2,0%)
Хроническая сердечная недостаточность в стадии IIб	102 (97,1%)	53 (96,4%)	49 (98,0%)
Хроническая сердечная недостаточность в стадии III	1 (1%)	1 (1,8%)	0
Функциональный класс, согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (n, %)			
2-й Функциональный класс	5 (4,8%)	2 (3,6%)	3 (6,0%)
3-й Функциональный класс	79 (75,2%)	36 (65,5%)	43 (86,0%)
4-й Функциональный класс	21 (20,0%)	17 (30,9%)	4 (8,0%)
Этиология (n, %)			
Ишемическая болезнь сердца	38 (69,1%)	33 (66,0%)	71 (67,6%)
Дилатационная кардиомиопатия	17 (30,9%)	17 (34,0%)	34 (32,4%)
Коморбидные заболевания (n, %)			
Сахарный диабет 2-го типа	50 (47,6%)	28 (50,9%)	22 (44,0%)
Гипертоническая болезнь (третья стадия)	73 (69,5%)	39 (70,9%)	34 (68,0%)

ХСН в терминальной стадии популяционно чаще встречается у мужчин, что отражено и в настоящем исследовании. Полученные данные позволяют описать приблизительный социально-демографический портрет пациентов данной нозологической группы в России. Анализ социально-демографических характеристик показал, что большинство пациентов (71,5%) относятся к городскому населению, жителей Санкт-Петербурга среди них оказалось менее трети (30,5%), остальные (69,5%) в связи с болезнью были вынуждены уехать из мест постоянного проживания для лечения в Санкт-Петербурге. Большая часть пациентов состоят в браке (88,6%) и до госпитализации проживали вместе со своей семьей, большинство имеют детей (84,8%), преимущественно взрослых. Около половины респондентов имеют постоянную работу, большая их часть не имеют инвалидности. Более подробно социально-демографические характеристики выборки представлены в табл. 2.

Таблица 2

Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Средний возраст (M±SD)	51,92±0,91	50,78±1,27	53,18±1,31
Пол (n, %)			
Мужской	91 (86,7%)	45 (81,8%)	46 (92,0%)
Женский	14 (13,3%)	10 (18,2%)	4 (8,0%)
Образование (n, %)			
Среднее специальное	26 (24,8%)	8 (14,5%)	18 (36,0%)
Неоконченное высшее	9 (8,6%)	9 (16,4%)	0
Высшее	69 (65,7%)	37 (67,3%)	32 (64,0%)
Ученая степень	1 (1,0%)	1 (1,8%)	0
Семейное положение (n, %)			
Не состоит в браке	9 (8,6%)	2 (3,6%)	7 (14,0%)
Состоит в браке	93 (88,6%)	50 (90,9%)	43 (86,0%)
Вдовец (вдова)	3 (2,9%)	3 (5,5%)	0
Проживает (n, %)			
Один	3 (2,9%)	3 (5,5%)	0
В семье родителей	9 (8,6%)	2 (3,6%)	7 (14,0%)
В собственной семье	93 (88,6%)	50 (90,9%)	43 (86,0%)
Город (n, %)			
Местный житель	32 (30,5%)	21 (38,2%)	11 (22,0%)
Проживает в городе	43 (41,0%)	22 (40,0%)	21 (42,0%)

Социально-демографические характеристики	Вся выборка	Группа 1 (в ЛОТС)	Группа 2 (не в ЛОТС)
Проживает за городом или в селе	30 (28,6%)	12 (21,8%)	18 (36,0%)
Специфика трудовой деятельности (n, %)			
Физический труд	45 (42,9%)	26 (47,3%)	19 (38,0%)
Интеллектуальный труд	26 (24,8%)	10 (18,2%)	16 (32,0%)
Общение с людьми	18 (17,1%)	9 (16,4%)	9 (18,0%)
Руководитель	16 (15,2%)	10 (18,2%)	6 (12,0%)
Имеет постоянную работу	54 (51,4%)	28 (50,9%)	26 (52,0%)

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — частота.

Психодиагностические методы. Изучение социально-демографических показателей проводилось с помощью клинико-психологических методов: сбор анамнеза и работа с медицинской документацией, авторское структурированное интервью для пациентов, анкета для врачей. Для исследования копинг-стратегий использовалась методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП) — адаптированный и стандартизованный вариант методики Р. Лазаруса [4]. Для исследования личностных копинг-ресурсов использовалась методика «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) [6].

Математико-статистическая обработка данных производилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, критерия χ^2 Пирсона, t-критерия Стьюдента. Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 22.0.

Результаты

В табл. 3 отражены результаты сравнительного анализа копинг-стратегий пациентов двух групп, полученные с помощью методики СПП.

Результаты изучения копинг-стратегий пациентов двух групп показали различия в структуре стресс-преодолевающего поведения и в частоте использования отдельных стратегий совладания. В результате сравнения средних значений шкальных оценок методики СПП получены статистически значимые различия между группами больных ХСН (5 шкал из 8).

В группе пациентов, состоящих в ЛОТС после 6 месяцев ожидания операции (группа 1), максимальное значение имеет показатель шкалы «Конфронтация», который немного выходит за верхнюю границу средних значений (M+SD стандартизованных T-баллов — 50+10) и отражает то, что именно активное противостояние трудностям является наиболее часто

Таблица 3

**Способы совладающего поведения больных ХСН, состоящих
и не состоящих в ЛОТС (Т-баллы — средние)**

Шкалы методики «Способы совладающего поведения»	M ± SD		Значимые различия
	Группа 1 (в ЛОТС, n=55)	Группа 2 (не в ЛОТС, n=50)	
Конфронтация	62,05±2,01	47,94±2,39	p<0,001
Дистанцирование	46,15±1,52	62,82 ± 1,98	p<0,001
Самоконтроль	54,87±1,36	48,44±1,91	p<0,05
Поиск социальной поддержки	54,02±1,59	52,98±1,56	
Принятие ответственности	47,27±1,97	49,30±2,18	
Бегство	50,78±2,03	59,64±1,93	p<0,05
Планирование решения	52,64±1,40	46,50±1,60	p<0,05
Положительная переоценка	57,53±1,58	54,60±1,86	

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — количество респондентов в группе.

используемой стратегией совладания у пациентов этой группы. Высокие позиции (в пределах нормативного диапазона) в профиле копинг-поведения пациентов первой группы занимают также стратегии «Положительная переоценка» и «Самоконтроль», а самые низкие значения имеют показатели шкал «Дистанцирование», «Принятие ответственности» и «Бегство-избегание». Такое сочетание шкальных оценок указывает на сбалансированный характер копинг-поведения пациентов первой группы, в котором неконструктивные стратегии, направленные на избегание решения проблемы или отстранение от нее, представлены в меньшей степени, чем конструктивные стратегии самоконтроля и поиска положительных черт в сложившейся трудной жизненной ситуации. В соответствии с этим относительное снижение профиля по шкале «Принятие ответственности» может рассматриваться как благоприятный прогностический признак, так как пациенты не склонны обвинять себя в сложившейся ситуации болезни, что вместе с положительной переоценкой ситуации и хорошим самоконтролем может способствовать поддержанию положительного эмоционального фона во время длительного ожидания ТС.

В группе пациентов, не состоящих в ЛОТС (группа 2), выявлена иная структура копинг-поведения. Самый высокий показатель (выходящий за пределы средних значений) имеет шкала «Дистанцирование»; к границе верхних значений нормативного диапазона максимально приближено значение шкалы «Бегство-избегание». Самые низкие показатели имеют шкалы «Планирование решения проблемы» и «Конфронтация». Полученные результаты показывают, что в трудных жизненных ситуа-

циях пациенты второй группы скорее склонны пассивно избегать, отрицать или «вытеснять» проблему, а не активно ей противодействовать или рационально, аналитически подходить к ее решению.

В соответствии с этим, с помощью t-критерия, в сравниваемых группах выявлены статистически значимые различия между показателями отдельных шкал методики ССП. Так, пациенты в группе 1 значимо более склонны к использованию копинг-стратегии «Конфронтация», к поведенческому самоконтролю и планированию решения проблем. В группе 2 преобладают показатели шкал «Дистанцирование» и «Бегство-избегание» (табл. 3).

Таким образом, полученные результаты сравнительного анализа показывают достоверное преобладание в группе пациентов, состоящих в ЛОТС, копинг-стратегий, отражающих активность личности и способность сопротивляться трудностям (конфронтация), контролировать проявления негативных переживаний (самоконтроль), способность и склонность к рациональному анализу ситуации (планирование решения проблемы). В группе пациентов, не включенных или выбывших из ЛОТС, напротив, преобладали неконструктивные стратегии дистанцирования от проблемы и бегство-избегание.

В табл. 4 приведены результаты сравнительного анализа смысло-жизненных ориентаций пациентов двух групп, полученные с помощью методики СЖО.

Таблица 4
Смысло-жизненные ориентации больных ХСН, состоящих
и не состоящих в ЛОТС

Шкалы методики «Смысло-жизненные ориентации»	M ± SD		Значимые различия
	Группа 1 (в ЛОТС, n=55)	Группа 2 (не в ЛОТС, n=50)	
Общий показатель СЖО	105,53±1,96	95,78±1,71	p<0,001
Цели	30,04±0,95	23,84±0,83	p<0,001
Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщен- ность жизни	28,02±0,51	28,52±0,65	
Результативность жизни или удовлетворенность самореа- лизацией	23,62±0,76	24,74±1,06	
Локус контроля — Я	22,47±0,56	18,32±0,56	p<0,001
Локус контроля — жизнь или управляемость жизни	29,49±0,46	25,94±0,60	p<0,001

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение, n — количество респондентов в группе.

При исследовании ценностно-мотивационной направленности личности, которая рассматривается в отечественной психологической литературе как важный личностный ресурс преодоления стресса [1; 2; 8], были получены значимые различия между сравниваемыми группами больных по четырем шкалам методики СЖО. В группе 1 выявлено преобладание общего показателя осмысленности жизни, включенные в нее пациенты характеризуются наличием более выраженных целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, по сравнению с пациентами, не включенными в ЛОТС. Средние значения показателей шкал каузальной атрибуции «Локус контроля — Я» и «Локус контроля — жизнь» также оказались статистически значимо выше в группе пациентов, состоящих в ЛОТС.

Адаптация методики СЖО на русскоязычной выборке [6] позволила сравнить полученные результаты исследования больных ХСН со средними значениями шкал СЖО, полученными на нормативной выборке². Так, общий показатель СЖО в группе пациентов, находящихся в ЛОТС, оказался выше средненормативного значения (для мужчин $M=103,10$; $SD=15,03$; для женщин $M=95,76$; $SD=16,54$), в то время как в группе пациентов, не состоящих в ЛОТС, соответствующий показатель оказался ниже средних значений. На основании полученных данных можно заключить, что пациенты первой группы более осознанно относятся к сложившейся критической жизненной ситуации и обладают более устойчивой мотивацией к совладанию с ней.

Показатель по шкале «Цели», характеризующей наличие поставленных целей и планов на будущее, придающих осмысленность, направленность и временную перспективу личности, в группе 1 находится на нижней границе средних значений (для мужчин $M=32,9$; $SD=5,92$; для женщин $M=29,38$; $SD=6,24$), а в группе 2 существенно ниже средних показателей нормативной выборки, что отражает снижение реалистических ожиданий или отсутствие выраженных планов на будущее у пациентов этой группы. Значения по шкалам «Локус контроля — Я» и «Локус контроля — жизнь» в группе пациентов, включенных в ЛОТС, находятся в пределах средне-нормативных значений (для мужчин $M=21,13$; $SD=3,85$ и $M=30,14$; $SD=3,85$, соответственно; для женщин

² Сопоставление показателей СЖО с нормативными данными носит иллюстративный (не математико-статистический) характер, так как в руководстве к использованию СЖО авторы приводят нормативные данные отдельно для мужчин и женщин [6]. В случае больных ХСН деление выборки по полу и последующее сопоставление со средненормативными данными было нецелесообразным из-за неравномерного распределения мужчин и женщин (86,7% и 13,3 % соответственно).

$M=18,58$; $SD=4,30$ и $M=28,70$; $SD=6,10$ соответственно), что указывает на способность брать на себя ответственность, чувствовать себя творцом собственной жизни, стремление собственными силами справиться со сложившейся ситуацией.

Таким образом, исследование особенностей ценностно-мотивационной направленности личности, выступающей в качестве существенного личностного копинг-ресурса, показало статистически значимое преобладание показателей по четырем шкалам методики СЖО в группе пациентов, состоящих в ЛОТС. Причем выявлено преобладание не только по шкале, отражающей собственно смысложизненные ориентации (ориентацию на поставленные цели), но и по шкалам, характеризующим внутренний локус контроля (интернальность личности), с которым осмысленность жизни тесно связана.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование копинг-стратегий и личностных копинг-ресурсов больных ХСН, нуждающихся в пересадке органа, позволило выявить ряд благоприятных психологических характеристик в отношении перспектив оперативного лечения. Так, выявлено, что пациенты, оказавшиеся через полгода ожидания ТС включенными в ЛОТС, обладают более конструктивными способами совладания со стрессом и важными личностными копинг-ресурсами. Пациенты, сохранившие свои позиции в ЛОТС, в значительно большей степени, чем пациенты, не включенные или выбывшие из ЛОТС, настроены на конфронтацию в стрессовой ситуации и в то же время более склонны к самоконтролю и планированию решений, демонстрируя таким образом активность и эмоциональную включенность в ситуацию — с одной стороны, а с другой стороны — способность к рефлексии, волевому и интеллектуальному контролю аффективных проявлений и аналитическому подходу к решению проблемы. Негативными в плане прогноза оперативного лечения оказались стратегии совладания, отражающие пассивность личности, склонность к отрицанию или избеганию решения проблемы.

Полученные результаты позволяют сформировать представление об адаптивных (прогностически благоприятных) и неадаптивных (прогностически неблагоприятных) стратегиях психологического преодоления трудностей в период длительного ожидания ТС. Как отмечалось, к прогностически благоприятным относятся копинг-стратегии конфронтации, самоконтроля и планирования решения проблемы. Полученные данные соотносятся с результатами исследования приверженности лечению больных ИБС в период реабилитации после коронарного шун-

тирования, согласно которым стратегии «самоконтроль» и «положительная переоценка» являются важными факторами формирования приверженного лечению поведения, в то время как для больных с низкой приверженностью характерно более частое использование копинг-стратегии «бегство-избегание», т. е. уклонение, неготовность принять на себя ответственность в проблемной ситуации [12; 13]. Важно отметить, что в случае ХСН приверженность лечению является не только одним из основных критериев клинической и психосоциальной оценки при постановке и сохранении пациента в ЛОТС, но и фактором выживаемости.

Выявленное в настоящем исследовании прогностически неблагоприятное значение копинг-стратегий «дистанцирование» и «бегство-избегание» в отношении сохранения пациента в ЛОТС возрастает, если учесть их роль в возникновении депрессивной симптоматики, повышенной стигматизации, инвалидизации пациентов [15]. Кроме того, отрицание и избегание способствуют возрастанию тревожности, а значит, и увеличению вероятности возникновения невротических расстройств и неврозоподобных состояний. Известно также, что пациент с выраженными неадаптивными стратегиями совладания не настроен на сотрудничество с врачами, не готов к длительным госпитализациям, если они не вызваны острым соматическим состоянием и явной угрозой для жизни.

Как показало исследование личностных копинг-ресурсов, пациенты, включенные в ЛОТС, имеют достоверно более высокие результаты по общему показателю осмысленности жизни. Основным мотивом к совладанию с трудностями для них служит поставленная цель; эти пациенты имеют внутреннюю каузальную атрибуцию, более склонны брать на себя ответственность и чувствуют себя авторами своей жизни [6; 9]. Полученные результаты хорошо соотносятся с экзистенциальной парадигмой в психологии. Высокий уровень внутренней каузальной атрибуции позволяет сделать вывод об ответственной позиции пациента в отношении собственного состояния и процесса лечения. Ответственность в данном случае понимается как авторство, т. е. признание своего вклада в сложившуюся ситуацию и осознание собственных возможностей в ее разрешении. Вместе с тем полученные данные соответствуют результатам эмпирических исследований, показывающим, что приверженность лечению кардиохирургических больных коррелирует с целеустремленностью, наличием цели в будущем, придающим их жизни большую осмысленность и направленность [17].

Выводы

1. Анализ современной медицинской и психологической литературы показывает важность комплексной и дифференцированной

психосоциальной оценки больного ХСН на этапе планирования трансплантации органа. Важную роль в этой оценке играет изучение механизмов психологической адаптации больного к длительному периоду ожидания большой операции; эти механизмы — стратегии и личностные ресурсы совладающего поведения — тесно связаны (и, возможно, определяют) комплаентность больного, которая, в свою очередь, является фактором выживаемости на послеоперационном этапе.

2. Сравнительный анализ стратегий совладающего поведения в группах больных ХСН, включенных и сохранивших свои позиции в ЛОТС на протяжении 6 месяцев подготовки к ТС, и больных ХСН, не включенных или исключенных из ЛОТС в течение этого периода, показал существенную разницу в общей структуре копинг-поведения и в частоте использования отдельных копинг-стратегий.

3. Ведущими копинг-стратегиями в группе больных ХСН, состоящих в ЛОТС, являются стратегии, отражающие активную позицию, эмоциональную включенность, сохранение самообладания и рационального подхода к решению проблем — стратегии «конфронтация», «самоконтроль» и «планирование решения проблемы». Ведущими копинг-стратегиями в группе больных ХСН, не состоящих в ЛОТС, являются стратегии, отражающие пассивное избегание трудных жизненных ситуаций на поведенческом и когнитивном уровнях — стратегии «дистанцирование» и «бегство-избегание».

4. Выявлена существенная разница между сравниваемыми группами больных в смысложизненных ориентациях, которые в настоящем исследовании рассматривались как ресурсы личности в преодолении стресса. В группе больных ХСН, состоящих в ЛОТС, по сравнению с группой больных, не состоящих в ЛОТС, выше общий показатель осмысленности жизни и показатели, отражающие наличие целей в жизни, временной перспективы и интернального локуса-контроля.

5. Результаты исследования показывают необходимость изучения стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни при комплексной психосоциальной оценке больных ХСН перед постановкой в лист ожидания трансплантации органа, а также намечают направления психологической помощи пациентам в период длительной госпитализации и подготовки к ТС.

6. В ситуации отсутствия разработанных протоколов психосоциальной оценки пациентов, нуждающихся в трансплантации сердца, использованные в настоящем исследовании компактные стандартизованные методы ССП и СЖО с методической точки зрения являются адекватными цели такой оценки и удобными для использования в клинике ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. *Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3—19.
3. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Издательство Московского университета, 1984. 200 с.
4. *Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., и др.* Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллективная монография / Под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Шелковой. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323—345.
5. *Исаева Е.Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
6. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2006. 18 с.
7. *Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., и др.* Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) // Сердечная Недостаточность. 2017. Т. 18. № 1. С. 3—40.
8. *Нартова-Бочавер С.К.* «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 20—30.
9. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: пер. с англ. и нем. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
10. *Шиндриков Р.Ю., Великанов А.А., Демченко Е.А., и др.* Психологические характеристики больных хронической сердечной недостаточностью в период ожидания трансплантации сердца // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова. 2017. Т. 24. № 2. С. 59—65. doi:10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65
11. *Шиндриков Р.Ю., Шелкова О.Ю., Демченко Е.А., и др.* Психосоциальный статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ожидающих трансплантацию сердца // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 2. С. 163—180. doi:10.22363/2313-1683-2019-16-2-163-180
12. *Шелкова О.Ю., Еремина Д.А., Яковлева М.В., и др.* Методология разработки системной модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. № 3. С. 271—292. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.305
13. *Яковлева М.В.* Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и неприверженных к лечению в восстановительном периоде после коронарного шунтирования // Вестник психотерапии. 2016. № 57 (62). С. 49—58.
14. *Akhter S., Macrangelo M., Valeroso T., et al.* Psychosocial risk as a predictor of survival following LVAD implant // Journal of Heart and Lung Transplantation. 2013. Vol. 32 (4S). P. 132. doi:10.1016/j.healun.2013.01.293
15. *Burker E.J., Evon D.M., Losielle M.M., et al.* Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates // Journal of Psychosomatic Research. 2005. Vol. 59 (4). P. 215—222. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.055

16. *Feldman D., Pamboukian S., Teuteberg J., et al.* The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for mechanical circulatory support: executive summary // *Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2013. Vol. 32 (2). P. 157–187. doi:10.1016/j.healun.2012.09.013
17. *Iakovleva M.V., Shchelkova O.Y., Lubinskaya C.I.* Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG [Электронный ресурс] // *Journal of Cardiology & Clinical Research*. 2016. Vol. 4 (1). URL: <https://www.jscimedcentral.com/Cardiology/cardiology-4-1055.php> (дата обращения: 20.01.2020).
18. *Ketterer M.W., Mahr G., Goldberg A.D.* Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease // *Journal of Psychosomatic Research*. 2000. Vol. 48 (4–5) P. 357–367. doi:10.1016/S0022-3999(00)00099-4
19. *Korewicki J.* Cardiac transplantation is still the method of choice in the treatment of patients with severe heart failure // *Cardiology Journal*. 2009. Vol. 16 (6). P. 493–499.
20. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.
21. *Maltby M., Flattery M., Burns B., et al.* Psychosocial assessment of candidates and risk classification of patients considered for durable mechanical circulatory support // *Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2014. Vol. 33 (8). P. 836–841. doi:10.1016/j.healun.2014.04.007
22. *Shapiro P.A., Pereira L.F., Taylor K.E., et al.* Post-transplant Psychosocial and Mental Health Care of the Cardiac Recipient // *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients* / Y. Sher, J.R. Maldonado (eds.). Cham, Switzerland: Springer, 2019. P. 237–244. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_21
23. *Sher Y.* Mental Health in Chronic and End-Stage Heart Disease // *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients* / Y. Sher, J.R. Maldonado (eds.). Cham, Switzerland: Springer, 2019. P. 205–214. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_17
24. *Stewart G.C., Stevenson L.W.* Keeping left ventricular assist device acceleration on track // *Circulation*. 2011. Vol. 123. P. 1559–1568. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.982512

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Foundations of theory, diagnosis, therapy]. Saint Petersburg: Rech', 2004. 166 p.
2. Antsyferova L.I. Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita [Personality in difficult living conditions: rethinking, transforming situations and psychological defense]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1994. Vol. 15 (1), pp. 3–19.
3. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii) [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)]. Moscow: Publ. Moskovskii universitet, 1984. 200 p.
4. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A., et al. Psikhologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya [Psychological assessment of coping

- behavior]. In Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. (eds.). *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroistv emotsional'noi sfery i lichnosti: Kollektivnaya monografiya* [Handbook of psychological assessment of emotional sphere and personality disorders]. Saint Petersburg: Skifiya-print, 2014, pp. 323—345.
5. Isaeva E.R. *Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni* [Coping behavior and psychological protection of an individual in conditions of health and illness]. Saint Petersburg: Publ. SPbGMU, 2009. 136 p.
 6. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO). 2-e izd [Life meaning orientations test. 2nd ed.]*. Moscow: Smysl, 2000. 18 p.
 7. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., et al. *Klinicheskie rekomendatsii. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost' (KhSN) [Clinical recommendations. Chronic heart failure (CHF)]. Serdechnaya Nedostatochnost' [Heart Failure]*, 2017. Vol. 18 (1), pp. 3—40.
 8. Nartova-Bochaver S.K. “Coping behavior” v sisteme ponyatii psikhologii lichnosti [“Coping behavior” in the system of concepts of personality psychology]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1997. Vol.18 (5), pp. 20—30.
 9. Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla [Man's Search for Meaning]*. Moscow: Progress, 1990. 368 p. (In Russ.).
 10. Shindrikov R.Y., Velikanov A.A., Demchenko E.A., et al. *Psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh khronicheskoy serdechnoi nedostatochnost'yu v period ozhidaniya transplantatsii serdtsa [Psychological characteristics in patients with chronic heart failure waiting for heart transplantation]. Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I.P. Pavlova [The Scientific Notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University]*, 2017. Vol. 24 (2), pp. 59—65. doi:10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65
 11. Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A., et al. *Psikhosotsial'nyi status patsientov s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu, ozhidayushchikh transplantatsiyu serdtsa [Psychosocial Status of Patients with Chronic Heart Failure Awaiting Heart Transplantation]. Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika [RUDN Journal of Psychology and Pedagogics]*, 2019. Vol. 16 (2), pp. 163—180. doi:10.22363/2313-1683-2019-16-2-163-180
 12. Shchelkova O.Yu., Eremina D.A., Yakovleva M.V., et al. *Metodologiya razrabotki sistemnoi modeli prognoza pri serdechno-sosudistykh zabollevaniyakh [Methodology for the development of a systematic prognosis model for cardiovascular diseases]. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya i pedagogika [Saint Petersburg University Bulletin. Psychology and Education]*, 2018. Vol. 8 (3), pp. 271—292. doi:10.21638/11701/spbu16.2018.305
 13. Yakovleva M.V. *Osobennosti lichnosti i otnosheniya k bolezni patsientov, priverzhennykh i nepriverzhennykh k lecheniyu v vosstanovitel'nom periode posle koronarnogo shuntirovaniya [Features of the personality and the attitude towards the disease of adherent and non-adherent to treatment patients during the recovery period after coronary bypass surgery]. Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*, 2016, no. 57 (62), pp. 49—58.
 14. Akhter S., Macrangelo M., Valeroso T., et al. *Psychosocial risk as a predictor of survival following LVAD implant. Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2013. Vol. 32 (4S), p. 132. doi:10.1016/j.healun.2013.01.293

15. Burker E.J., Evon D.M., Losielle M.M., et al. Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, 2005. Vol. 59 (4), pp. 215—222. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.06.055
16. Feldman D., Pamboukian S., Teuteberg J., et al. The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for mechanical circulatory support: executive summary. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2013. Vol. 32 (2), pp. 157—187. doi:10.1016/j.healun.2012.09.013
17. Iakovleva M.V., Shchelkova O.Y., Lubinskaya C.I. Adherence to Treatment in Terms of Coping Behavior in Patients with Coronary Heart Disease after CABG [Elektronnyi resurs]. *Journal of Cardiology & Clinical Research*, 2016. Vol. 4 (1). Available at: <https://www.jsccimedcentral.com/Cardiology/cardiology-4-1055.php> (Accessed 20.01.2020).
18. Ketterer M.W., Mahr G., Goldberg A.D. Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000. Vol. 48 (4—5), pp. 357—367. doi:10.1016/S0022-3999(00)00099-4
19. Korewicki J. Cardiac transplantation is still the method of choice in the treatment of patients with severe heart failure. *Cardiology Journal*, 2009. Vol. 16 (6), pp. 493—499.
20. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.
21. Maltby M., Flattery M., Burns B., et al. Psychosocial assessment of candidates and risk classification of patients considered for durable mechanical circulatory support. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 2014. Vol. 33 (8), pp. 836—841. doi:10.1016/j.healun.2014.04.007
22. Shapiro P.A., Pereira L.F., Taylor K.E., et al. Post-transplant Psychosocial and Mental Health Care of the Cardiac Recipient. In Sher Y., Maldonado J.R. (eds.). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. Cham, Switzerland: Springer, 2019, pp. 237—244. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_21
23. Sher Y. Mental Health in Chronic and End-Stage Heart Disease. In Sher Y., Maldonado J.R. (eds.). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. Cham, Switzerland: Springer, 2019, pp. 205—214. doi:10.1007/978-3-319-94914-7_17
24. Stewart G.C., Stevenson L.W. Keeping left ventricular assist device acceleration on track. *Circulation*, 2011. Vol. 123, pp. 1559—1568. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.982512

Информация об авторах

Шиндрик Роман Юрьевич, ассистент кафедры общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» (ПСПбГМУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>, e-mail: shindrikov@list.ru

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, и.о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (СПбГУ); старший научный

сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» (НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИЛ реабилитации, профессор кафедры внутренних болезней института медицинского образования, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» (НМИЦ имени В. А. Алмазова), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>, e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Миланич Юлия Михайловна, кандидат психологических наук, доцент, старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>, e-mail: y.milanich@spbu.ru

Information about the authors

Roman Yu. Shindrikov, Assistant, Department of General and Clinical Psychology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2942-9217>, e-mail: shindrikov@list.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; Senior Research Fellow, Bekhterev National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Elena A. Demchenko, Doctor of Medicine, Chief Researcher, Research Laboratory of Rehabilitation, Professor, Department of Internal Medicine, Institute of Medical Education, Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7173-0575>, e-mail: elenademchenko2006@rambler.ru

Yuliya M. Milanich, Ph.D., Senior Lecturer, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0042-3612>, e-mail: y.milanich@spbu.ru

Получена 10.02.2020

Received 10.02.2020

Принята в печать 01.04.2020

Accepted 01.04.2020

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

COVID-19: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЭПИДЕМИИ. ЧЕМ ПОМОЧЬ МЕДИКАМ?

Настоящий дайджест посвящен теме психологических последствий эпидемии коронавируса. Также рассматриваются практические аспекты оказания психологической помощи медикам, работающим в экстремальных условиях.

Для цитаты: COVID-19: психологические эффекты эпидемии. Чем помочь медикам? // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 2. С. 190—196. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280211>

COVID-19: PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF THE PANDEMIC. HOW TO HELP HEALTHCARE WORKERS?

The current digest focuses on the psychological consequences of the novel coronavirus pandemic. It specifically emphasizes practices of psychologically aiding healthcare professionals who work in extreme conditions. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation: COVID-19: Psychological Effects of the Pandemic. How to Help Healthcare Workers? *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 2, pp. 190—196. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280211>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Постигшая в этом году мир эпидемия коронавируса вызвала активную реакцию профессионального сообщества, которое пыталось поддержать население и разъяснить на основе имеющегося знания и опыта, как пережить карантин, как противостоять трудностям самоизоляции, что делать подросткам и молодежи, которым необходима среда сверстников, как решать проблемы во взаимоотношениях и пр. Материал этого выпуска обращен, скорее, к проблемам будущего — последствиям текущего коронакризиса. В дайджесте представлены мнения ученых, занимавшихся исследованиями в данной области. Отдельный материал посвящен теме психологической помощи медикам во время эпидемии.

Долгосрочные психологические эффекты COVID-19

Врач-эпидемиолог и исследователь травматического стресса Сандро Галеа (*Sandro Galea*) из Бостонского университета обращается к теме психического здоровья во время пандемии, в частности, к психологическим эффектам вирусной вспышки. Он отмечает, что продолжающаяся эпидемия COVID-19 во многом является беспрецедентной — как по масштабу вызовов и реакции на них системы общественного здоровья, так и по историческому контексту, в котором она разворачивается.

С одной стороны, COVID-19 — это первая глобальная пандемия в эпоху социальных медиа и эру «альтернативных фактов». С другой стороны, эта инфекция ведет себя как болезни предшествующих эпидемий, например, тяжелый острый респираторный синдром (*SARS*), распространение которого в 2003 г. удалось сдержать в основном широким использованием карантина. Уже во время той эпидемии были выявлены психологические эффекты карантина в Торонто (Канада), которые выражались в высокой распространенности психологического дистресса, включая симптомы депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Таким образом, даже если удастся остановить физическое распространение болезни путем массивного использования карантина и соблюдения социальной дистанции, в долгосрочной перспективе еще предстоит иметь дело с психическими эффектами этого события.

Психологическое воздействие ситуации пандемии может еще много лет сказываться на соматическом и психическом здоровье людей и потому необходимо позаботиться о том, чтобы предпринимаемые в этой кризисной ситуации усилия наилучшим образом удовлетворяли интересам общественного здоровья, когда пандемия закончится и нашей задачей станет не ответ на непосредственный вызов, а последовательное движение в направлении выздоровления пациента.

Опыт прошлого позволяет увидеть возможные варианты картин будущего. Причем не только опыт эпидемий. Протесты, восстания масс и

стихийные бедствия тоже могут многому научить — в частности, показать, как крупномасштабные и дезорганизирующие жизнь события могут формировать психическое (не)здоровье. Так, было обнаружено, что после протестов, беспорядков и революций уровни депрессии и ПТСР в популяции были такими же, как в популяциях, переживших стихийные бедствия или атаки террористов. В этих популяциях также отмечен «эффект переполненности», когда тревога в связи с нарушившим нормальную жизнь событием распространяется по сообществу, как круги по воде.

У этих событий есть и экономическая сторона. В случае COVID-19 мы уже видим падение рынков. Но основное экономическое бремя эпидемии ляжет на низкооплачиваемых, с почасовой оплатой, работников, которые не могут себе позволить оставаться дома в карантине, хотя именно этого требует болезнь. Это неминуемо вызовет последствия для здоровья. Тесная связь уровня дохода с физическим и психическим здоровьем хорошо известна. Так, например, разница в ожидаемой продолжительности жизни между американцами, находящимися на самом верху и самом низу экономической лестницы, составляет 10—15 лет, а неравенство доходов сопряжено с риском депрессии. COVID-19 может усугубить существующее неравенство как в долгосрочной, так и в краткосрочной перспективе, при том, что эпидемия подрывает спокойное состояние духа, необходимое для крепкого психического здоровья, и усиливает вызовы для людей, уже склонных к проблемам с психикой.

Учитывая вероятность долгосрочных негативных последствий для психического здоровья, которые будут простираются много дальше времени продолжения этой эпидемии, какие шаги следует предпринять? Во-первых, важно распространять честные и свежие данные о COVID-19, чтобы противодействовать искажениям информации, которые могут порождать ненужный страх. Во-вторых, следует позаботиться об особо уязвимых к стрессу популяциях — это люди с психическими расстройствами, например, депрессией и тревогой, и дети. В-третьих, мы особо отвечаем за людей, на которых лежит главное бремя борьбы с эпидемией. Это медики, они рискуют собой на первой линии противостояния болезни.

Мы все в одной лодке. Когда травма бьет по обществу, то удар приходится не по какой-то одной группе лиц, проживающих в одной местности. Сопереживание, взаимная помощь и поддержка нам нужны для сохранения физического и психического здоровья в последующие не легкие месяцы.

Оригинал: *Galea S. Mental health in a time of pandemic. The psychological effects of an outbreak* [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/talking-about-health/202003/mental-health-in-time-pandemic> (дата обращения: 14.03.20)

Эпидемия в ракурсе бедствия

Если расценить коронакризис как бедствие (*disaster*), то чему мы можем научиться на примере прошлых бедствий? Этой теме посвящена публикация с мнениями специалистов в нидерландской газете *NRC Handelsblad*.

«Конечно, пока неясно, как дальше будет развиваться коронакризис, и спрогнозировать это трудно. Но в данной фазе он, безусловно, показывает сходство с другими бедствиями», — говорит исследователь психологических последствий ядерных катастроф в Чернобыле (1986) и Фукусиме (2011) и автор научных публикаций о психологии больших кризисов психиатр Йохан Хавенаар (*Johan Havenaar*) [с. 8]. Таким общим для Чернобыля и коронавируса является то, что в обоих случаях мы имеем дело с невидимой угрозой. «Сейчас при каждом першении в горле приходит мысль: “ну, вот, начинается”. При ядерных катастрофах происходит то же: люди все время думают, что заболеют из-за радиации» [с. 8].

Специалисты напоминают, что при больших катастрофах и стихийных бедствиях в сообществе наблюдается определенный паттерн эмоциональных реакций. В литературе по психологии катастроф их называют фазами психических реакций при различных бедствиях. И, по крайней мере, три фазы рисуют картину, которую можно ожидать при коронакризисе.

Первая фаза после случившейся катастрофы носит в научной литературе название «медового месяца». Хавенаар: «Вначале все готовы дружно противостоять новой беде. В это время часто присутствует элемент отрицания, т. е., серьезность ситуации не осознается в полной мере. Это мы видели в первые выходные марта, когда народ высыпал из дома, отправился на рынок, на побережье и на встречи с друзьями. Для этой фазы также характерно чувство единения» [с. 8]. Подлинные психологические проблемы проявятся через несколько месяцев, когда люди понесут потери: кто-то потеряет близких, кто-то — бизнес, кто-то — перспективы. Самый большой фактор риска для психического здоровья после катастрофы — это потеря «основ», т. е. близких людей, работы и жилья.

Фаза потери иллюзий. Через некоторое время начинаются реальные проблемы. Внимание к бедствию снижается, и новизна темы иссякает. Появляется депрессивный налет. Жизнь становится не столь радостна, и в ней нарастает неопределенность. В этой фазе усиливается недоверие к окружающим; люди считают, что другие их не ценят. Проявляется зависть к тем, кто меньше пострадал от катастрофы. Кризис захватывает все больше людей, растет количество людей, потерявших своих близких.

«Людам кажется, что их оставили на произвол судьбы. С ростом количества проблем, горя и депрессий увеличивается количество обращений за помощью в сфере психического здоровья, и нам следует быть к этому готовыми», — говорит Хавенаар [с. 9]. Он подчеркивает, что осо-

бенностью коронакризиса является то, что карантин лишает возможности поддержки многих людей с уязвимостями, например, аутистов. Последние исследования показывают огромное значение гражданских и местных (с участием соседей) инициатив по поддержке уязвимых категорий населения.

Из научной литературы о больших катастрофах также известно, что принимаемые меры должны давать людям надежду, чувство безопасности, связанности с другими, спокойствия и автономии. Хавенаар указывает на интересное исследование в связи с террористической атакой в США 11 сентября 2001 г. «Тогда многие люди страдали ПТСР, и оказалось, что была прямая связь между ПТСР и количеством часов перед телевизором, показывающим картины разрушений и человеческих страданий. Этого я опасаясь и сейчас: журналы и газеты переполнены новостями и изображениями в связи с коронавирусом. Избыточный просмотр таких новостей не принесет пользы психическому здоровью» [с. 9].

Фаза реинтеграции: период медленного восстановления в направлении «новой нормы». Этот процесс может быть очень долгим. Следует учитывать, что многие люди не осознают, насколько глубоко их затронул связанный с бедствием кризис, и это скажется на процессе выстраивания новой жизни. Специалисты подчеркивают, что фаза реинтеграции при медленно протекающих кризисах, к которым относится коронакризис, исследована крайне мало. Существующий мета-анализ, посвященный фазе реинтеграции, говорит о том, что важнейшим предиктором психических проблем является количество погибших и обстоятельства, в которых это произошло. Исследования показывают, что люди долго страдают в связи с потерей близких, и это сильно влияет на возвращение к обычной жизни. Однако они понимают, что надо позаботиться о себе, и горе и гнев постепенно сменяются принятием. Уцелевшим и выжившим придется взять на себя решение проблем и заново организовать свои расстроенные жизни.

Кроме того, экстремальная ситуация иногда дает положительный эффект — феномен «посттравматического роста» тоже известен в психологии катастроф и стихийных бедствий.

Оригинал: Als de ‘honeymoon’ voorbij is // NRC Handelsblad. 2020. 17 апреля. P. 8—9. URL: <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/04/10/als-de-honeymoon-voorbij-is-a3996244> (дата обращения: 01.06.2020)

Чем помочь медикам?

В условиях этой эпидемии медики работают сверхурочно и в чрезвычайных обстоятельствах, что чревато последующими психическими

проблемами. Избегайте групповых сессий и фокусируйтесь на обычной рутинной деятельности — такую рекомендацию дает клинический психолог Хууб Буйсен (*Huub Buijssen*), автор только что вышедшей в Нидерландах книги о коллегияльной поддержке медиков, работающих в экстремальных условиях.

Буйсен отмечает, что первые зарубежные исследования показали вызывающую беспокойство картину: в Ухане (место возникновения вспышки) половина всех врачей и медсестер испытывали чувства депрессивного характера и одна треть страдали бессонницей. В Сингапуре цифры чуть получше, но все равно 15% медиков жаловались на тревогу, а у 8% присутствовали симптомы ПТСР.

В настоящее время в Нидерландах в больницах создают бригады, призванные помочь медработникам, функционирующим под сильным стрессом. И здесь очень важно знать, что делать, предупреждает Буйсен. Он выделяет несколько важных моментов.

Лучшая помощь — от коллег по работе. Психологи нужны далеко не всегда. Медработники легче облегчат свою душу перед «своими» — людьми той же профессии или выполняющими одну с ними функцию. Это могут быть работники из той же терапевтической бригады, хотя половина предпочитают переговорить с коллегами из другого отделения, с которыми они лично не знакомы и с которыми у них больше дистанция.

Дебрифинг не работает. Есть службы, в которых медики по окончании смены в отделении коронавируса собираются вместе и рассказывают о своих переживаниях. Это вроде бы неплохо, но тридцать лет научных исследований четко показали, что такая форма помощи часто неэффективна, а подчас даже контрпродуктивна. Так, исследование полицейских, работавших на месте одной из известных катастроф (крушение Boeing 747 в пригороде Бейлмер, г. Амстердам), показало, что проходившие дебрифинг психологически чувствовали себя хуже, чем их коллеги, не проходившие этой процедуры.

Не расспрашивайте, а объясняйте. Это одна из самых значительных ловушек не только для близких, но и для психологов: после тяжелого события появляется склонность расспрашивать и копаться в эмоциях. Этого делать не следует, так как таким образом вы повышаете вероятность нарушенной проработки болезненного события: травмирующий опыт превышает наши возможности, и потому мы закрываемся от него психическим щитом. И эту защиту не следует насильно ломать. Позвольте медикам рассказать то, что они хотят, но не расспрашивайте об их чувствах и не выясняйте болезненные подробности. Слушайте и просто обобщайте услышанное. Очень полезно объяснять, как происходит проработка тяжелого опыта. Расскажите, что ситуация абнормальна. Что она очень медленно, но начнет улучшаться. Что в экстремальной

ситуации все реагируют по-разному. И что отдых, как физический, так и психический, способствует восстановлению.

Не забывают о руководителях. Буйсен на протяжении шести лет был руководителем терапевтической бригады в системе психического здоровья, и это «была очень одинокая функция». Руководителей при организации помощи при психической травме нередко забывают. «Они испытывают давление сверху, обязаны принимать трудные решения, поддерживать работников и при этом не забывать пациентов и их близких. Кроме того, они не совсем часть бригады, потому что обязаны оценивать производственную деятельность работников».

Восстановление через рутину. Самое удивительно в психотравме то, что она несет в себе элементы для восстановления. Люди, прошедшие через травмирующие события, впоследствии сталкиваются с повторными переживаниями (флешбеки) и избегающим поведением. Проблема в том, что эти образы продолжают приходить. «День за днем продолжают новые неприятные переживания, и никто не знает, когда это кончится. Еще больше утяжеляют ситуацию неопределенность и чувство беспомощности. Тем не менее, большинство людей обладают достаточным психическим ресурсом, чтобы справиться с ситуацией. Об этом свидетельствует существующий опыт. Пройти этот экстремальный период поможет концентрация на работе, которая находится в сфере влияния данного человека. Да и вне работы следует придерживаться рутины».

Что еще помогает. В самый тяжелый момент, когда человека жизнь испытывает на пределе, нередко достигается такая степень единения между людьми, о которой впоследствии вспоминают как об уникальном опыте, неповторимом в других условиях. К тому же коронакризис дает еще одно преимущество: «Теперь все медицинские заведения понимают, насколько важно заботиться о здоровье медработников. Это их самый главный капитал». И это тоже придает силы для проработки текущих тяжелых событий.

Оригинал: Hoe wapen je je als zorgverlener tegen psychische klachten? De Volkskrant. 2020. 17апреля. Р. 11. URL: https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/73/17-4-2020%20artikel%20volkskrant%20traumav%20zorgv_.pdf (дата обращения: 01.06.2020)

Buijssen H. Collegiale ondersteuning en peer support na een overweldigende ervaring. Amersfoort: De Vrije Uitgevers, 2020. 172 p.

Составитель-переводчик: Елена Можяева

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор

Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор

Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

Бек Джудит (США) — доктор психологии, клинический профессор

Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор

Лэнгле Альфрид (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор

Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор

Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог

Шелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml