

# КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology  
and Psychotherapy*

Таккуева Е.В. —

**Оценка эффективности интегративной программы  
мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных  
шизофренией, проходящих лечение в стационаре  
психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ**

Рассказова Е.И., Боташева Т.Л.,  
Кудряшев Д.В. и соавт. —

**Жалобы на нарушения сна у детей 5–13 лет:  
распространенность и содержание. Часть 1**

Молостова А.Н. —

**III Международная конференция по консультативной  
психологии и психотерапии, посвященная памяти  
Ф.Е. Василюка «Консультативная психология:  
традиции и новации»**

*Takkueva E. V. —*

*Estimation of Efficiency of the Integrative Motivational Training  
Program (IPMT) for Patients with Schizophrenia, Undergoing  
Treatment in a Psychiatric Hospital, and for those living in  
Residential Institutions for Psychiatric Patients (PRI)*

*Rasskazova E. I., Botasheva T. L., Kudryashov D. V. et al. —  
Sleep—Related Complaints in Children 5—13 Years Old:  
Prevalence and Content. Part 1*

*Molostova A. N. —*

*III International Conference on Counseling Psychology  
and Psychotherapy in the Memory of Fyodor F. Vasilyuk  
«Counseling Psychology: Traditions and Novations»*

1

2023

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 31. № 1 (119) 2023 январь—март

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва  
Moscow

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА «ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ «ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ» ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

**Главный редактор**  
Холмогорова А.Б.

**Главные редакторы**  
**Консультативная психология и психотерапия**  
2013 – Холмогорова А.Б.  
2010–2012 – Василюк Ф.Е.

**Московский психотерапевтический журнал**  
2009 – Василюк Ф.Е.  
1999–2008 – Снегирева Т.В.  
1997–1998 – Фенько А.Б.  
1992–1996 – Василюк Ф.Е., Цапкин В.Н.

**Редакционная коллегия**

Барабаншиков В.А.  
Веракса Н.Е.  
Гаранян Н.Г.  
Головей Л.А.  
Зареский В.К.  
Лутова Н.Б.  
Майденберг Э. (США)  
Марцинковская Т.Д.  
Польская Н.А.  
Сирота Н.А.  
Филиппова Е.В.  
Шайб П. (Германия)  
Шумакова Н.Б.  
Ялтонский В.М.

**Редакционный совет**

Бек Дж.С. (США)  
Кадиров И.М.  
Карягина Т.Д.  
Копьев А.Ф.  
Кехеле Х. (Германия)  
Лэнгле А. (Австрия)

Perre M.  
Петровский В.А.  
Соколова Е.Т.  
Сосланд А.И.  
Тагэ С. (Германия)

**Редактор выпуска**  
Москачева М.А.

**Оригинал-макет**  
Баскакова М.А.

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

«Консультативная психология и психотерапия»  
индексируется:  
АК Минобрнауки России  
ВИНИТИ РАН РИНЦ  
Ulrich's web, WoS, Scopus

Издается с 1992  
Периодичность: 4 раза в год.  
Свидетельство о регистрации СМИ:  
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.  
Формат 60 × 84/16. Тираж 1000 экз.

Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускается только с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2023, № 1

THE WINNER OF THE NATIONAL CONTEST "GOLDEN PSYCHE" IN THE "PROJECT OF THE YEAR" IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE 2007, 2014

**Editor-in-Chief**  
Kholmogorova A.B.

**Editors-in-Chief**  
**Counseling Psychology and Psychotherapy**  
2013 – Kholmogorova A.B.  
2010–2012 – Vasilyuk F.E.

**Moscow psychotherapeutic journal**  
2009 – Vasilyuk F.E.  
1999–2008 – Snegireva T.V.  
1997–1998 – Fenko A.B.  
1992–1996 – Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

**Editorial Board**

Barabanshikov V.A.  
Filippova E.V.  
Garanian N.G.  
Golovey L.A.  
Lutova N.B.  
Maidenberg E. (USA)  
Martsinkovskaya T.D.  
Polskaya N.A.  
Scheib P. (Germany)  
Shumakova N.B.  
Sirota N.A.  
Sokolova E.T.  
Yaltonsky V.M.  
Zaretsky V.K.

**The Editorial Council**

Beck J.S. (USA)  
Kadyrov I.M.  
Karyagina T.D.  
Kop'ev A.F.  
Kächele H. (Germany)  
Längley A. (Austria)

Perrez M. (Germany)  
Petrovsky V.A.  
Sokolova E.T.  
Sosland A.I.  
Tagay C. (Germany)

**Issue Editor**  
Moskacheva M.A.

**DTP**  
Baskakova M.A.

**Editorial office address**  
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051  
Phone: + 7 (495) 632-92-12  
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

«Counseling Psychology and Psychotherapy» Indexed in:  
Higher qualification commission of the Ministry of Education and Science of Russian Federation  
Russian Science Citation Index (RSCI)  
VINITI Database RAS  
Ulrich's Periodicals Directory, WoS, Scopus

Published quarterly since 1992  
The mass medium registration certificate:  
PI № FS77- 69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 1000 copies.

All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images are the property of MSUPE and copyrighted.  
Using reprints and illustrations is allowed only with the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2023, № 1

П О Д П И С К А

**КОНСУЛЬТАТИВНАЯ  
ПСИХОЛОГИЯ  
И ПСИХОТЕРАПИЯ**

**2023 год**

**ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ**

**По объединенному каталогу «Пресса России»  
Индекс — 32344**

**В РЕДАКЦИИ**

По адресу: 127051, Москва, Сретенка д. 29, каб. 305  
Тел.: (495) 632-92-12, e-mail: mpj@list.ru  
**Сайт в интернете: <http://psyjournals.ru/mpj/index.shtml>**

**КОЛОНКА РЕДАКТОРА**

- 5 *Холмогорова А.Б.*  
Предисловие главного редактора

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ**

- 9 *Суботич М.И.*  
Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований

**ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 31 *Таккуева Е.В.*  
Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ
- 58 *Рассказова Е.И., Боташева Т.Л., Кудряшов Д.В., Железнякова Е.В., Заводнов О.П., Васильева В.В.*  
Жалобы на нарушения сна у детей 5—13 лет: распространенность и содержание. Часть 1
- 79 *Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С., Иванова П.А.*  
Жизнестойкость, самоактивация и копинг-стратегии матерей в условиях инвалидности ребенка как вызова
- 107 *Глинкина Л.С., Василенко В.Е.*  
Психологические предикторы разных типов вовлеченности в компьютерные игры в период ранней взрослости

**СОБЫТИЯ И ДАТЫ**

- 127 *Молостова А.Н.*  
III Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е. Василюка «Консультативная психология: традиции и новации»

**ИНТЕРВЬЮ**

- 136 Интервью с В.К. Зарецким: своим главным учителем я считаю Л.С. Выготского

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

- 152 Исследования роли уязвимого нарциссизма

**EDITOR'S NOTES**

- 5 *Kholmogorova A.B.*  
From the Editor

**RESEARCH REVIEWS**

- 9 *Subotich M.I.*  
Clinical-Psychological and Socio-Demographic Factors  
of Suicidal Behavior and the Risk of its Chronicity:  
a Review of Studies

**EMPIRICAL STUDIES**

- 31 *Takkueva E.V.*  
Estimation of Efficiency of the Integrative Motivational Training  
Program (IPMT) for Patients with Schizophrenia, Undergoing  
Treatment in a Psychiatric Hospital, and for those living  
in Residential Institutions for Psychiatric Patients (PRI)
- 58 *Rasskazova E.I., Botasheva T.L., Kudryashov D.V.,  
Zheleznyakova E.V., Zavodnov O.P., Vasilieva V.V.*  
Sleep-Related Complaints in Children 5—13 Years Old:  
Prevalence and Content. Part 1
- 79 *Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S., Ivanova P.A.*  
Resilience, self-activation and coping strategies of mothers  
in the of their children's disability
- 107 *Glinkina L.S., Vasilenko V.E.*  
Psychological Predictors of Different Types of Involvement  
in Computer Games in Early Adulthood

**EVENTS, DATES**

- 127 *Molostova A.N.*  
III International Conference on Counseling Psychology  
and Psychotherapy in the Memory of Fyodor F. Vasilyuk  
“Counseling Psychology: Traditions and Novations”

**INTERVIEW**

- 136 Interview with V.K. Zaretsky: Vygotsky is my Main Teacher

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY  
AND PSYCHOTHERAPY**

- 152 Investigations on the Role of Vulnerable Narcissism

---

## КОЛОНКА РЕДАКТОРА EDITOR'S NOTES

---

# ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

**Для цитаты:** Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 5—8.

## FROM THE EDITOR

**For citation:** From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 5—8.

Дорогой читатель!

В прошлом году наш журнал получил право печатать публикации по трем специальностям ВАК, и к нашим двум традиционным — общей и клинической психологии (5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии; 5.3.6. Клиническая психология) добавилась еще одна — возрастная психология (5.3.7. Возрастная психология), поэтому мы с удовольствием приглашаем наших коллег активнее присылать нам свои статьи по этому направлению!

Первый выпуск этого года вобрал в себя самые разнообразные материалы, относящиеся ко всем трем специальностям.

Номер открывает большой научный обзор факторов суицида и риска хронификации суицидального поведения. Кстати, этот обзор заранее вводит нашего читателя в тему следующего номера — специального выпуска, посвященного психологии суицидального поведения. Автор обзора М.И. Суботич предприняла попытку сравнить специфику суи-

цидального поведения (риск хронификации, способы суицида и т. д.) по ряду клинических (психиатрические диагнозы) и социодемографических (пол, возраст, страна проживания, социальное положение) факторов. Выводы подтверждают важность культурно-исторического подхода к проблеме суицида. В разных странах есть своя специфика факторов риска суицидального поведения, и даже общепризнанный фактор риска летального исхода — мужской пол — уступает место женскому в Индии и Китае.

В рубрику «Эмпирические исследования» вошли четыре статьи. Статья Е.В. Таккуевой подводит итоги многолетнего исследования возможностей психо-социальной реабилитации больных шизофренией на основе авторской программы мотивационного тренинга, соединившей в себе ресурсы когнитивной терапии, культурно-исторической психологии и организационной психологии. Автор опирается на уникальные разработки школы Б.В. Зейгарник, включая ставшие классическими работы сотрудников Ю.Ф. Полякова. Е.В. Таккуева также использует современные достижения культурно-исторической психологии — многовекторную модель ЗБР — для выделения эпицентра и фокуса усилий психотерапевта при работе с пациентами «из жизни» — из стационара, и из ПНИ, где за годы проживания у пациентов выработался синдром госпитализма.

Три следующие статьи рубрики посвящены различным проблемам психологии развития.

Масштабное исследование в области сомнологии представлено в статье Е.И. Рассказовой с соавторами. Проведенная авторами аналитическая работа позволила собрать воедино разнообразные жалобы детей разного возраста, связанные с качеством сна. Полученные результаты позволяют осознать масштабность этой проблемы в современном мире, а главное — увидеть ее истоки в детском возрасте. И это только первая часть статьи. Вторая часть, которая готовится в один из следующих номеров, будет посвящена описанию проблем со сном у детей с точки зрения родителя и, конечно, сопоставлению детских и родительских позиций. Очевидно, что необходимы разработки научно обоснованных рекомендаций по регуляции сна у детей для современных родителей. Хочется надеяться, что материалы, подготовленные этим коллективом авторов, послужат именно этой цели.

Коллектив авторов во главе с М.А. Одинцовой обращается к проблеме совладания с материнским стрессом, который, как и следовало ожидать, оказывается тесно связанным с состоянием физического и психического здоровья ребенка. В статье показано, что при очень высокой силе вызовов у матерей включаются стратегии избегания, видимо, играющие защитную роль.

Тема, которая несомненно волнует многих исследователей и практиков — это тема игровой зависимости и ее предпосылок у молодого поколения. Авторы следующей статьи Л.С. Глинкина и В.Е. Василенко, в опоре на свою оригинальную типологию стилей вовлеченности в компьютерные игры, пытаются выделить наиболее значимые психологические предикторы вовлечения в каждый из таких стилей. Интересно, что наиболее важными предикторами оказались не только личностные особенности, но и различные стрессовые и травматические обстоятельства (например, связанные с высокой конкуренцией, событиями окружающей действительности, особенностями самочувствия и т. д.), которые также вносят свою роль в погружение («уход») в игровую реальность. Работу можно отнести к пилотажным исследованиям, так как в будущем требуется расширение выборки, уточнение связей и факторов влияния, а также их психологического смысла.

Стало доброй традицией проведение конференций, посвященных памяти Федора Ефимовича Василюка. Итоги такой (уже третьей по счету) конференции, проведенной в 2022 году, подводит в своем материале А.Н. Молостова в рамках рубрики «События и даты». Как видно из перечисления гостей и мероприятий, проведенных в рамках конференции, она была очень представительной и собрала большое количество участников. Проблемы личностного роста, помощи в тяжелых стрессовых обстоятельствах актуальны как никогда в связи со сложной и драматической ситуацией в мире. В своем выступлении на открытии конференции важные слова о роли ценностей и сохранении лучших традиций школы культурно-исторической психологии и экзистенциального направления произнесли ученица и последовательница Ф.Е. Василюка, сотрудница факультета консультативной и клинической психологии МГППУ Т.Д. Карягина и его близкий друг и коллега, заведующий кафедрой психологии личности МГУ А.Г. Асмолов. Несомненный успех конференции говорит о том, что дело, заложенное Федором Ефимовичем, живет, хотя вот уже более пяти лет, как его нет с нами.

Мы также продолжаем в этом номере наш многолетний проект «Дерево культурно-исторической психологии». На этот раз интервью дал инициатор данного проекта В.К. Зарецкий. Особенно приятно, что это интервью выходит в год юбилея Виктора Кирилловича, с которым наша редакция с большим удовольствием его поздравляет.

Наконец, заканчивает номер дайджест с обзором исследований гиперсензитивного нарциссизма, который по просьбе редакции подготовила Елена Можяева. Редакция выражает автору большую благодарность за проделанную работу! Дайджест занимает небольшой объем, но материалы обладают несомненной новизной и окажутся



очень полезными для исследователей этой относительно новой проблемы (ведь такой категории нет в современных классификациях расстройств) и практиков, которые нередко мучаются в поисках адекватных методов помощи этим трудным пациентам, число которых растет.

Мы надеемся, что все включенные в номер материалы окажутся полезными для консультирования и психотерапии. Ведь именно для этих целей уже более 30 лет назад создавался наш журнал, о чем более подробно написано в предисловии к предыдущему номеру<sup>1</sup>.

*А.Б. Холмогорова*

---

<sup>1</sup> *Холмогорова А.Б.* Предисловие главного редактора: 30 лет журналу консультативная психология и психотерапия, 25 лет МГППУ и факультету консультативной и клинической психологии, 25 лет рефлексивно-деятельностному подходу // *Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 4. С. 5—10.* DOI: 10.17759/cpp.2022300401

---

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ  
RESEARCH REVIEWS

---

# КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И РИСКА ЕГО ХРОНИФИКАЦИИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

М.И. СУБОТИЧ

НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского  
(ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,

e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

**Актуальность.** В статье представлен обзор исследований клинических, психологических и социодемографических факторов суицидального поведения и риска его хронификации. По данным ВОЗ, 800 000 человек ежегодно умирают в результате самоубийства, и многие другие обращаются за помощью в медицинские центры после суицидальной попытки. Самоубийства и суицидальные попытки являются медико-социально-психологической проблемой. **Цель исследования.** Оценка роли различных факторов хронификации суицидального поведения и увеличения его риска. **Результаты.** По данным многочисленных исследований, чаще всего повторные и неоднократные суицидальные попытки совершают лица, имеющие пограничное расстройство личности и другие личностные расстройства, часто в сочетании с депрессивной и тревожной симптоматикой. Суицидальное поведение в этом случае часто является следствием дефицита навыков эмоциональной саморегуляции и совладания со стрессом, как правило, его мотивом не является намерение умереть. К наиболее часто встречающимся способам самоповреждения у этой категории лиц относятся

CC BY-NC

нанесение самопорезов в области конечностей и попытки самоотравления. Отличительной особенностью суицидальных попыток у лиц, страдающих шизофренией, тяжелыми формами депрессии и биполярным расстройством, является намерение умереть, сочетающееся с более тяжелыми способами самоповреждений в отличие от пациентов с расстройствами личности. Риск хронификации суицидального поведения выше у лиц трудоспособного возраста, имеющих опыт употребления ПАВ, низкие социальный статус и достаток, безработных. **Выводы.** Лица из выделенных групп риска нуждаются в оказании своевременной медико-психосоциальной помощи, так как без лечения и психологической поддержки увеличивается риск хронификации суицидального поведения, нарастания симптомов депрессии и совершения законченного суицида. Хроническое суицидальное поведение требует активной междисциплинарной бригадной работы с пациентами на основе биопсихосоциальной модели уже на этапе первого поступления в стационар после суицидальной попытки. Важно учитывать специфику и особенности суицидального поведения, стили работы могут отличаться в зависимости от диагнозов, возраста и мотивов суицидального поведения.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, повторные суицидальные попытки, хроническое суицидальное поведение, пограничное расстройство личности, клинико-психологические факторы, социодемографические факторы.

**Для цитаты:** Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 9—30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101>

# CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR AND THE RISK OF ITS CHRONICITY: A REVIEW OF STUDIES

MARIA I. SUBOTICH

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,

e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

**Relevance.** The article presents an overview of studies on clinical, psychological and socio-demographic factors of suicidal behavior and the risk of its chronicity. According to the WHO, 800,000 people die each year by suicide, and many others seek

help from medical centers after a suicide attempt. Suicide and suicide attempts are a medical, social and psychological problem. **Purpose of the study.** Evaluation of the role of various factors in the chronification of suicidal behavior and an increase in its risk. **Results.** According to numerous studies, most often repeated suicide attempts are made by people with borderline personality disorder and other personality disorders, often in combination with depressive and anxiety symptoms. The motives for suicide in this group of patients may be emotional regulation, coping with dissociation, stress, and more often do not contain the desire to die. This group of patients tend to self-cut in the limbs or attempt self-poisoning. A distinctive feature of suicide attempts in individuals with schizophrenia, severe depression and bipolar disorder is the intention to die, combined with more severe methods of self-harm, in contrast to patients with personality disorders. The risk of chronification of suicidal behavior is higher in people of working age who have experience in the use of psychoactive substances, low social status and wealth, and the unemployed. This group of patients needs to be provided with medical, psycho-social assistance, since without treatment and psychological support, the risk of chronification of suicidal behavior, an increase in symptoms of depression and the completion of suicide increases. **Conclusions.** Chronic suicidal behavior requires active interdisciplinary team work with patients based on a biopsychosocial model already at the stage of the first hospital admission after a suicide attempt. It is important to take into account the specifics and characteristics of suicidal behavior, work styles may differ depending on the diagnoses, age and motives of suicidal behavior.

**Keywords:** suicidal behavior, repeated suicide attempts, chronic suicidal behavior, borderline personality disorder, clinical and psychological factors, sociodemographic factors.

**For citation:** Subotich M.I. Clinical-Psychological and Socio-Demographic Factors of Suicidal Behavior and the Risk of its Chronicity: a Review of Studies. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101> (In Russ.).

## Введение

Самоубийство и повторные суицидальные попытки являются проблемой общественного здравоохранения. По данным ВОЗ, 800 000 человек ежегодно умирают в результате самоубийства, и многие другие обращаются за помощью в медицинские центры после суицидальной попытки. Различные психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, недавняя выписка из стационара а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами представляют собой предикторы хронического суицидального поведения [11]. Влияние экономических изменений, повышение стресса в связи с низким уровнем дохода, финансовыми проблемами, отсутствием работы и невозможностью получить своевременную медико-психологическую помощь являются

важными факторами хронического суицидального поведения [29; 38]. На каждое завершённое самоубийство приходится от восьми до двадцати пяти суицидальных попыток [6]. Неоднократные суицидальные попытки и самоповреждения приводят к хронификации и качественному утяжелению аутоагрессивного поведения с высокой вероятностью реалитизации опасных для жизни действий [2; 47]. Некоторые авторы характеризуют пациентов с хроническим суицидальным поведением как лиц, поступающих в медицинское учреждение после суицидальной попытки вскоре после недавнего аутоагрессивного действия. У данных пациентов зачастую имеются семейная история суицидов, химические зависимости, дисфункциональные копинг-стратегии, импульсивность и высокий риск завершённого самоубийства [47; 51]. Таким образом, хроническое суицидальное поведение можно определить как устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничтожение), возникающие вследствие дефицита навыков переработки стресса и эмоциональной саморегуляции, а также отсутствия опыта надёжной привязанности в семье и социальной поддержки.

В последнее время отмечается сдвиг частоты самоубийств в сторону более молодых возрастных групп, попытки суицида совершают все большее количество лиц трудоспособного возраста. Оценка роли социально-психологических факторов в повышении риска суицидального поведения важна в целях планирования эффективных программ профилактики суицидов [19; 50].

### **Клинико-психологические факторы хронического суицидального поведения**

Психические расстройства рассматриваются как важный фактор хронического суицидального поведения. Обострение психического расстройства часто является причиной совершения как первичной попытки самоубийства, так и хронического суицидального поведения, особенно если сам пациент или окружающие его люди не понимают опасности, а пациент отказывается от посещения специалистов [40].

Расстройства настроения, невротические расстройства, связанные со стрессом, соматоформные расстройства, а также шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства являются основными предикторами совершения суицида. Однако характеристики суицидальных попыток (в частности их способы, причины и вероятность их повторения) различаются у данных групп риска [37].

Причины самоубийства у людей с диагнозами из группы психотических расстройств (F2) включают в себя ангедонию, тревожные и психотические симптомы, депрессию, возникшую в результате проблем в социальной жизни и социальной изоляции [5; 48]. Кроме того, даже если больные шизофренией сообщают другим о своем намерении совершить самоубийство, это часто игнорируется и воспринимается как часть их психического состояния. Способы самоповреждения у лиц, страдающих шизофренией, чаще носят более жестокий характер, зачастую ими используются такие методы, как самоутопление, прыжок с высоты, странгуляционная асфиксия [57], на эту группу больных также приходится самая высокая доля законченных самоубийств среди людей, которые ранее предпринимали попытку суицида [20]. Следовательно, данные пациенты чаще совершают суицидальные попытки с намерением умереть, повторные аутоагрессивные действия носят все более жестокий характер. Причем, чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершенной.

Депрессия является одной из наиболее распространенных дезадаптирующих, смертельных, в связи с высоким риском самоубийств, форм психопатологии [3]. Лица, страдающие расстройствами настроения (F32), подвержены наиболее высокому риску совершения суицидальных попыток, в том числе повторных и неоднократных, однако стиль суицида также различается в зависимости от тяжести расстройства и его коморбидности с другими заболеваниями. Видение будущего в пессимистичных тонах и отсутствие веры в улучшение жизни, желание прекратить испытывать такие чувства, как безнадежность, одиночество, безвыходность, являются основными переживаниями и мотивами суицидальных попыток при депрессии [8; 45]. При тяжелых депрессиях, как и при рекуррентном депрессивном расстройстве, шизофрении и биполярном-аффективном расстройстве (БАР), повторные самоповреждения будут носить еще более тяжелый характер и значительно повышать риск летального исхода. Депрессивные расстройства оказывают особенно существенное влияние на риск самоубийства среди людей с предшествующим суицидальным поведением [50].

Пациенты с аффективными расстройствами (F32), коморбидными с расстройствами личности (F6) имели хотя и более низкий риск суицидов по сравнению с больными шизофренией (F2) и БАР (F31), но все же значительно повышенный риск самоубийства по сравнению с группой депрессивных больных без личностных расстройств [52]. Способы суицидальных попыток у данных пациентов менее жестокие и опасные (самопорезы конечностей или попытки самоотравления) по сравнению с пациентам с БАР и шизофренией. Однако при нарастании симптомов депрессии (усилении чувства безнадежности, социальной изоляции и

одиночества) у лиц с расстройствами личности при повторных суицидальных попытках самоповреждения могут видоизменяться и принимать более тяжелый характер [8].

Существует множество исследований, доказывающих, что хроническое суицидальное поведение свойственно лицам с расстройствами личности, особенно с пограничным расстройством личности (ПРЛ) [10; 41]. В отличие от пациентов с депрессией и шизофренией, где мотивы скорее являются способом выйти из ситуации безвыходности или являются частью бредового сценария, мотивы самоповреждений у лиц с ПРЛ разнообразны: способ регуляция эмоций, совладания с диссоциацией и потерей контроля, решения проблем в межличностных коммуникациях, поиск сильных ощущений [16].

Доказано, что неоднократные суицидальные попытки без намерения умереть чаще совершают лица с такими диагнозами, как расстройства личности, у которых аффективные и тревожные расстройства присоединяются позже. Снижение качества жизни, отсутствие навыков регуляции эмоций, трудности в межличностной коммуникации у данных пациентов зачастую приводят к нарастанию тревожной и депрессивной симптоматики и повышению рисков хронификации суицидального поведения.

Часто пациенты с тяжелыми личностными расстройствами не полностью осознают собственные мотивы, особенно когда они находятся в стрессовом состоянии. Неоднократные самоповреждения без намерения умереть могут перетекать в законченный суицид, или же самоповреждения могут внезапно оказаться настолько серьезными, что приведут к летальному исходу. Самоповреждение, как один из диагностических критериев, включено в описание только ПРЛ, однако пациенты с другими личностными расстройствами могут иметь такие личностные черты, как импульсивность, нестабильность, что может приводить к хроническому суицидальному поведению [15; 54].

По данным исследований, расстройства личности имеют биопсихосоциальную природу и могут возникать на фоне генетической предрасположенности в результате неблагоприятных влияний среды, в частности нарушений привязанности [53]. Темперамент, характеризующийся быстрым возбуждением и низким контролем негативного аффекта, может быть усилен нарушениями привязанности и привести к трудностям регуляции эмоций. Факторами риска неоднократных самоповреждений обычно является сексуальное насилие, жестокое обращение, пренебрежение, незащищенность, ненадежность в отношениях ребенка и объекта привязанности [22; 37].

В большинстве случаев неоднократные самоповреждения без намерения умереть при личностных расстройствах выполняют различные функции. Так, некоторые пациенты используют хроническое самопо-

вреждающее поведение как способ избавиться от тяжелых чувств или, напротив, пережить сильные и болезненные эмоции. Некоторые пациенты видят в неоднократных самоповреждениях способ вернуть ощущение реальности и справиться с диссоциацией. Другие, наоборот, используют аутоагрессивные действия как способ ухода от реальности, с которой им тяжело справиться, например, при конфликтах в межличностных отношениях [58; 60]. Низкая способность к саморегулированию приводит к сильному негативному аффекту. Нанесение самоповреждений в таком случае может дать ощущение контроля над внутренним состоянием и оказывать успокаивающее влияние.

Самонаказание — еще один мотив самоповреждающего поведения у пациентов с личностными расстройствами, которые часто сталкиваются с сильными чувствами самоунижения, ненависти к себе. Иногда неоднократное самоповреждающее поведение может выступать в виде способа воздействия на окружающих, они носят более импульсивный характер, характер «крика о помощи», и чаще такое поведение инициируется в межличностных конфликтах. Так, от 17 до 80% пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) склонны к неоднократным суицидальным попыткам без намерения умереть; наиболее частым из них является самоповреждение путем порезов, самоотравлений или ожогов [56; 55]. Как было сказано выше, самоповреждения случаются чаще среди подростков и молодых людей и связаны со множеством психосоциальных проблем, накладывающихся на врожденную уязвимость [17; 61]. Коморбидность расстройств личности с другими психиатрическими диагнозами, такими как депрессия и тревожные расстройства, увеличивает риск совершения первичных и повторных суицидальных попыток [14; 31].

В связи с вышеперечисленными данными важно на основе биопсихосоциальной модели оказывать психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь лицам уже после первичной суицидальной попытки, однако способы и стили работы могут различаться в зависимости от диагноза и мотивов аутоагрессивного поведения.

### **Социодемографические факторы хронического суицидального поведения**

Роль таких факторов риска, как социальное положение, пол, образование, страна проживания и особенности ее культуры, является важной в популяционных эпидемиологических исследованиях. По данным ВОЗ, в 2019 году 700 тысяч человек покончили с собой. Каждая сотая смерть в мире — это результат самоубийства. В мире 78% всех завершенных самоубийств приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.



При самоубийствах, в сравнении с другими причинами смерти, наибольшая доля (37%) суммарных потерь приходится на группу молодежи и молодых взрослых 20—29 лет, что составляет 27,5% трудоспособного населения и обуславливает необходимость анализа факторов суицидального поведения также в связи с большим экономическим ущербом вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни [4].

В Европе было обнаружено, что самые высокие показатели были среди молодых людей в возрасте от 24 до 34 лет. Исследования в Пакистане показали, что 32 случая суицидальных попыток (44,4%) были в возрасте до 20 лет и 31 случай суицида (43,1%) в возрасте от 20 до 39 лет. Аналогичные данные получены в Египте, где большинство (48,0%) суицидальных смертей было в возрасте от 20 до 39 лет. Другое исследование, проведенное в Египте, показывает, что большинство суицидальных попыток (81,8%) было в возрасте 15—18 лет. Во Франции второй по значимости причиной смерти было самоубийство в возрасте от 15 до 24 лет. Данный сдвиг частоты самоубийств в сторону более молодых возрастных групп может быть следствием увеличения переживаний из-за образования, семейных проблем и высокой рабочей нагрузки в этой возрастной группе [43].

Низкий социальный достаток, отсутствие постоянного места жительства и безработица являются важными факторами суицидального поведения и его хронификации. Уровень самоубийств в три раза выше в сельской местности, чем в целом по стране, а также выше у безработных, чем у трудоустроенных [38]. Особое внимание в профилактике повторных суицидальных попыток необходимо уделять лицам, проживающим в странах с низким и средним уровнями доходов [9].

Индия и Китай по-прежнему сообщают о самом высоком числе смертей в результате самоубийств на основе самоотравления, повешения и самоожжения [44]. По данным ученых Англии, исследовавших суицидальный риск у бездомных, это прежде всего белые мужчины в возрасте до 54 лет, имевшие в анамнезе самоповреждения и опыт обращения в психиатрические службы. Риск повторных суицидальных попыток, как и риск летального исхода у данной группы пациентов, был выше, чем у лиц, имеющих постоянное место жительства [21]. Похожие данные были выявлены в Австралии, где в группу высокого суицидального риска входили мужчины, проживающие в одиночестве (разведенные, овдовевшие и те, кто никогда не состоял в браке) и безработные.

Более высокий риск суицида был выявлен у лиц с более низким уровнем дохода (разнорабочих, машинистов и водителей) по сравнению с людьми с более высоким уровнем дохода (менеджерами, специалистами) [30]. Безработица и низкий достаток являются факторами риска неоднократных суицидальных попыток. И у мужчин, и у женщин с повторными суицидальными попытками чаще преобладает начальное образование, и

они чаще страдают от нетрудоустроенности. Похожие данные получили американские ученые, сравнивая риск суицидальных попыток у лиц с высшим и средним образованием, а также с разным уровнем достатка. Они делают вывод, что высшее образование может быть защитным фактором суицидального поведения, в том числе из-за связанного с ним увеличения дохода [42].

Мужчины после повторной попытки суицида чаще живут с родительской семьей, а женщины — со своими детьми [44; 50]. Как у мужчин, так и у женщин безработица, выход на пенсию, одиночество являются факторами риска самоубийства. Профессиональные трудности, повышенная профессиональная нестабильность чаще повышают суицидальный риск у мужчин [26; 25].

Как видно, данные исследований указывают на необходимость оценки основных факторов риска и способов вмешательств для предотвращения самоубийств, как в странах с низким и средним уровнем доходов, так и у групп людей с низким доходом, проживающих в развитых странах [34].

Существует немало противоречий в исследованиях, имеющихся на сегодняшний день. Одни исследователи называют основными социодемографическими факторами риска повторных и неоднократных суицидальных попыток женский пол, средний возраст; другие авторы указывают мужской пол и пожилой возраст у женщин; некоторые авторы утверждают, что не существует различий между полами [35; 49]. Данное разнообразие показателей связано с тем, что авторы в основном опираются на данные скоропомощных и психиатрических больниц, куда попадают после самоповреждения пациенты, однако значительная часть пациентов могут не доходить до институтов скорой помощи.

Например, в некоторых исследованиях указано, что мужчины реже обращаются за помощью, не получают лечение, что может, с одной стороны, приводить к хронификации психических расстройств и суицидального поведения, а, с другой стороны, влиять на статистические показатели, так как в данном случае мужчины реже попадают в поле зрения специалистов [24]. Еще одной причиной может выступать пересечение понятий «преднамеренного, непреднамеренного самоповреждения», «попытка суицида», «self-harm», «парасуицид», которые достаточно сложно разделить на практике. Во врачебной практике принято говорить о «преднамеренном самоповреждении», однако из-за косвенной природы последствий самоповреждений незащищенные сексуальные контакты, поведение с высокой степенью риска (например, экстремальные формы скоростных спусков, нелегальные автогонки) или интоксикация психоактивными веществами не были включены в данную категорию, несмотря на возможное наличие тенденции к преднамеренному саморазрушению при всех этих формах поведения.

Некоторые авторы указывают на то, что неоднократные самоповреждения чаще наносят женщины, а повторные попытки суицида (с намерением умереть) — чаще у мужчин. Известно, что от самоубийств умирает гораздо больше мужчин, чем женщин [25; 39]. Следовательно, совершение повторной суицидальной попытки, самоповреждения без намерения умереть чаще может возникать у женщин, а повторной суицидальной попытки с намерением умереть и высоким летальным риском — у мужчин. По данным ученых из Нидерландов, основными факторами риска суицида являются: мужской пол, низкий уровень доходов, все формы безработицы и низкий уровень образования, одиночество, отсутствие семьи, опыт иммиграции. Напротив, защитными факторами являются наличие брака и детей в браке, отсутствие иммиграционного прошлого, высшее образование [8; 46].

Социально-экономические факторы риска суицида у мужчин и женщин могут различаться. Недавнее исследование выявило, что безработица, выход на пенсию, одиночество и длительное отсутствие на рабочем месте в связи с болезнью по-прежнему являются значительными факторами риска для мужчин, даже с учетом госпитализации в психиатрическую больницу. Для женщин не было классифицировано никаких существенных факторов риска, кроме психических заболеваний, в то время как наличие ребенка в возрасте до 2 лет снижало риск самоубийства [44].

Способ суицидальной попытки может различаться в зависимости от пола и намерения аутоагрессивного действия. Так, большинство авторов указывают на то, что мужчинам свойственно использовать более жестокие и агрессивные способы суицида. Как уже упоминалось, есть данные о том, что чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершённой. Тем временем женщины склонны наносить незначительные травмы [39]. Исследования, проводящиеся на подростковых группах, показывают, что молодые люди, употребляющие наркотические вещества, имеют более высокий риск совершения повторных и неоднократных суицидальных действий [13].

Следовательно, в отличие от самоубийств, риск повторных самоповреждений без намерения умереть обычно выше у женщин, чем у мужчин, за исключением подростков мужского пола, употребляющих наркотики. Причины самоповреждений у женщин без намерения умереть чаще являются способом сообщения о переживаемом стрессе [25].

Аффективные расстройства преобладают по сравнению с другими формами психической патологии среди самоубийств у обоих полов [20; 27]. Однако расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, как правило, чаще встречаются у мужчин-самоубийц [28]. Пациенты с шизофренией, совершающие суицидальные попытки, также преимущественно мужчины [22].

Расстройства пищевого поведения, особенно нервная анорексия, сопряжены с высоким риском самоубийства и неоднократными самоповреждениями и чаще выявляются у женщин [12; 23].

В то же время имеет место специфика влияния пола на риск суицида в разных странах. Так, исследование первичных и повторных суицидальных попыток в Индии не показали значительной разницы между мужчинами и женщинами, однако показали, что чаще всего самоубийства и неоднократные самоповреждения наносят люди трудоспособного возраста. К причинам суицидальных попыток в Индии относят: семейные проблемы и болезнь. К семейным проблемам часто относятся: необходимость получения одобрения семьи при выборе партнера, сложности при расторжении брака или невозможность вступить в брак (в соответствии с системой браков по договоренности в Индии) [59]. Отличительной особенностью суицидальных попыток у женщин Индии были такие причины самоубийств и самоповреждений, как: внебрачная беременность, внебрачные связи и другие конфликты, связанные с вопросом о браке. Частые суициды и семейные самоубийства в большей степени обусловлены социальными причинами и могут рассматриваться как протест против архаичных общественных норм и ожиданий [54]. Еще одним важным исключением является Китай с очень высокими показателями завершеного суицида среди женщин, особенно молодых женщин в сельских районах [18].

Фактор возраста также играет значительную роль. Исследования в развивающихся странах показывают в 2 раза более высокий риск не смертельного и смертельного повторного самоповреждения у мужчин по сравнению с женщинами, а также в 16 раз более высокий риск самоповреждения со смертельным исходом у людей в возрасте 56 лет и старше, по сравнению с людьми в возрасте 10—25 лет [30; 32]. При исследовании лиц с повторными суицидальными попытками путем самоотравления отмечают преобладание женщин молодого возраста (до 30 лет). Несмотря на то, что частые суицидальные попытки совершают лица более молодого возраста, люди пожилого возраста чаще имеют риск совершать повторные суицидальные попытки с намерением умереть, что увеличивает риск завершённых суицидальных попыток у данной группы лиц [7]. Пациенты среднего возраста более склонны к повторным неоднократным самоповреждениям (без намерения умереть).

По данным исследований [33; 36], у лиц моложе 60 лет отмечался катарсический эффект после совершения самоповреждений. У данной группы наблюдалось значительное снижение количества суицидальных мыслей после попытки самоубийства, однако этот эффект не прослеживался у лиц более пожилого возраста, старше 60 лет. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения

с более тяжелым характером травмы и использовать высоколетальные методы (самоповешение или использование огнестрельного оружия).

Практически всеми исследователями отмечается, что риск летального исхода при суицидальной попытке в позднем возрасте существенно превышает таковой в любые другие возрастные периоды. Несмотря на то, что повторные суицидальные попытки чаще совершают молодые люди, вероятность летального исхода у пожилых людей выше, как в случае первичной, так и в случае повторной суицидальной попытки [28].

В отличие от суицидальных попыток в молодом возрасте, роль импульсивности в реализации суицидального замысла у пожилых значительно снижается, в то время как большее значение приобретают такие черты, как ригидность и закрытость для нового опыта [1]. Проживание в одиночестве также является важным предиктором «позднего» суицида, что подтверждается исследованиями пожилых людей в домах престарелых. Даже при полном отсутствии контактов с родственниками взаимодействие с персоналом и совместное проживание снижают риск самоубийства [4].

## **Выводы**

Хроническое суицидальное поведение — это устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничтожение), появившиеся в связи с дефицитом навыков совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции, отсутствием опыта в семье надежной привязанности, а также недостаточностью государственной социально-экономической поддержки.

*Клинико-психологическим фактором хронического суицидального поведения* является наличие таких диагнозов, как пограничное расстройство личности и другие личностные расстройства, часто сочетающиеся с депрессивной и тревожной симптоматикой. Данная группа пациентов склонна использовать менее опасные способы самоповреждения, такие как самопорезы в области конечностей, самоотравления или ожоги, по сравнению с пациентами, имеющими диагнозы шизофрения, БАР или тяжелую депрессию. Однако без лечения и психологической поддержки у данной группы пациентов повышаются риски хронификации суицидального поведения, нарастания симптомов депрессии и совершения законченного суицида. Мотивы самоповреждений у лиц с личностными расстройствами носят характер эмоциональной регуляции, способа воздействия на мир и окружающих или совладания с диссоциацией и

стрессом и чаще не содержат в себе желания умереть. Пациенты с такими диагнозами, как БАР, шизофрения и рекуррентная депрессия, склонны совершать повторные аутоагрессивные действия с намерением умереть и применяют высоколетальные способы самоповреждений. Вероятность совершения повторной завершённой суицидальной попытки у данных пациентов выше.

*Социодемографическими факторами хронического суицидального поведения* являются трудоспособный возраст, опыт употребления ПАВ, низкие социальный статус и достаток, безработица, национальные и религиозные особенности страны и трудности получения медико-психосоциальной помощи. Фактор пола играет разную роль в разных культурах. Мужчины чаще гибнут от суицидальных попыток (исключение — Китай, Индия), реже обращаются за помощью, и способы самоповреждения у мужчин носят более жестокий характер, чем у женщин. Женщины трудоспособного возраста и молодые мужчины, употребляющие ПАВ, чаще предпринимают неоднократные суицидальные попытки путем самопорезов конечностей и самоотравления без намерения умереть и имеют более высокий риск хронификации суицидального поведения. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения с летальным исходом.

Низкий уровень достатка и низкий уровень образования, сложности в получении медико-психосоциальной помощи, а также национальные и религиозные правила являются фактором риска для развития хронического самоповреждающего поведения. Чувство одиночества, покинутости, отсутствие социальной поддержки, семьи, детей и супруга являются важными предикторами хронического суицидального поведения у всей группы пациентов независимо от пола, возраста и религии. Своего рода социальная неприспособленность может стать фактором риска повторных суицидальных попыток.

Хроническое суицидальное поведение связано со множеством факторов и требует активной междисциплинарной работы с пациентами на основе биопсихосоциальной модели. Данную работу необходимо начинать уже при поступлении пациентов в стационары после первичной или повторной суицидальной попытки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Жабин М.О., Гехт А.Б. Суицидальной в позднем возрасте: социокультурные и клинические факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 118(7). С. 104—108.
2. Каневский В.И., Розанов В.А. Некоторые психологические факторы повторных суицидальных попыток // Суицидология. 2019. № 10 (2). С. 12—22. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22

3. Лоулор К.Э., Гудсон Д.Т., Хеффель Дж.Дж. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии: руководство [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 2. С. 97—107. URL: [https://psyjournals.ru/psyclin/2022/n2/Lawlor\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2022/n2/Lawlor_et_al.shtml) (дата обращения: 1.06.2022).
4. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов // Суицидология. 2019. № 2 (35). С. 23—31. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35) -23-31
5. Рычкова О.В. Исследования социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 1. С. 63—89.
6. Семке В.Я. Истерические состояния: учебник. М.: Медицина; 1988. 224 с.
7. Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте: учебно-методическое пособие. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. 160 с.
8. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
9. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 69—88. DOI:10.17759/cpp.2016240305
10. The health impact of suicide and self-inflicted injuries in Australia (2019) [Электронный ресурс] // Australian Institute of Health and Welfare. 2021. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/health-impact-suicide-self-inflicted-injuries-2019/contents/about> (дата обращения: 21.02.2023).
11. Al-Humairi A.K., Kadhem Q.I., Abdullah S.J., Hussain A.M.A. Socio-demographic features and trends of suicide mortality in Babylon province, Irak // AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020. Vol. 39 (5). P. 598—603. DOI:10.5281/zenodo.4264923
12. Berkelmans G., van der Mei R., Bhulai S. et al. Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level // BMC Public Health. 2021. № 21(1). P. 1—8. DOI:10.1186/s12889-021-11743-3
13. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D., et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // Crisis. 2010. № 31(4). P. 194—201. DOI:10.1027/0027-5910/a000052
14. Birchall E., Perry I.J., Corcoran P., Daly C., Griffin E., The impact of guidance on the supply of codeine-containing products on their use in intentional drug overdose // European Journal of Public Health. 2021. № 31. P. 853—858. DOI:10.1093/eurpub/ckab082
15. Buelens T., Costantini G., Luyckx K., Claes L. Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach // Front. Psychiatry. 2020. № 11. P. 1—12. DOI:10.3389/fpsy.2020.580922

16. Buelens T., Luycckx K., Kiekens G., Gandhi A., Muehlenkamp J.J., Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents // *Journal of Affective Disorders*. 2020. № 260. P. 314—22. DOI:10.1016/j.jad.2019.09.009
17. Cheng Y., Li X., Lou C., Sonenstein F.L., Kalamar A., Jejeebhoy S., Delany-Moretlwe S., Brahmhatt H., Olumide A.O., Ojengbede O. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments // *Journal Adolesc Health*. 2014. № 55(6). P. 31—38. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.08.020
18. Chu, J., Lin, M., Akutsu, P. D., Joshi, S. V., Yang, L. H. Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders: A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. 2018 // *Asian American Journal of Psychology*. № 9(4). P. 262 —269. DOI: 10.1037/aap0000134
19. Colle L., Hilviu D., Rossi R., Garbarini F. and Fossataro C. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder // *Front. Psychiatry*. 2020. № 11. P. 449. DOI:10.3389/fpsy.2020.00449
20. Crowell S., Derbidge C., Beauchaine T. Developmental approaches to understanding suicidal and self-injurious behaviors // *The Oxford handbook of suicide and self-injury* / Ed. M.K. Nock. Oxford University Press, 2014. P. 183—205.
21. Culatto P., Bojanic L., Appleby L., Turnbull P. Suicide by homeless patients in England and Wales: national clinical survey // *BJPsych Open*. 2021. Vol. 7(2). P. e65. DOI:10.1192/bjo.2021.2
22. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study // *Schizophrenia Research*. 2001. № 47(2—3). P. 127—34. DOI:10.1016/s0920-9964(00)00003-7
23. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide // *Current Psychiatry Reports*. 2021. № 23(9). P. 58. DOI:10.1007/s11920-021-01268-2
24. Docherty A.R., Shabalin A.A., DiBlasi E. et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents // *American Journal of Psychiatry*. 2020. №177(10). P. 917—927. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19101025
25. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements // *Front. Psychiatry*. 2021. № 4. P. 11. DOI:10.3389/fpsy.2020.499980
26. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review [Электронный ресурс] // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. № 10(2). P. 192—205. URL: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022> (дата обращения: 01.01.2022)
27. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. 1997. №170. P. 25—28. DOI:10.1192/bjp.170.3.205.
28. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour // *British Journal of Psychiatry*. 2000. № 177. P. 484—495. DOI:10.1192/bjp.177.6.484. PMID: 11102320.
29. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention // *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2007. № 28. P. 4—9. DOI:10.1027/0227-5910.28.S1.4



30. *Hawton K., Bergen H., Cooper J., Turnbull P., Waters K., Ness J., Kapur N.* Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000—2012 // *Journal of Affective Disorders*. 2015. № 175. P. 147—151. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.062
31. *Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J., Heikkinen M.E., Isometsä E.T., Kuoppasalmi K.I., Lonnqvist J.K.* Mental disorders and comorbidity in suicide // *American Journal of Psychiatry*. 1993. №150(6). P. 935—540. DOI:10.1176/ajp.150.6.935
32. *Hepple J., Quinton C.* One hundred cases of attempted suicide in the elderly // *The British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists. 1997. №171(1). P. 42—46. DOI:10.1192/bjp.171.1.42
33. *Kaufman J.A., Livingston M.D., Komro K.A.* Unemployment insurance program accessibility and suicide rates in the United States // *Preventive Medicine*. 2020. № 141. P. 106. DOI:10.1016/j.ypmed.2020.106318
34. *Knipe D., Metcalfe C., Hawton K., Pearson M., Dawson A., Jayamanne S., Konradsen F., Eddleston M., Gunnell D.* Risk of suicide and repeat self-harm after hospital attendance for non-fatal self-harm in Sri Lanka: a cohort study // *The Lancet Psychiatry*. 2019. № 6(8). P. 659—666. DOI:10.1016/S2215-0366(19)30214-7
35. *Leske, S., Adam, G., Schrader, I. et al.* Suicide in Queensland: Annual Report [Электронный ресурс] // Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University. 2020. URL: [https://www.griffith.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf](https://www.griffith.edu.au/_data/assets/pdf_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf) (дата обращения: 01.02.2022).
36. *Liu H.* Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan [Электронный ресурс] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009. № 39(1). P. 103 —113. DOI:10.1521/suli.2009.39.1.103
37. *Matsuishi K., Kitamura N., Sato M. et al.* Change of suicidal ideation induced by suicide attempt // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. № 59(5). P. 599—604. DOI:10.1111/j.1440-1819.2005.01421
38. *McDaid D., Brendan K.* An economic perspective on suicide across the five continents', in Danuta Wasserman, and Camilla Wasserman (eds) // *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2022. № 1. P. 409—420. DOI:10.1093/med/9780198570059.003.0049
39. *Michaud L., Brovelli S., Bourquin C.* Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes // *Revue médicale suisse*. 2021. № 17(744-2). P. 1265—1267.
40. *Miller I.W., Camargo C.A. Jr., Arias S.A. et al.* Boudreaux ED; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study // *JAMA Psychiatry*. 2017. № 74(6). P. 63—570. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678
41. *Moirra M., Santomauro D., Degenhardt L. et al.* Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis // *Journal of Psychiatric Research*. 2021. № 137. P. 242—249. DOI:10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
42. *Oexle N., Rüschi N.* Stigma — Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention // *Der nervenarzt*. 2018. № 89(7). P. 779—783. DOI:10.1007/s00115-017-0450-8

43. *Olfson M., Wall M., Wang S. et al.* Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults // *Pediatrics*. 2018. № 141(4). P. 2—10. DOI:10.1542/peds.2017—3517
44. *Otsuka K., Nakamura H., Kudo K. et al.* The characteristics of the suicide attempter according to the onset time of the suicidal ideation // *Ann Gen Psychiatry*. 2015. № 30. P. 1—5. DOI:10.1186/s12991-015-0087-6
45. *Peters E.M., Yates K., DeVlyder J. et al.* Understanding the inverse relationship between age and psychotic symptoms: The role of borderline personality traits // *Acta Psychiatr Scand*. 2022. № 12. DOI:10.1111/acps.13475
46. *Phillips J.A., Hempstead K.* Differences in US suicide rates by educational attainment // *American Journal of Preventive Medicine*. 2017. № 53(4). P. 123—130. DOI: 10.1016/j.amepre.2017.04.010
47. *Platt S., Bille-Brahe U., Kerkho A. et al.* Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989 // *Acta Psychiatr Scand*. 1992. № 85. P. 97—104
48. *Polewka A. Chrostek-Maj J. Kroch S.* Psychosocial aspects of the suicidal attempts of polish females // *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2001. № 3. P. 51—60.
49. *Qin P., Agerb, E., Westergård-Nielsen N. et al.* Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // *British Journal of Psychiatry*. 2000. № 177(6). P. 546—550. DOI:10.1192/bjp.177.6.546
50. *Ramdurg S., Goyal S., Goyal P. et al.* Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center // *Ind Psychiatry Journal*. 2011. № 20(1). P. 11—16. DOI:10.4103/0972-6748.98408
51. *Randall J.R., Sareen J., Chateau D., Bolton J.M.* Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool [Электронный ресурс] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. № 49(4). P. 941—951. DOI:10.1111/sltb.12481
52. *Reynolds P., Eaton P.* Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department // *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1986. № 31 (4). P. 328—330.
53. *Runeson B., Haglund A., Lichtenstein P., Tidemalm D.* Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000—2008 // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. № 77(2). P. 240—246. DOI:10.4088/JCP.14m09453
54. *Saab M.M., Murphy M., Meehan E. et al.* Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research // *Archives of Suicide Research*. 2021. № 1. P. 1—21. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
55. *Stiglmayr C.E., Shapiro D.A., Stieglitz R.D. et al.* Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a controlled study // *Journal of Psychiatric Research*. 2001. № 35. P. 111—118. DOI:10.1016/S0022-3956(01)00012-7
56. *Temes C.M., Frankenburg F.R., Fitzmaurice G.M., Zanarini M.C.* Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019. № 80(1). P. 18. DOI:10.4088/jcp.18m12436

57. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up // *The BMJ*. 2008. №18. P.337. DOI:10.1136/bmj.a2205
58. Urnes O. Selvskading og personlighetsforstyrrelser // *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009. № 129(9). P. 872. DOI:10.4045/tidsskr.08.0140
59. Vijayakumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India // *Indian Journal of Psychiatry*. 2007. № 49. P. 8—14.
60. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F. et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up // *Psychological Medicine*. 2012. № 42(11). P. 2395—2404. DOI:10.1017/S0033291712000517
61. Yildiz M., Orak U., Walker M.H., Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents // *Death Studies*. 2019. № 43(6). P. 365—371. DOI:10.1080/07481187.2018.1478914

## REFERENCES

1. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Zhabin M.O., Gekht A.B. Suitsidal'noi v pozdnem vozraste: sotsiokul'tiurnye i klinicheskie faktory riska. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018. № 118(7). pp. 104—111.
2. Kanevskii V.I., Rozanov V.A. Nekotorye psikhologicheskie faktory povtornykh suitsidal'nykh popytok. *Suitsidologiya*. 2019. № 10 (2). pp. 12—22. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22
3. Loulor K.E., Gudson D.T., Kheffel' Dzh.Dzh. Kognitivno-povedencheskaya terapiya depressii: rukovodstvo. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2022. Tom 11. № 2. pp. 97—107. DOI:10.17759/cpse.2022110206
4. Lyubov E.B., Zotov P.B., Nosova E.S. Nauchnaya dokazatel'nost' i ekonomicheskoe obosnovanie preduprezhdeniya suitsidov. *Suitsidologiya*. 2019. № 2 (35). pp. 23—31. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Rychkova O.V. Issledovaniya sotsial'nogo poznaniya pri shizofrenii. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2013. Tom 21. № 1. pp. 63—89.
6. Semke V.Ya. Istericheskie sostoyaniya: Uchebnik. M.: Meditsina, 1988. 224 p.
7. Solov'ev A.G., Popov V.V., Novikova I.A. Rannaya diagnostika i profilaktika psikhicheskikh rasstroystv v pozhilom vozraste: Uchebno-metodicheskoe posobie. Arkhangel'sk: Severnyi gosudarstvennyi meditsinskii universitet, 2016. 160 p.
8. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikhevioral'noi terapii. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016. Tom 24. № 3. pp. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
9. Chernaya M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V. Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie kharakteristiki patsientov s suitsidal'nymi popytkami. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016. Tom 24. № 3. pp. 69—88. DOI:10.17759/cpp.2016240305
10. The health impact of suicide and self-inflicted injuries in Australia (2019) [Elektronnyi resurs]. Australian Institute of Health and Welfare. 2021. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/health-impact-suicide-self-inflicted-injuries-2019/contents/about> (data obrashcheniya: 21.02.2023).

11. Al-Humairi A.K., Kadhem Q.I., Abdullah S.J., Hussain A.MA. Socio-demographic features and trends of suicide mortality in Babylon province, Irak. *AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020. Vol.39 (5). pp. 598—603. DOI:10.5281/zenodo.4264923
12. Berkelmans G., van der Mei R., Bhula, S. Gilissen R. Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC Public Health*. 2021. Vol. 21(1). pp. 1—8. DOI:10.1186/s12889-021-11743-3
13. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010. Vol. 31(4). pp. 194—201. DOI:10.1027/0027-5910/a000052
14. Birchall E., Perry I.J., Corcoran P. et al. The impact of guidance on the supply of codeine-containing products on their use in intentional drug overdose. *Eur J Public Health*. 2021. Vol. 31. pp. 853—858. DOI:10.1093/eurpub/ckab082
15. Buelens T., Costantini G., Luyckx K., Claes L. Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Front Psychiatry*. 2020. Vol. 11. p. 580922. DOI:10.3389/fpsyt.2020.580922
16. Buelens T., Luyckx K., Kiekens G., et al. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *J Affect Disord*. 2020. Vol. 260. pp. 314—322. DOI:10.1016/j.jad.2019.09.009
17. Cheng Y., Li X., Lou C. et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *J Adolesc Health*. 2014. Vol. 55 (6 Suppl). pp. 31—38. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.08.020
18. Chu J., Lin M., Akutsu P.D. et al. Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders: A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. *Asian Am J Psychol*. 2018. Vol. 9 (4). pp. 262—269. DOI:10.1037/aap0000134
19. Colle L., Hilviu D., Rossi R. et al. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*. 2020. Vol. 11. 449 p. DOI:10.3389/fpsyt.2020.00449
20. Crowell S., Derbidge C., Beauchaine T. Developmental approaches to understanding suicidal and self-injurious behaviors. The Oxford handbook of suicide and self-injury / Ed. M.K. Nock. Oxford University Press, 2014. pp. 183—205. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0001>
21. Culatto P., Bojanic L., Appleby L., Turnbull P. Suicide by homeless patients in England and Wales: national clinical survey. *BJPsych Open*. 2021. Vol. 7(2). P. e65. DOI:10.1192/bjo.2021.2
22. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2001. Vol. 47 (2—3). pp. 127—134. DOI:10.1016/s0920-9964(00)00003-7
23. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2021. Vol. 23 (9). 58 p. DOI:10.1007/s11920-021-01268-2
24. Docherty A.R., Shabalin A.A., DiBlasi E. et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents. *Am J Psychiatry*. 2020. Vol. 177(10). pp. 917—927. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19101025

25. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front Psychiatry*. 2021. Vol. 11. p. 499980. DOI:10.3389/fpsy.2020.499980
26. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol: Science Pract*. 2003. Vol. 10 (2). pp. 192—205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
27. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997. Vol. 170. pp. 205—208. DOI:10.1192/bjp.170.3.205
28. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000. Vol. 177. pp. 484—485. DOI:10.1192/bjp.177.6.484
29. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *J Crisis Intervent Suicide Prevent*. 2007. Vol. 28 (Suppl 1). pp. 4—9. DOI:10.1027/0227-5910.28.S1.4
30. Hawton K., Bergen H., Cooper J. et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord*. 2015. Vol. 175. pp. 147—151. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.062
31. Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J. et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993. Vol. 150(6). pp. 935—940. DOI:10.1176/ajp.150.6.935
32. Hepple J., Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1997. Vol. 171. pp. 42—46. DOI:10.1192/bjp.171.1.42
33. Kaufman J.A., Livingston M.D., Komro K.A. Unemployment insurance program accessibility and suicide rates in the United States. *Prev Med*. 2020. Vol. 141. p. 106318. DOI:10.1016/j.ypmed.2020.106318
34. Knipe D., Metcalfe C., Hawton K. et al. Risk of suicide and repeat self-harm after hospital attendance for non-fatal self-harm in Sri Lanka: a cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6 (8). pp. 659—666. DOI:10.1016/S2215-0366(19)30214-7
35. Lesk S., Adam G., Schrader I. et al. Suicide in Queensland: Annual Report [Elektronnyi resurs]. Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University. 2020. URL: [https://www.griffith.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf](https://www.griffith.edu.au/__data/assets/pdf_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf) (data obrashcheniya: 21.02.2023).
36. Liu H. Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan. *Suicide Life-Threat Behav*. 2009. Vol. 39 (1). pp. 103—113. DOI:10.1521/suli.2009.39.1.103
37. Matsuishi K., Kitamura N., Sato M. et al. Change of suicidal ideation induced by suicide attempt. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005. Vol. 59 (5). pp. 599—604. DOI:10.1111/j.1440-1819.2005.01421
38. McDaid D., Brendan K. An economic perspective on suicide across the five continents. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / Eds. D. Wasserman, C. Wasserman. 2022. Vol. 1. pp. 409—420. DOI:10.1093/med/9780198570059.003.0049
39. Michaud L., Brovelli S., Bourquin C. Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes. *Revue médicale suisse*. 2021. Vol. 17 (744-2). pp. 1265—1267. DOI:10.53738/REVMED.2021.17.7442.1265
40. Miller I.W., Camargo C.A. Jr., Arias S.A. et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74 (6). pp. 563—570. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678

41. Moitra M., Santomauro D., Degenhardt L. et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res*. 2021. Vol. 137. pp. 242—249. DOI:10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
42. Oexle N., Rüsч N. Stigma — Risikofaktor und Konsequenz suicidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention. *Nervenarzt*. 2018. Vol. 89 (7). pp. 779—783. DOI:10.1007/s00115-017-0450-8
43. Olfson M., Wall M., Wang S. et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2018. Vol.141 (4). p. e20173517. DOI:10.1542/peds.2017-3517
44. Otsuka K., Nakamura H., Kudo K. et al. The characteristics of the suicide attempter according to the onset time of the suicidal ideation. *Ann Gen Psychiatry*. 2015. Vol. 14. 48 p. DOI:10.1186/s12991-015-0087-6
45. Peters E.M., Yates K., DeVlylder J. et al. Understanding the inverse relationship between age and psychotic symptoms: The role of borderline personality traits. *Acta Psychiatr Scand*. 2022. Vol.146. pp. 484—491. DOI:10.1111/acps.13475
46. Phillips J.A., Hempstead K. Differences in US suicide rates by educational attainment. *Am J Prev Med*. 2017. Vol. 53 (4). pp. e123—e130. DOI:10.1016/j.amepre.2017.04.010
47. Platt S., Bille-Brahe U., Kerkho A. et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1992. Vol. 85 (2). pp. 97—104. DOI:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x
48. Polewka A. Chrostek-Maj J. Kroch S. Psychosocial aspects of the suicidal attempts of polish females. *Arch Psychiatr Psychother*. 2001. Vol. 3 (2). pp. 51—60.
49. Qin P., Agerb, E., Westerg rd-Nielsen N. et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000. Vol. 177 (6). pp. 546—550. DOI:10.1192/bjp.177.6.546
50. Ramdurg S., Goyal S., Goyal P. et al. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. *Ind Psychiatry J*. 2011. Vol. 20 (1). pp. 11—16. DOI:10.4103/0972-6748.98408
51. Randall J.R., Sareen J., Chateau D., Bolton J.M. Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool. *Suicide Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49(4). pp. 941—951. DOI:10.1111/sltb.12481
52. Reynolds P., Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986. Vol. 31 (4). pp. 328—330. DOI:10.1177/070674378603100408
53. Runeson B., Haglund A., Lichtenstein P., Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry*. 2016. Vol. 77 (2). pp. 240—246. DOI:10.4088/JCP.14m09453
54. Saab M.M., Murphy M., Meehan E. et al. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. *Arch Suicide Res*. 2021. Vol.26 (4). pp. 1645—1665. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
55. Stiglmayr C.E., Shapiro D.A., Stieglitz R.D. et al. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a

- controlled study. *J Psychiatr Res.* 2001. Vol. 35 (2). pp. 111—118. DOI:10.1016/S0022-3956(01)00012-7
56. Temes C.M., Frankenburg F.R., Fitzmaurice G.M., Zanarini M.C. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry.* 2019. Vol. 80 (1). p. 18m12436. DOI:10.4088/jcp.18m12436
57. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008. Vol. 337. p. a2205. DOI:10.1136/bmj.a2205
58. Urnes O. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009. Vol. 129(9). P. 872. DOI:10.4045/tidsskr.08.0140
59. Vijayakumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India. *Indian J Psychiatry.* 2007. Vol. 49 (2). pp. 8—14. DOI:10.4103/0019-5545.33252
60. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F. et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine.* 2012. Vol. 42 (11). pp. 2395—2404. DOI:10.1017/S0033291712000517
61. Yıldız M., Orak U., Walker M.H., Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Stud.* 2019. Vol. 43 (6). pp. 365—371. DOI:10.1080/07481187.2018.1478914

#### **Информация об авторах**

Суботич Мария Игоревна, младший научный сотрудник отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств, НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

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

Subotich Maria Igorevna, Junior Researcher, Department of Crisis Conditions and Psychosomatic Disorders N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

Получена 10.11.2022

Received 10.11.2022

Принята в печать 01.03.2023

Accepted 01.03.2023

---

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
EMPIRICAL STUDIES

---

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ МОТИВАЦИОННОГО ТРЕНИНГА (ИПМТ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, И У ПРОЖИВАЮЩИХ В ПНИ

Е.В. ТАККУЕВА

Дом удивительных людей 77 (АНО «ДУЛ 77»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>,  
e-mail: [takkueva@mail.ru](mailto:takkueva@mail.ru)

**Актуальность.** В связи с задачей реформирования психоневрологических интернатов (ПНИ) в РФ, среди жителей которых 46,9% больных шизофренией, особую актуальность приобретают разработка и обоснование эффективности научно обоснованных методов социализации пациентов через активизацию и развитие их психологических ресурсов и социальных компетенций. **Цель исследования** — проверка эффективности оригинальной интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) в двух выборках больных шизофренией: находящихся на стационарном лечении в психиатрической больнице и проживающих в ПНИ. **Материалы и методы.** Всего проведено 11 тренинговых групп с больными шизофренией, проходящими лечение в стационаре Психиатрической клинической больницы № 4 имени П.Б. Ганнушкина (всего 45 человек, средний возраст 44 года, 32 женщины и 13 мужчин с разной длительностью заболевания) и 7 тренинговых групп с больными шизофренией, проживающими в раз-



ных ПНИ г. Москвы (всего 35 человек, средний возраст 50 лет, 17 женщин и 18 мужчин с длительностью заболевания более 5 лет). Эффективность тренинга оценивалась с помощью самооценочных методик, которые пациенты заполняли до и после тренинга: «Диагностика самооффективности», «Индикатор копинг-стратегии», «Комплаентность», Шкала социального избегания и дистресса (SADS), «Анкета обратной связи». **Результаты.** Предлагаемая программа мотивационного тренинга построена на принципах, близких к принципам когнитивной терапии, направленной на восстановление (СТ-R), и рефлексивно-деятельностного подхода (РДП), разрабатываемой идеи культурно-исторической психологии. У пациентов, проходящих лечение в ПКБ и сохраняющих связь с социумом, снижаются показатели социальной тревожности и отмечается рост показателей самооффективности и комплаентности, а также возрастает частота использования стратегии решения проблем и снижаются показатели стратегии их избегания. В выборке пациентов из ПНИ, длительно находящихся в ситуации социальной изоляции, возрастает показатель самооффективности и увеличивается частота использования такой конструктивной стратегии, как поиск социальной поддержки, снижается общий показатель социальной тревожности, что свидетельствует о направленности на преодоление синдрома госпитализма. Участники тренинга из выборок ПКБ и ПНИ субъективно высоко оценивают результаты работы и происходящие изменения. **Выводы.** Предварительно можно сделать вывод об эффективности ИПМТ для решения задачи повышения ресурсов социализации больных шизофренией, как в выборке ПКБ, так и ПНИ. Основные различия связаны с тем, что в выборке ПНИ, в отличие от выборки ПКБ, на фоне роста показателя конструктивной стратегии поиска социальной поддержки практически не меняется показатель деструктивной стратегии избегания проблем, что свидетельствует о необходимости более длительной и системной работы по восстановлению и развитию их ресурсов социальной адаптации. Перспективы исследовательской работы состоят в расширении выборок и дополнительном анализе влияния таких факторов, как пол, возраст, длительность заболевания и пребывания в ПНИ.

**Ключевые слова:** психоневрологические интернаты, психосоциальная реабилитация, мотивационный тренинг, шизофрения, нарушения мотивации, нарушения целеполагания, когнитивная терапия, направленная на восстановление, рефлексивно-деятельностный подход.

**Для цитаты:** Таккуева Е.В Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 31—57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310102>

# ESTIMATION OF EFFICIENCY OF THE INTEGRATIVE MOTIVATIONAL TRAINING PROGRAM (IPMT) FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, UNDERGOING TREATMENT IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL, AND FOR THOSE LIVING IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS FOR PSYCHIATRIC PATIENTS (PRI)

ELENA V. TAKKUEVA

Autonomous non-commercial organization of social support  
«House of Amazing People 77», Moscow, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>,  
e-mail: [takkueva@mail.ru](mailto:takkueva@mail.ru)

**Rationale.** For effective reforming the system of mental health, the system of residential institutions for psychiatric patients (PRI) in the Russian Federation, the development and validation of efficiency of scientifically based methods of socializing psychiatric patients through the activation and development of their psychological resources and social competencies are of particular significance. Among the residents of PRI 46,9% have schizophrenia. **Study Objective.** Verification of efficiency of the original integrative motivational training program (IPMT) in two samples of patients with schizophrenia: those on inpatient treatment and those living in PRI. **Materials and methods.** In total, 11 training groups were carried out for the patients with schizophrenia, undergoing treatment in Psychiatric Clinical Hospital No. 4 n.a. Gannushkin (PCH) (total 45 persons, average age 44, 32 women and 13 men with different duration of the disease), and 7 training groups were conducted for the patients in PRI (total 35 persons, average age 50, 17 women and 18 men with duration of the disease over 5 years). The efficiency of the training was estimated using self-assessment instruments that the patients completed before and after the training: “Self-efficacy Diagnostics”, “Coping Strategy Indicator”, “Compliance”, “Social Avoidance and Distress Scale” (SADS), “Feedback Questionnaire”. **Results.** The proposed program motivational training is based on principles close to those of the recovery-oriented cognitive therapy (CT-R), cultural and historical psychology and reflection-activity approach, and contributes to positive changes in the motivational sphere of patients with schizophrenia. In the sample of patients from PCH, the indicators of social anxiety have statistically significantly reduced and there has been an increase in indicators of self-efficacy and compliance. At the level close to statistical significance, the frequency of using a problem-solving strategy has increased, the indicators of their avoidance strategy have decreased, and the indicators of a seeking social support strategy have not changed. In the sample of patients from the PRI, on

the contrary, the frequency of using a constructive seeking social support strategy has statistically significantly increased. At the same time, the overall indicator of their social anxiety has reduced, and the overall indicator of their self-efficacy has increased at the level close to statistical significance. The absence of statistically significant dynamics in the variables of compliance and using a problem-solving strategy, as well as in using a destructive avoidance strategy indicates that these deficits are the most persistent and require an additional targeted work. The training participants from both samples have subjectively highly evaluated the results of the training and the changes that they have experienced. **Output.** There has been a preliminary conclusion made about the efficiency of IPMT for delivering on the target of increasing the resources for socializing patients with schizophrenia, both in PCH and PRI. The main differences in two samples are related to the fact that in the PRI group, in contrast to the PCH group, the indicator of a seeking social support strategy has increased, and use of dysfunctional strategies and compliance problems are more stable. The prospects for this research work consist in expanding the samples and analyzing the influence of such factors gender, age, duration of the disease and duration of stay in the residential facility.

**Keywords:** psychiatric residential institutions, psychosocial rehabilitation, learned helplessness, motivational training, schizophrenia, motivation deficits, violations of goal-setting, Recovery Oriented Cognitive Therapy, reflexive-activity approach.

**For citation:** Takkueva E.V. Estimation of Efficiency of the Integrative Motivational Training Program (IPMT) for Patients with Schizophrenia, Undergoing Treatment in a Psychiatric Hospital, and for those living in Residential Institutions for Psychiatric Patients (PRI). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 31–57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310102> (In Russ.).

## **Введение: теоретико-методологические основания исследования**

На сегодняшний день в 600 психоневрологических интернатах (ПНИ) РФ проживают более 156 тысяч граждан, около 71% из них лишены дееспособности, 24% от общего числа нуждаются в постоянном уходе и только 2% проживающих в интернатах для взрослых официально трудоустроены, из них почти половина (47%) страдают шизофренией [29]. Феномен госпитализма, связанный с социальной изоляцией психически больных и неоднократно описанный в литературе [31; 48; 58], неизбежно ведет к постепенной утрате всех приобретенных ранее навыков и, в конечном счете, к возникновению «выученной беспомощности» — феномена, описанного М. Селигменом, который проявляется в трех областях: мотивационной (отсутствие желания, неспособность действовать), когнитивной (неспособность к обучению) и эмоциональной (подавленное, апатичное состояние) [31; 58].

Возможности и пути ресоциализации пациентов с тяжелыми хроническими психическими расстройствами в последние десятилетия стали

предметом анализа целого движения ученых и практиков под общим лозунгом возможности восстановления даже самых тяжелых пациентов — концепция Recovery. Создатель когнитивной терапии Арон Бек стал инициатором и руководителем разработки нового направления — когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (Recovery Oriented Cognitive Therapy — СТ-R) для лиц с тяжелыми психическими нарушениями (в том числе больных шизофренией) [54; 56; 57]. Recovery-Oriented Cognitive Therapy направлена на актуализацию желаемых представлений о будущем и постепенную целенаправленную их реализацию в повседневной деятельности [52; 53]. Подчеркивается важность обсуждения с каждым пациентом желаемого будущего и выработки совместно с ним собственных жизненных целей [51; 55]. Терапия направлена на развитие ресурсов пациентов, поддержку активной позиции, личностное и социальное восстановление. Исследования доказывают, что СТ-R эффективна в работе с тяжелыми, хроническими пациентами, имеющими проблемы как личностного, так и социального функционирования, а также длительный опыт госпитализаций [54; 56; 57].

Интегративная программа мотивационного тренинга (ИПМТ) основана на принципах, сходных с принципами когнитивной терапии, ориентированной на восстановление. В основе ИПМТ лежат модули, выстроенные с учетом потребностей и жизненных целей участников, что позволяет поддержать их собственную конструктивную активность и постепенно преодолевать выученную беспомощность [39; 40]. В программе мотивационного тренинга был использован целый ряд разработок организационной психологии, направленных на формирование конструктивной мотивации достижения: принципы так называемых содержательного [25] и процессуального подходов в исследовании трудовой мотивации [26; 41].

В основе ИПМТ лежат также принципы культурно-исторической психологии и рефлексивно-деятельностного подхода (РДП): движение строго в зоне ближайшего развития (ЗБР), т. е. с опорой на ресурсы пациента, выстраивание с ним отношений сотрудничества и оказание поддержки там, где этого ресурса не хватает [5; 10; 11]; поддержка субъектной позиции (т. е. собственной активности и конструктивных способов действий с последующей рефлексией и закреплением этих способов) [14] и акцент на ресурсах и успехах [10; 11].

Для интеграции данных подходов в мотивационный тренинг пациентов, страдающих шизофренией, был проведен анализ существующих тренинговых программ в организационной и клинической психологии, а также практики РДП. Попытка их синтеза осуществлена путем адаптации ряда модулей тренингов для персонала организаций с учетом особенностей мотивационной сферы больных шизофренией.

Важным методологическим основанием данной работы является многовекторная модель зоны ближайшего развития, разработанная В.К. Зарецким и занимающая особое место в теоретических положениях РДП. Эта модель развивает понятие ЗБР Л.С. Выготского путем операционализации одного из наиболее загадочных и оптимистичных положений культурно-исторической психологии — «Один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [5; 12; 13]. Согласно многовекторной модели ЗБР психическое развитие идет по разным векторам, относящимся к когнитивной, личностной, эмоциональной сферам. При нарушениях развития и психической патологии всегда есть вектор, который является проблемным эпицентром — главным тормозом, препятствующим развитию по остальным векторам [47]. Если в процессе психотерапии и реабилитации удастся выявить такой вектор и развернуть работу по преодолению этой своеобразной блокировки всего развития, то, в конечном счете, такая работа может привести к скачку по всем остальным векторам. Согласно многочисленным данным, которые будут рассмотрены ниже, таким вектором при шизофрении является мотивация достижения — отсутствие направленности на преодоление трудностей и решение проблем.

### **Нарушение мотивации при шизофрении**

Проблема мотивации является одной из центральных в исследованиях шизофрении и рассматривалась как своеобразный эпицентр других нарушений основательницей российской школы клинической психологии Б.В. Зейгарник, а также ее учениками и последователями [15; 18; 21; 22; 23; 33; 35; 46]. В экспериментальных исследованиях Н.С. Курека и А.Б. Холмогоровой продемонстрировано, что у больных шизофренией доминирует мотивация избегания неуспеха и буквально парализована мотивация достижения целей, т. е. отсутствует конструктивная направленность на решение проблем. Исследования авторов продемонстрировали нарушение процесса целеобразования у пациентов с шизофренией: больным свойственна адинамия уровня притязаний, которая выражается в сохранении неизменного уровня сложности цели — поведенческая тактика, благодаря которой пациенты с шизофренией стремятся избегать ситуаций неуспеха [24; 43]. В целом, для больных шизофренией характерны установка на избегание усилий и неуспеха, низкая социальная мотивация, отказ от активности [6; 15; 17; 46; 49]. В работе А.Б. Холмогоровой все эти феномены получили собирательное обозначение «установка на самоограничение» [43].

Таким образом, именно этот вектор — вектор мотивации — является тем самым эпицентром, на котором важно сосредоточить процесс

социальной реабилитации больных. У пациентов в ПНИ дополнительным фактором снижения социальной мотивации достижения являются специфические условия институционализации и социальной изоляции, ведущие к синдрому выученной беспомощности. При этом результаты исследований показывают, что пациенты с шизофренией обладают неиспользованным потенциалом для выздоровления, который может быть активизирован с помощью индивидуальных, целенаправленных психосоциальных вмешательств [57; 59]. Люди, покидающие психоневрологические интернаты в процессе реформы ПНИ, нуждаются в психологической поддержке и помощи в их социальной реинтеграции, преодолении психологических и социальных дефицитов, выученной беспомощности. Однако далеко не все готовы принять эту помощь в силу нарастающей аутизации и недоверия. Поэтому еще один не менее важный вектор, на который должна быть направлена работа с этим контингентом, — это вектор сотрудничества, способности вступать в контакт и принимать помощь при решении различных задач и достижении поставленных целей. При разработке программ ИПМТ необходимо было учитывать специфику, как контингента психиатрических стационаров, так и контингента ПНИ, делая акцент на наиболее проблемных векторах ЗБР.

### **Общая характеристика ИПМТ**

Ниже будут рассмотрены основные модули ИПМТ и ее специфика — отличие от других тренинговых программ, разработанных для работы с больными шизофренией. Тренинг ИПМТ состоит из 10 модулей (рис. 1).

Материал дается в порядке усложнения с учетом ЗБР участников тренинга, при этом участникам даются конкретные инструменты для постановки собственных целей. Так, в ИПМТ были использованы следующие адаптированные под цели тренинга техники менеджмента: 1) «Иерархия потребностей» [26], направленная на знакомство с теорией потребностей А. Маслоу и ее применение для анализа собственных потребностей участников; 2) SMART-постановка целей [8], или в русифицированном варианте — КИДСО (конкретность, измеримость, достижимость, стратегия, определенность во времени), на основе которой корректируются жизненные цели участников путем перевода их в конкретные цели на ближайшую неделю, месяц и т. д. с последующим обсуждением их выполнения на каждом занятии; 3) SWOT-анализ [20], или в русифицированном варианте — ССВУ (сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы), предлагающий участникам инструменты для систематизации предшествующей информации и выработки долговременных целей на срок

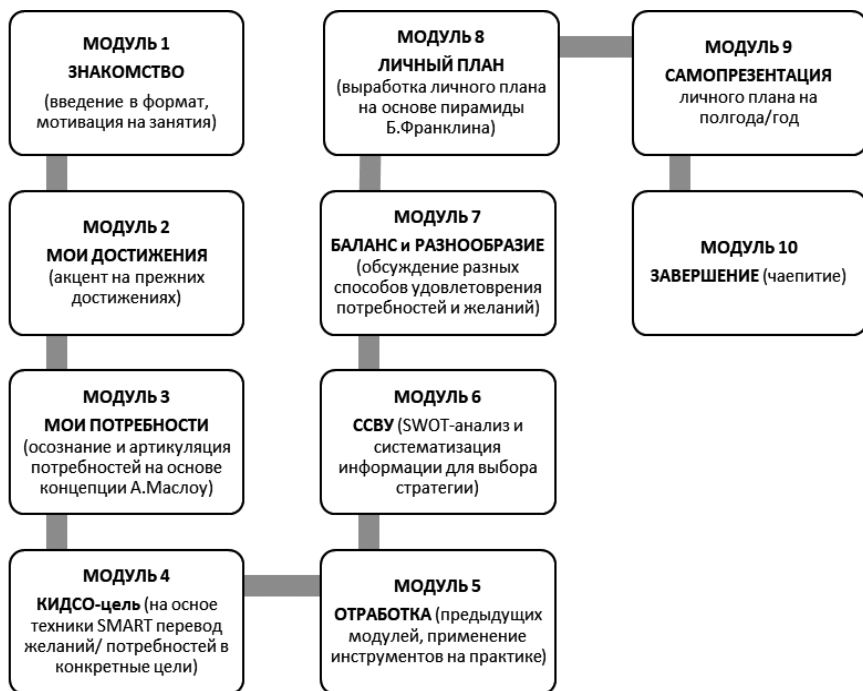


Рис. 1. Модули интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ)

полгода или год, а также стратегии их достижения; 4) «Пирамида жизни Бенджамина Франклина» [36], которая использовалась каждым из участников для составления личного плана действий на ближайший год. Пирамида Франклина представляет собой логическую последовательность блоков: жизненные ценности, глобальные желания и цели, долгосрочный план, краткосрочный план, цели на день.

Специфика ИПМТ, в отличие от программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [44], а также методики мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации [32], связана с фокусировкой всей работы на развитии процессов целеполагания, т. е. выработке и достижении индивидуальных конкретных целей участников тренинга: 1) в процессе тренинга идет систематическая работа с собственными целями участников, у участников и ведущих есть возможность оценить благоприятную динамику реалистичного целеполагания в зоне ЗБР, стратегического планирования; 2) благодаря систематическим домашним заданиям и структуре тренинга участники возвращаются к собственным целям на протяжении всего тренинга,

сталкиваются со сложностями на пути реализации собственных целей, преодолевая их с помощью ведущих тренинга, реализуя их в жизни; 3) участникам выдаются домашние задания (самостоятельные работы), тетрадь участника, сертификат участника, благодарность выдается особо отличившимся. Сертификат дает право воспользоваться пятью бесплатными консультациями с психологом уже в индивидуальном формате. ИМПТ сближает с рефлексивно-деятельностным подходом к трудностям в обучении и когнитивной терапией тяжелых психических расстройств, ориентированной на восстановление, акцентирование важности собственного замысла в процессе выбора целей и путей их достижения, постоянная поддержка субъектной позиции пациентов.

### **Специфика проведения ИМПТ для выборки ПКБ и ПНИ**

Число пациентов в группах Психиатрической клинической больницы № 4 имени П.Б. Ганнушкина (ПКБ) и психоневрологических интернатов (ПНИ) варьировалось в диапазоне от 6 до 10. Общее количество занятий для групп ПКБ — 10 модулей, для групп ПНИ использовался сокращенный вариант тренинга — 8 модулей, так как в условиях постоянного совместного проживания в ПНИ участникам не было необходимости знакомиться. В группы тренинга ПКБ пациенты поступали из стационарных подразделений больницы в дневной стационар при больнице после 3 недель стационарного лечения. Так как около 70% из них были трудоустроены и социализированы, то основная цель тренинга для данной группы заключалась в предотвращении десоциализации. Участники тренинга групп ПНИ были выбраны администрацией учреждения на основании мнения компетентных врачей и социальных работников учреждения, оценивающих их состояние здоровья и реабилитационный потенциал, а также с учетом собственного желания самих пациентов и их заявлений на получение ограниченной дееспособности. Соответственно, основная цель тренинга для данной группы заключалась в способствовании их ресоциализации в рамках комплексной программы социальной реабилитации, осуществляемой в ПНИ [34]. Как уже было сказано выше, работа в группе ПКБ была сфокусирована на векторе мотивации достижений и росте самооффективности, а работа в группе ПНИ была сфокусирована в первую очередь на восстановлении способности к сотрудничеству, снижению социального избегания и принятии помощи в выстраивании и достижении целей.

Частота занятий для групп ПКБ — 2 раза в неделю, для групп ПНИ — 1 раз в неделю. В группах ПКБ тренинг вели 2 клинических психолога, в группах ПНИ — тренинг вел один клинический психолог. Иногда в



качестве ко-тренеров в ПНИ привлекались участники, уже прошедшие ранее мотивационный тренинг.

## Материалы и методы

**Цель исследования** — проверка эффективности оригинальной интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) в двух выборках больных шизофренией: находящихся на стационарном лечении в ПКБ и проживающих в ПНИ.

**Характеристика выборки.** Выборка участников мотивационного тренинга в условиях психиатрического стационара в период с 20.03.2017 г. по 20.05.2018 г. включала 45 пациентов ПКБ № 4 имени П.Б. Ганнушкина с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20—F29 по МКБ-10) в возрасте от 21 до 65 лет (средний возраст — 44 г., ст. откл. — 11,8 лет); образование — среднее и высшее, 32 женщины и 13 мужчин. Длительность заболевания: 10% — первый эпизод, 90% — 2 эпизода болезни и более. Всего было проведено 11 тренинговых групп с количеством участников от 6 до 10 человек.

Выборка участников мотивационного тренинга в условиях ПНИ в период с 07.04.2018 г. по 14.04.2021 г. включала 35 пациентов, проживающих в трех ПНИ г. Москвы (ГБУ «Психоневрологический интернат № 18», ГБУ «Психоневрологический интернат № 22», ГБУ «Психоневрологический интернат № 23», ГБУ «Психоневрологический интернат № 30»), с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20—F29, F21.4 по МКБ-10); возраст пациентов — от 23 до 73 лет (средний возраст — 50 лет, ст. откл. — 11,3); образование — среднее и высшее, 17 женщин и 18 мужчин. Длительность заболевания — более 5 лет; 3 эпизода болезни в анамнезе и более. Всего было проведено 7 тренинговых групп с количеством участников от 6 до 10 человек.

**Противопоказаниями к работе в группе являлись:** актуальная острая и подострая психотическая симптоматика, нейролептический синдром; соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации; тяжелые физические дефекты (слепота, глухота); категорический отказ от участия в группе, выраженная враждебность, тревожность или раторможенность; неспособность контролировать поведение; выраженное интеллектуальное снижение.

**Методический комплекс.** Для оценки эффективности тренинга использовались две группы методик, которые предъявлялись до и после тренинга.

1. *Методики, направленные на оценку социального функционирования:* Шкала социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р.,

адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011); методика «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011; в настоящем исследовании, для облегчения выполнения задания, число выбора ответов было сокращено с пяти до трех вариантов — «полностью согласен», «согласен», «не согласен»), методика «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995).

2. *Методики, направленные на оценку взаимодействия со специалистами, как в области психотерапии, так и в области реабилитационных мероприятий:* методика «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., в стадии валидации) и анкета обратной связи для оценки достигнутых результатов в процессе тренинга.

Для статистической обработки данных использован статистический пакет SPSS и программа Microsoft Excel. Проведен статистический анализ с помощью критерия Wilcoxon для связанных выборок.

**Ограничения исследования.** Выборки из ПКБ и ПНИ различаются по половозрастному составу, что ограничивает возможности их сравнения. В дальнейшем при расширении выборок планируется учесть влияние факторов пола, возраста, образования, длительности болезни и пребывания в интернате на эффективность тренинга.

## Результаты исследования

Результаты обработки данных выборки пациентов, проходящих лечение в стационаре ПКБ, приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, после тренинга у участников из ПКБ на высоком уровне статистической значимости снижаются как общий балл, так и частные показатели социальной тревожности: социальный дистресс, т. е. уровень негативных эмоций в контактах, и социальное избегание, т. е. стремление их избегать. Отмечается статистически значимый рост показателей самооффективности, как в предметной, так и в межличностной сферах, и комплаентности или готовности к сотрудничеству со специалистами. На уровне тенденции к статистической значимости частота использования стратегии решения проблем возрастает, а стратегии их избегания, напротив, снижается. Таким образом, положительная динамика имеет место по большинству показателей. Большинство пациентов из ПКБ указывают на особую важность участия в группе людей со сходными проблемами (54%) и возможности совместного обсуждения проблем, а также довольно высоко оценивают свои навыки целеполагания после тренинга (4,2 балла в среднем из возможных 5).

Результаты оценки динамики показателей выборки пациентов из ПНИ приведены в табл. 2.

Таблица 1  
 Динамика показателей социального функционирования и комплаентности до и после участия  
 в мотивационном тренинге у больных шизофренией, проходящих лечение в ПКБ

Методики	Шкалы	Показатели M (SD)		Z	Критерий Wilcoxon для связанных выборок
		До	После		
<b>Показатели социального функционирования</b>					
Шкала социального избегания и дистресса SADS	Социальный дистресс	4,5 (3,69)	2,7 (3,69)	-4,227(b)	<b>0,000</b>
	Социальное избегание	4,8 (2,55)	3,8 (2,56)	-2,892(b)	<b>0,004</b>
	Общий балл	9,3 (5,79)	6,6 (5,80)	-4,648(b)	<b>0,000</b>
Методика «Диагностика самоэффективности»	Самоэффективность в предметной деятельности	21,4 (6,36)	22,8 (6,35)	-2,357(c)	<b>0,018</b>
	Межличностная самоэффективность	6 (2,42)	7,1 (2,41)	-2,941(c)	<b>0,003</b>
Методика «Индикатор копинг-стратегии»	Общий балл	27,4 (8,12)	29,9 (8,10)	-3,078(c)	<b>0,002</b>
	Стратегия «Решение проблем»	24,4 (4,65)	25,3 (4,69)	-1,804(c)	<b>0,071<sup>1</sup></b>
	Стратегия «Поиск социальной поддержки»	22,3 (4,98)	23,3 (5,07)	-1,599(c)	0,110
	Стратегия «Избегание проблем»	19,4 (4,44)	18,2 (4,45)	-1,948(b)	<b>0,051<sup>1</sup></b>
<b>Показатели комплаентности и сотрудничества с персоналом ПКБ и тренером</b>					
Методика «Комплаентность»	Комплаентность				<b>0,000</b>
		30,8 (6,47)	34,3 (6,45)	-4,024(c)	

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Анкета обратной связи	Что способствовало усвоению материала (% участников, высоко оценивших данный фактор после тренинга) Участие в группе 54%	Работа тренера		Z	31%
		15%		Материал тренинга	
		Самооценка навыка целеполагания М (SD)		4,2 (0,86)	

Примечание: t — тенденция к статистической значимости; М — среднее; SD стандартное отклонение; Z — критерий знаковых рангов Wilcoxon; b — на основе отрицательных рангов; c — на основе положительных рангов.

Таблица 2  
 Динамика показателей социального функционирования и комплаентности до и после участия в мотивационном тренинге у больных шизофренией, проживающих в ПНИ

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Шкала социального избегания и дистресса SADS	Показатели социального функционирования	Социальный дистресс		Z	0,082 <sup>a</sup>
		3,6 (2,98)		-1,739(b)	
		4,3 (2,61)		-1,606(b)	
		8 (5,14)		-2,013(b)	

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Методика «Диагностика самооффективности»	Самоэффективность в предметной деятельности	23,2 (5,43)	24,1 (5,39)	-1,247(с)	0,212
	Межличностная самооффективность	6,9 (2,43)	7,6 (2,41)	-1,684(с)	0,092 <sup>t</sup>
	Общий балл	30,2 (6,97)	31,8 (6,92)	-1,808(с)	0,071 <sup>t</sup>
Методика «Индикатор копинг-стратегий»	Стратегия «Решение проблем»	24,3 (4,93)	25,4 (4,89)	-1,454(с)	0,146
	Стратегия «Поиск социальной поддержки»	22,2 (4,98)	24,2 (4,96)	-3,009(с)	<b>0,003</b>
	Стратегия «Избегание проблем»	18 (3,91)	18,1 (3,92)	-0,150(б)	0,881
<b>Показатели комплаентности и сотрудничества с персоналом ПНИ и тренером</b>					
Методика «Комплаентность»	Комплаентность	32,3 (6,89)	33,8 (6,85)	-1,217(с)	0,224
Анкета обратной связи	Что способствовало усвоению материала (% участников, высоко оценивших данный фактор)				
	<b>Участие в группе</b>	<b>Работа тренера</b>	<b>Материал тренинга</b>		
	28%	52%	20%		
	Самооценка навыка целеполагания М (SD) 4 (0,83)				

*Примечание:* t — тенденция к статистической значимости; М — среднее; SD стандартное отклонение; Z — критерий знаковых рангов Wilcoxon; б — На основе отрицательных рангов; с — на основе положительных рангов.

Как видно из табл. 2, после тренинга у участников из ПНИ на высоком уровне статистической значимости возрастает частота использования конструктивной копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки». На уровне статистической значимости снижается общий балл социальной тревожности, при этом частный показатель социальной тревожности — социальный дистресс — снижается на уровне тенденции к статистической значимости. На уровне тенденции к статистической значимости отмечается рост показателей самоэффективности в межличностной сфере (в том числе и по общему баллу). Таким образом, положительная динамика имеет место в половине исследуемых показателей. Большинство пациентов из ПНИ указывают на особую важность доверительного контакта и заинтересованности со стороны ведущего тренинга (52%), а также довольно высоко оценивают свои навыки целеполагания после тренинга (4 балла в среднем из возможных 5). Таким образом, изменения у больных из ПНИ происходят по вектору восстановления контактов и способности к поиску и принятию поддержки, т. е. к сотрудничеству с другими людьми, что является необходимым условием преодоления госпитализма и восстановления навыков социальной жизни.

Для оценки удовлетворенности тренингом участникам выборки ПКБ и ПНИ было предложено заполнить анкеты обратной связи (по 5-бальной системе). Средние показатели удовлетворенности мотивационным тренингом по разным аспектам представлены в табл. 3.

Таблица 3  
Показатели удовлетворенности мотивационным тренингом  
в выборках ПКБ и ПНИ

Выборка	Общая оценка тренинга, М (SD)	Интерес, М (SD)	Польза, М (SD)	Личная активность, М (SD)	Комфорт на тренинге, М (SD)	Профессионализм тренера, М (SD)	Раздаточные материалы, М (SD)
ПКБ (N=45)	4,7 (0,45)	4,4 (0,82)	4,6 (0,63)	4 (0,75)	4,7 (0,54)	4,9 (0,27)	4,8 (0,33)
ПНИ (N=35)	4,8 (0,47)	4,6 (0,60)	4,4 (0,85)	4,2 (0,78)	4,5 (0,69)	4,7 (0,49)	4,7 (0,51)

Примечание: М — среднее, SD — стандартное отклонение.

Приведем несколько цитат участников тренинга из ПКБ, касающихся его общей оценки полезности: «Пошаговое достижение целей. Проводить такие тренинги всем пациентам. Научился создавать будущие планы и цели, хотелось бы больше участников, больше по времени заня-

тия»; «Задания для самостоятельной работы позволили попытаться разобрать важную для меня цель, разложить ее по полочкам. Возможность ускорить достижение цели, расстановка приоритетов. Хотелось бы получить материал в электронном виде, чтобы можно было прорабатывать новые цели»; «Я вынесла то, что обязательная потребность для меня — приличный внешний вид, чистота внутри и снаружи, питание. Разделение достижения цели на уровни. Действовать по плану. Действовать с таким же добром к пациентам. Я даже не почувствовала себя больной ни разу»; «Научилась ставить цели и отделять их от мечтаний. Узнала о себе много нового. Поборола скромность, научилась достигать цели. Побольше таких тренингов!»; «Ослабление перфекционизма. Более реальная оценка своих сил и возможностей. Хорошее настроение. Умение ставить цели, дробить их на мелкие кусочки и постепенно достигать».

Приведем также несколько цитат участников тренинга из ПНИ по поводу полезности тренинга: «Сумел раскрыть себя с лучшей стороны благодаря поддержке психолога и работе в группе»; «Определила точнее свои цели, потребности, желания и возможности»; «Тренинг дает познавательный результат, помогает более настойчиво добиваться поставленной цели, правильно распределять время»; «Лично для меня все было четко и понятно, никогда бы не подумал, что встречусь с этим, это ведь не только познавательно, но и пригодится в жизни»; «Результат тренинга — уверенность в получении дееспособности»; «Получила удовольствие от тренинга и хочу и буду дальше заниматься с психологом»; «Мне стало более комфортно находиться в группе людей».

Таким образом, мотивационный тренинг был высоко оценен участниками выбором как ПКБ, так и ПНИ, а также, по их мнению, доказал свою эффективность (в табл. 1, 2 шкала «Самооценка навыка целеполагания»). 35 участникам выборки ПНИ, которые прошли все 8 модулей тренинга, предложено было воспользоваться 5 бесплатными консультациями с психологом. 23 из 35 участников мотивационного тренинга воспользовались данной возможностью, что свидетельствует о росте мотивированности и комплаентности (т. е. готовности к сотрудничеству) участников.

Анализ результатов психосоциальной работы, проводимой в ПНИ в течение трех лет и включающей тренинг ИМПТ, показывает, что на сегодняшний день пятеро участников мотивационного тренинга уже получили ограниченную дееспособность и живут самостоятельно, двое живут на сопровождаемом проживании и работают, одиннадцать человек собираются подавать на ограниченную дееспособность (в будущем), шестеро активно занимаются саморазвитием, обучением, творческой деятельностью, один трудоустроился в ПНИ, двое трудоустроились за пределами ПНИ, один не получил ограниченную дееспособность, но в

процессе подготовки к судебному процессу. Таким образом, положительная динамика наблюдается у 70% участников реабилитационной программы. У десяти из 35 участников изменений в их статусе за указанное время не произошло.

### **Обсуждение результатов**

ИПМТ представляет собой часть комплексной психо-социальной реабилитации больных шизофренией в ПКБ, а также проживающих в ПНИ, нацеленной на активизацию и развитие психологических ресурсов и социальных компетенций. Разработанная программа ИПМТ основана на интеграции принципов когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (СТ-Р), и рефлексивно-деятельностного подхода, развивающего идеи культурно-исторической психологии, а также включает в себя модули, заимствованные из организационной психологии. Восстановление способности больных шизофренией к активному и конструктивному целеполаганию и планированию своего желаемого будущего осуществляется в опоре на многовекторную модель ЗБР и выделение проблемного эпицентра, поддержку субъектности, акцент на ресурсы и достижения.

СТ-Р разрабатывалась специалистами Института Бека в условиях работы именно с тяжелыми формами психических расстройств, с подобным же контингентом проводилась ИПМТ в условиях ПНИ. СТ-Р нацелена на укрепление устремлений и сосредоточении внимания на личностно значимой деятельности, которая может привести к желаемой жизни, что созвучно с целью ИПМТ. Полученные предварительные данные подтверждают возможность активизации ресурсов и конструктивной активности у пациентов, как в выборке из ПКБ, так и в выборке из ПНИ. Основным результатом тренинга, по мнению большинства выборки ПНИ, связан с лучшим пониманием себя — «Больше узнал о себе, своих потребностях, целях, возможностях». Многие высказывают желание дальше продолжать заниматься в группе или индивидуально, что свидетельствует о росте комплаентности, хотя в отличие от выборки из ПКБ у участников из ПНИ динамика комплаентности не достигает положительной значимости.

РДП предполагает содействие активной и осознанной работе субъекта со своими проблемами, а также раскрытию и росту его потенциала в процессе поиска их решения и преодоления трудностей. Основанием для разработки метода стала многовекторная модель зоны ближайшего развития В.К. Зарецкого, где динамика развития — постоянное расширение зон актуального и ближайшего развития, а проблемный эпицентр — это внутренние препятствия к осуществлению деятельности, связанные с когни-



тивными и личностными особенностями. Для определения проблемного эпицентра важно осознавать зону актуальной недоступности, к примеру, в случае с проживающими в ПНИ особенно значимы именно реалистичные и конкретные жизненные цели и задачи. Можно предположить, что те пятеро участников мотивационного тренинга из ПНИ, которые восстановили ограниченную дееспособность и теперь живут самостоятельно, соответственно и двигались в зоне ближайшего развития, получая необходимую помощь и поддержку со стороны специалистов и участников группы для прорыва через проблемный эпицентр. Для пациентов из ПНИ таким эпицентром были невозможность обращения за помощью и отсутствие установки на сотрудничество. Как показывают результаты исследования, отмечается рост значимости социальной поддержки для пациентов из ПНИ и активизации конструктивной стратегии ее поиска в результате проведенного мотивационного тренинга. О важности получения ее от специалистов для решения задачи возвращения частичной дееспособности косвенно свидетельствует также оценка важности работы тренера большинством участников группы, в то время как участники из ПКБ больше были ориентированы на членов группы.

Для пациентов из ПКБ эпицентром, блокирующим их ресоциализацию и развитие является дефицитарность мотивации достижения, доминирование стратегии избегания решения проблем. В результате тренинга происходит рост их самоофективности, готовности к решению проблем и сотрудничеству с окружающими для достижения поставленных целей.

## **Выводы**

1. Разработанная оригинальная программа мотивационного тренинга для больных шизофренией включает ряд модулей, заимствованных из организационной психологии, опирается на исследования нарушений мотивации у больных шизофренией в клинической психологии и интегрирует принципы когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (СТ-R), и рефлексивно-деятельностного подхода к трудностям в обучении (РДП), развивающего принципы культурно-исторической психологии.

2. В процессе тренинга у больных, проходящих лечение в ПКБ, имеют место существенные позитивные изменения в мотивационной сфере по наиболее проблемному вектору избегания проблем: снижаются уровень социального дистресса и социального избегания и частота использования деструктивных стратегий (избегание проблем), повышается комплаентность и самоофективность (как в межличностной, так и в

предметной деятельности), а также частота использования конструктивных копинг-стратегий (решение проблем).

3. У больных, проживающих в ПНИ, тренинг способствует позитивным изменениям по их наиболее проблемному вектору — разрыв связей с людьми, госпитализм, изоляция, неспособность к сотрудничеству: повышается частота использования стратегии поиска социальной поддержки, отмечается значимая динамика по общему показателю социальной тревожности. Отсутствие позитивных изменений по частоте использования конструктивной стратегии решения проблем и деструктивной стратегии избегания проблем, а также самоэффективности в предметной деятельности свидетельствует о том, что эти нарушения являются наиболее стойкими и пока не находятся в зоне ближайшего развития больных, а требуют дополнительной целенаправленной работы. Помимо этого, необходима дополнительная целенаправленная работа в отношении комплаентности (нет статистически значимой положительной динамики, в отличие от выборки ПКБ).

4. Помимо статистических методов для оценки эффективности программы, был использован метод самоотчета испытуемых в свободной форме (анкета обратной связи). Большинство участников выборки ПКБ считают, что самым полезным в тренинге было участие в группе, многие отметили также возросшее желание активно решать текущие проблемы и продолжить участие в реабилитационном процессе. Последнее свидетельствует о росте приверженности лечению, веры в свои силы и здоровой мотивации достижения. Участники тренинга группы ПНИ также субъективно высоко оценивают результаты работы и происходящие изменения, однако отмечают, что более всего способствовала усвоению материала работа тренера. Полученные результаты свидетельствуют, что для выборки ПКБ важен пример решения аналогичных проблем и взаимной поддержки после пережитого эпизода, а для группы ПНИ — доверительный контакт и заинтересованность со стороны «внешнего» социального мира, восстановление способности к сотрудничеству.

5. В совокупности с другими модулями реабилитационных программ, направленных на развитие социальных и когнитивных навыков, данная программа может способствовать более успешной адаптации больных, их большей мотивированности и вовлеченности в процесс лечения и реабилитации. Вместе с тем необходимо отметить ряд ограничений и сугубо предварительный характер выводов. В дальнейшем необходимы проведение сравнительного исследования с привлечением контрольных групп (пациенты, не получающие данный вид помощи) и оценка отсроченных результатов тренинга в плане улучшения социальной адаптации и ресоциализации больных (ретестирование и интервьюирование участников тренинга и экспертов), а также анализ влияния факторов пола, возраста, длительности болезни и пребывания в интернате.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алленова О. Люди, власть и ПНИ. Почему нет реформы психоневрологических интернатов [Электронный ресурс] // Газета Коммерсантъ, выпуск от 07.12.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4180226> (дата обращения: 01.07.2021).
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2011. 335 с.
3. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
4. Войтенко А.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: рук-во для врачей и психологов. СПб.: Фолиант, 2002. 255 с.
5. Выготский Л.С. Мышление и речь: психологические исследования. Л.: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1934. 324 с.
6. Гурович И.Я. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика, 2015. 418 с.
7. Дементьева Н.Ф. Проблемы соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах // Права человека и психиатрия в Российской Федерации: доклад по результатам мониторинга и тематические статьи / Отв. ред. А. Новикова. М.: Московская Хельсинкская группа, 2004. 297 с.
8. Друкер П.Ф. Практика менеджмента. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2000. 398 с.
9. Жукова Л. Дома молчания. Как реформируют систему психоневрологических интернатов [Электронный ресурс] // РИА Новости. 03.03.2020. URL: <https://ria.ru/20170721/1498870814.html> (дата обращения: 01.07.2021).
10. Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. Том 3. № 3. С. 96—104.
11. Зарецкий В. К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи. Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
12. Зарецкий В.К. Теорема Л.С. Выготского «Один шаг в обучении — сто шагов в развитии»: в поисках доказательства // Культурно-историческая психология. 2015. Том 11. № 3. С. 44—63.
13. 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. Том 27. № 2. С. 95—113.
14. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 110—128.
15. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2018. 367 с.
16. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1813—1819.

17. *Йеннер Дж.* Директивные интервенции в острой и социальной психиатрии. М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2010. 392 с.
18. *Кириллова М.Г., Курек Н.С.* Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции // Психологический журнал. 2002. Том 23, № 5. С. 80—87.
19. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 01.08.2021).
20. *Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н.* Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы. М.: Альпина Паблишер, 2012. 144 с.
21. *Коченов М.М., Николаева В.В.* Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978. 88 с.
22. *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
23. *Курек Н.С.* Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М.: Институт психологии РАН, 1996. 245 с.
24. *Курек Н.С.* Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1982. 207 с.
25. *Макклелланд Д.* Мотивация человека. СПб.: Питер, 2007. 672 с.
26. *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб.: Питер; 2003. 352 с.
27. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Неолит, 2016. 200 с.
28. Письмо Министерства здравоохранения РФ № 14-2/И/1-4174 от 28.10.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73436324/> (дата обращения: 30.08.2021).
29. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 29.03.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 14.08.2021).
30. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Титанова; отв. ред. Ю.А. Александровский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 2009 с.
31. *Селигман М.* Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006. 368 с.
32. *Семенова Н.Д.* Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20. № 1. С. 52—64.
33. *Семенова Н.Д., Гурович И.Я.* Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 4. С. 31—37.
34. *Сиснева М.Е.* Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака, когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической психологии в решении задач реформирования психоневрологических интернатов в

- России // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 140—158.
35. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во МГУ. 1980 128 с.
  36. Сперанская Л.Н. Учение о стоимости Б. Франклина // Всемирная история экономической мысли: в 6 т. Т. 1. От зарождения экономической мысли до первых теоретических систем политической жизни. М.: Мысль, 1987. 606 с.
  37. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. 260 с.
  38. Судебные и нормативные акты РФ — Положение о психоневрологическом интернате Министерства социального обеспечения РСФСР, утвержденное Приказом Министерства социального обеспечения РФ от 27 декабря 1978 г. № 145 (с изменениями на 12 апреля 2007 г.). [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru/law/prikazminsotsobespecheniarsfsrot27121978n145/polozhenieopsikhonevrologicheskointernateministerstva/> (дата обращения: 01.04.19).
  39. Таккуева Е.В., Сиснева М.Е., Холмогорова А.Б. Возможности восстановления конструктивной активности и самоэффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях психоневрологического интерната // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 4. С. 38—46.
  40. Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 1. С. 38—48.
  41. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. СПб.: Питер, 2003. 860 с.
  42. Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути (часть II) // Консультативная психология и психотерапия. 2010. Том 18. № 1. С. 14—37.
  43. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
  44. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17. № 4. С. 67—77.
  45. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: Форум, 2016. 288 с.
  46. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Москачева М.А. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров. М.: Неолит, 2016. 96 с.
  47. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 1. С. 108—118.
  48. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учеб. пособие. М.: Академия, 2005. 120 с.

49. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Том 26. № 4. 109 с.
50. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cogn Ther Res. 2021. № 45. P. 391—400.
51. Grant P.M., Beck A.T., Inverso E., Brinen A.P., Perivoliotis D. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions. NY: Guilford Press, 2020. 274 p.
52. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia // Schizophr Bull. 2009. № 35(4). P. 798—806.
53. Grant P.M., Beck A.T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia // Psychiatry Res. 2010. № 15. P. 65—70.
54. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia // Psychiatr Serv. 2017. № 68(10). P. 997—1002.
55. Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D., Stolar N.M., Beck A.T. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia // Arch Gen Psychiatry. 2012. № 69(2). P. 121—127.
56. Grant P.M., Perivoliotis D., Luther L., Bredemeier K., Beck A.T. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy // Psychol Med. 2018. № 48(2). P. 261—268.
57. Grant P.M., Reisweber J., Luther L., Brinen A.P., Beck A.T. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia // Psychol Serv. 2014. № 11(2). P. 125—133.
58. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975. 256 p.
59. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? // Curr Opin Psychiatry. 2018. № 31(3). P. 246—255.

## REFERENCES

1. Allenova O. Lyudi, vlast i PNI. Pochemu net reformy psixonevrologicheskix internatov [Elektronnyi resurs]. *Kommersant*. 07.12.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4180226> (Accessed 01.07.2021)
2. Babin S.M. Psixoterapiya psixozov: prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: SpeczLit, 2011. 335 p.
3. Bek J. Kognitivnaya terapiya. Polnoe rukovodstvo. M.: OOO «I.D. Vilyams», 2006. 400 p.
4. Vojtenko A.M. Socialnaya psixiatriya s osnovami mediko-socialnoj ekspertizy i reabilitologii: ruk-vo dlya vrachej i psixologov. SPb.: Foliant, 2002. 255 p.
5. Vygotski L.S. Myshlenie i rech: psixologicheskie issledovaniya. Leningrad: Gos. ucheb-ped. izd-vo, 1934. 324 p.
6. Gurovich I.Ya. Psixosocial'naya i kognitivnaya terapiya i reabilitaciya psixicheskix bol'ny'x: Prakticheskoe Rukovodstvo. Eds. I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler. M.: Medpraktika, 2015. 418 p.

7. Dementeva N.F. Problemy soblyudeniya prav cheloveka v psixonevrologicheskix internatax i detskix domax-internatax. Prava cheloveka i psixiatriya v Rossijskoj Federacii: doklad po rezul'tatam monitoringa i tematicheskie stat'. Ed. A. Novikova. M.: Moscow Helsinki Group, 2004. 297 p.
8. Druker P.F. Praktika menedzhmenta. M.: OOO «I.D. Vil'yams», 2000. 398 p.
9. Zhukova L. Doma molchaniya. Kak reformiruyut sistemu psixonevrologicheskix internatov [Elektronny'j resurs]. RIA Novosti. 03.03.2020. URL: <https://ria.ru/20170721/1498870814.html> (Accessed 01.07.2021).
10. Zarecki V.K. Zona blizhajshego razvitiya: o chem ne uspel napisat' Vygotskij... *Kulturno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2007, № 3, pp. 96—104.
11. Zarecki V. K. Stanovlenie i sushhnost' reflektivno-deyatel'nostnogo podxoda v okazanii konsul'tativnoj psixologicheskoy pomoshhi. *Konsul'tativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, № 2, pp. 8—37.
12. Zarecki V.K. Teorema L.S. Vy'gotskogo «Odin shag v obuchenii — sto shagov v razvitii»: v poiskax dokazatel'stva. *Kul'turno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2015, № 3, pp. 44—63.
13. Zarecki V.K., Nikolaevskaya I.A. Mnogovektornaya model' zony' blizhajshego razvitiya kak sposob analiza dinamiki razvitiya rebenka v uchebnoj deyatel'nosti. *Konsul'tativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019, № 2, pp. 95—113.
14. Zarecki Yu.V. Subektnaya poziciya po otnosheniyu k uchebnoj deyatel'nosti kak resurs razvitiya i predmet issledovaniya. *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, № 2, pp. 110—128.
15. Zejgarnik B.V. Patopsixologiya: uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. M.: Yurajt, 2018. 367 p.
16. Zejgarnik B.V., Kholmogorova A.B. Narushenie samoreguljatsii poznavatel'noj deyatel'nosti u bol'ny'x shizofreniej. *Zhurn. nevropatol. i psixiatr. im. S.S. Korsakova = Zhurnal Nevrologii i Psixiatrii imeni S.S. Korsakova*, 1985, № 12, pp. 1813—1819.
17. Jenner J. Direktivny'e intervencii v ostroj i social'noj psixiatrii. M.: Global'naya iniciativa v psixiatrii, 2010. 392 p.
18. Kirillova M.G., Kurek N.S. E'mocii i motivaciya bol'ny'x shizofreniej v situacijax kooperacii i konkurencii. *Psixologicheskij zhurnal = Psychological journal*, 2002. T. 23, № 5, pp. 80—87.
19. Konvenciya o pravax invalidov. Prinyata rezolyuciej 61/106 General'noj Assamblei OON ot 13 dekabrya 2006 g. [Elektronnyj resurs] [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (accessed: 01.08.2021).
20. Kotler F., Berger R., Bikhoff N. Strategicheskij menedzhment po Kotleru. Luchshie priemy i metody. M.: Alpina Publisher, 2012. 144 p.
21. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivaciya pri shizofrenii. M.: Izd-vo MGU, 1978. 88 p.
22. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psixicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshhenie, poznanie. M.: MSU, 1991. 256 p.
23. Kurek N.S. Deficit psixicheskoy aktivnosti: passivnost' lichnosti i bolezni'. M.: Institut psixologii RAN, 1996. 245 p.

24. Kurek N.S. Issledovanie snizheniya psixicheskoy aktivnosti u bol'ny'x shizofreniej na materiale processov celeobrazovaniya i celedostizheniya. Diss. kand. psiol. nauk. M., 1982. 207 p.
25. Makklelland D. Motivaciya cheloveka. SPb.: Piter, 2007. 672 p.
26. Maslou A. Motivaciya i lichnost'. SPb.: Piter; 2003. 352 p.
27. Na styke dvux spektrov: narusheniya social'nogo poznavaniya pri bipolyarnom i shizoafektivnom rasstrojstvax / pod red. A.B. Kholmogorovoj. M.: Neolit, 2016. 200 p.
28. Pismo Ministerstva zdavooxraneniya RF № 14-2/I/1-4174 ot 28.10.2019 [E'lektronny'j resurs], URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73436324/> (accessed 30.08.2021).
29. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v social'noj sfere ot 29.03.2019 [Elektronny resurs]. URL: <https://www.popechiteli.ru/about/vypiska/> (accessed:14.08.2021).
30. Psixiatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ya. Semke, A.S. Titanova; otv. red. Yu.A. Aleksandrovskij. M.: GE'OTAR-Media, 2012. 2009 p.
31. Seligman M. Novaya pozitivnaya psixologiya: nauchny'j vzglyad na schast'e i smy'sl zhizni. M.: «Sofiya», 2006. 368 p.
32. Semenova N.D. Psixosocial'naya metodika dlya motivirovaniya pacientov. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2010, № 1, pp. 52—64.
33. Semenova N.D., Gurovich I.Ya. Modul' formirovaniya motivacii k rehabilitacii v usloviyax mediko-reabilitacionnogo otdeleniya psixiatricheskoj bol'nicy. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2014, № 4, pp. 31—37.
34. Sisneva M.E. Integraciya resursov sistemnogo podxoda M. Spivaka, kognitivno-bivevioral'noj terapii i kul'turno-istoricheskoy psixologii v reshenii zadach reformirovaniya psixonevrologicheskix internatov v Rossii. *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. № 3, pp. 140—158.
35. Sokolova E.T. Motivaciya i vospriyatye v norme i patologii. M.: MSU. 1980 128 p.
36. Speranskaya L.N. Uchenie o stoimosti B. Franklina // Vsemirnaya istoriya e'konomicheskoy my'sli: V 6 t. T.I. Ot zarozhdeniya e'konomicheskoy my'sli do pervy'x teoreticheskix sistem politicheskoy zhizni. M.: Mysl, 1987. 606 p.
37. Standarty' okazaniya pomoshhi bol'ny'm shizofreniej / pod red. V.N. Krasnova, I.Ya. Gurovicha, S.N. Mosolova, A.B. Shmuklera. M.: Moskovskij NII psixiatrii Roszdrava, 2006. 260 p.
38. Sudebny'e i normativny'e akty' RF — Polozhenie o psixonevrologicheskom internate Ministerstva social'nogo obespecheniya RSFSR, utverzhdennoe Prikazom Ministerstva social'nogo obespecheniya RF ot 27 dekabrya 1978 g. № 145 (s izmeneniyami na 12 aprelya 2007 g.). [E'lektronny'j resurs]. URL: <https://sudact.ru/law/prikazminsotsobespecheniarsfsrot27121978n145/polozhenieopsikhonevrol ogicheskominternateministerstva/> (accessed 01.04.19).
39. Takkueva E.V, Sisneva M.E, Kholmogorova A.B. Vozmozhnosti vosstanovleniya konstruktivnoj aktivnosti i samoe'ffektivnosti sredstvami motivacionnogo treninga u bol'ny'x shizofreniej v usloviyax psixonevrologicheskogo internata. *Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv*, 2019, № 4, pp. 38—46.



40. Takkueva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidaciya dostizhenij organizacionnoj i klinicheskoj psixologii v reabilitacii bol'ny'x shizofreniej: integrativnaya programma motivacionnogo treninga. *Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv*, 2019, № 1, pp. 38—48.
41. Xekxauzen X. Motivaciya i deyatel'nost'. SPb.: Piter, 2003. 860 p.
42. Kholmogorova A.B. Dve konfliktuyushhie metodologii v issledovaniyax psixoterapii i ee e'ffektivnosti: poisk tret'ego puti (chast' II). *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2010, № 1, pp. 14—37.
43. Kholmogorova A.B. Narusheniya reflektivnoj regulyacii poznavatel'noj deyatel'nosti pri shizofrenii. Diss. kand. psixol. nauk. M., 1983. 219 p.
44. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolny'kova A.A., Shmukler A.B. Programma treninga kognitivny'x i social'ny'x navy'kov (TKSN) u bol'ny'x shizofreniej. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2007, № 4, pp. 67—77.
45. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya social'nogo poznaniya — novaya paradigma v issledovaniyax central'nogo psixologicheskogo deficita pri shizofrenii. M.: Forum, 2016. 288 p.
46. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Moskacheva M.A. Misheni i metody psixologicheskoy pomoshhi pacientam s rasstrojstvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov. M.: Neolit, 2016. 96 p.
47. Kholmogorova A.B., Zareczki V.K. Mozhet li kul'turno-istoricheskaya koncepciya L.S. Vy'gotskogo pomoch' nam luchshe ponyat', chto my' delaem kak psixoterapevty'? *Kulturno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2011, № 1, pp. 108—118.
48. Cirin D.A. Psixologiya vy'uchennoj bespomoshhnosti: uchebnoe posobie. M.: Akademiya, 2005. 120 p.
49. Shmukler A.B., Gurovich I.Ya., Kostyuk G.P. Stacionarnaya psixiatricheskaya pomoshh': deinstitutionalizaciya i ee posledstviya v stranax Severnoj Ameriki i Evropy'. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2016, № 4, p. 109.
50. Beck A.T., Finkel M.R., Beck, J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cogn Ther Res*, 2021, № 45, pp. 391—400.
51. Grant P.M., Beck A.T., Inverso E., Brinen A.P., Perivoliotis D. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions. NY: Guilford Press, 2020. 274 p.
52. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2009, № 35(4), pp. 798—806.
53. Grant P.M., Beck A.T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2010, № 15, pp. 65—70.
54. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2017, № 68(10), pp. 997—1002.
55. Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D., Stolar N.M., Beck A.T. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*, 2012, № 69(2), pp. 121—127.

56. Grant P.M., Perivoliotis D., Luther L., Bredemeier K., Beck A.T. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychol Med*, 2018, № 48(2), pp. 261—268.
57. Grant P.M., Reisweber J., Luther L., Brinen A.P., Beck A.T. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv*, 2014, № 11(2), pp. 125—133.
58. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975. 256 p.
59. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*, 2018, № 31(3), pp. 246—255.

**Информация об авторах**

Таккуева Елена Викторовна, Руководитель психологической службы, Дом удивительных людей 77 (АНО «ДУЛ 77»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>, e-mail: [takkueva@mail.ru](mailto:takkueva@mail.ru)

**Information about the authors**

Elena V. Takkueva, Head of the psychological department Autonomous non-commercial organization «Home of amazing people 77», Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>, e-mail: [takkueva@mail.ru](mailto:takkueva@mail.ru)

Получена 15.06.2022

Received 15.06.2022

Принята в печать 10.02.2023

Accepted 10.02.2023

# **ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ 5—13 ЛЕТ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ. ЧАСТЬ 1**

**Е.И. РАССКАЗОВА**

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),  
Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>,  
e-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

**Т.Л. БОТАШЕВА**

Научно-исследовательский институт акушерства  
и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»),  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5136-1752>,  
e-mail: [t\\_botasheva@mail.ru](mailto:t_botasheva@mail.ru)

**Д.В. КУДРЯШОВ**

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова  
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2922-5583>,  
e-mail: [kudryashov\\_dv@icloud.com](mailto:kudryashov_dv@icloud.com)

**Е.В. ЖЕЛЕЗНЯКОВА**

Научно-исследовательский институт акушерства  
и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»),  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4496-6387>,  
e-mail: [elena.Gel.1961@yandex.ru](mailto:elena.Gel.1961@yandex.ru)

## О.П. ЗАВОДНОВ

Научно-исследовательский институт акушерства  
и педиатрии, (ФГБУ «РНИИАиП»),  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9555-2267>,  
e-mail: ozz2007@mail.ru

## В.В. ВАСИЛЬЕВА

Научно-исследовательский институт акушерства  
и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»),  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5948-6605>,  
e-mail: v.vasiljeva1965@mail.ru

**Актуальность.** Жалобы на нарушения сна широко распространены у детей, влияя на их сонливость днем, успешность и качество жизни, однако нередко родители не знают о них или не считают проблемой, что препятствует помощи. **Цель.** Выявление особенностей оценки родителями трудностей со сном у детей 5—13 лет и субъективной квалификации их как проблемы. **Методы.** В 147 парах «родитель—ребенок 5—13 лет без диагностированных нарушений сна» (47 пар с ребенком 5—6 лет, 49 — с ребенком 7—9 лет, 51 — с ребенком 10—13 лет) родители отвечали на вопросы о паттерне сна ребенка и заполняли опросник привычек детей в отношении сна (Children Sleep Habits Questionnaire), а дети отвечали на вопросы самоочета детей о своем сне (Sleep Self-Report). **Результаты.** Признаки трудностей со сном широко распространены у детей 5—13 лет: нерегулярное время укладывания, длительное засыпание, засыпание в чужой кровати, ночные страхи, недостаточное время сна, частые ночные пробуждения, сноговорение, раннее утреннее пробуждение, долгое время подъема утром, усталость днем наблюдается 3 раза в неделю и более у каждого третьего ребенка, а протесты против укладывания, невозможность самостоятельного пробуждения утром, трудности утреннего вставания — у каждого второго ребенка. Для детей 10—13 лет также характерен недостаток сна. Паттерн укладывания, сна и пробуждения не различается у мальчиков и девочек, но девочки выше оценивают свою сонливость и ниже — качество сна. С возрастом сокращаются дневной и ночной сон, более поздним становится время укладывания, более редкими — нарушения дыхания во сне, парасомнические симптомы и ночные страхи. **Выводы.** Учитывая распространенность жалоб на различные трудности, связанные со сном у детей 5—13 лет, актуален вопрос о причинах, по которым родители не квалифицируют эти трудности как проблемы и не обращаются за помощью.

**Ключевые слова:** сон, дети 5—13 лет, когнитивная модель нарушений сна, психология телесности, оценка сна родителями, жалобы на нарушения сна.

**Финансирование.** Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 20-013-00740 «Развитие и нарушения психологической системы регуляции сна и бодрствования: подход психологии телесности».

**Для цитаты:** Рассказова Е.И., Боташева Т.Л., Кудряшов Д.В., Железнякова Е.В., Заводнов О.П., Васильева В.В. Жалобы на нарушения сна у детей 5—13 лет: распространенность и содержание. Часть 1 // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 58—78. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310103>

## **SLEEP-RELATED COMPLAINTS IN CHILDREN 5—13 YEARS OLD: PREVALENCE AND CONTENT. PART 1**

**ELENA I. RASSKAZOVA**

Lomonosov Moscow State University, Mental Health Research Center,  
Moscow, Russia

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

e-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

**TATIANA L. BOTASHEVA**

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics  
of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5136-1752>,

e-mail: [t\\_botasheva@mail.ru](mailto:t_botasheva@mail.ru)

**DMITRY V. KUDRYASHOV**

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2922-5583>,

e-mail: [kudryashov\\_dv@icloud.com](mailto:kudryashov_dv@icloud.com)

**ELENA V. ZHELEZNYAKOVA**

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics  
of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4496-6387>,

e-mail: [elena.Gel.1961@yandex.ru](mailto:elena.Gel.1961@yandex.ru)

**OLEG P. ZAVODNOV**

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics  
of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9555-2267>,

e-mail: [ozz2007@mail.ru](mailto:ozz2007@mail.ru)

## VALENTINA V. VASILIEVA

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics

of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5948-6605>,

e-mail: [v.vasiljeva1965@mail.ru](mailto:v.vasiljeva1965@mail.ru)

Sleep-related complaints are common in children and affect their daytime sleepiness, success and quality of life. However, often parents are unaware of or do not consider them as a problem demanding treatment. **Aim.** To identify the parental appraisals of the patterns and difficulties with sleep in children aged 5—13 years and parental subjective qualification of them as a problem. **Methods.** In 147 pairs of «parent-child 5—13 years old without diagnosed sleep disorders» (47 pairs with a child 5—6 years old, 49 with a child 7—9 years old, 51 with a child 10—13 years old), parents answered questions about the pattern children's sleep habits and completed the Children's Sleep Habits Questionnaire. Children replied to Sleep Self-Report. **Results.** Difficulties with sleeping are common in children 5—13 years of age: irregular bedtimes, prolonged time falling asleep, falling asleep in someone else's bed, night terrors, insufficient sleep time, frequent nocturnal awakenings, sleep-talking, early morning awakenings, long time to get up in the morning, fatigue in the afternoon 3 times a week or more are typical for every third child, while protests against going to bed, the impossibility of waking up on their own in the morning, difficulties in getting up in the morning — for every second child. For children 10—13 years old, lack of sleep was also wide-spread. Parents frequently do not consider sleep difficulties in children as a problem. The pattern of going to bed, sleeping, and waking up didn't not differ between boys and girls, but girls rated their sleepiness higher, and rated sleep quality lower. With age, daytime and nighttime sleep was reduced, bedtime became later, while breathing problems during sleep, parasomnia symptoms and night terrors became rarer. **Conclusion.** Given the prevalence of complaints about various difficulties associated with sleep in children aged 5—13 years, the acute question is why parents do not qualify these difficulties as problems and do not seek help is relevant.

**Keywords:** sleep, children 5—13 years old, cognitive model of sleep disorders, psychology of corporeality, parental appraisals of sleep, sleep-related complaints.

**Funding.** Research was supported by the Russian Foundation for Fundamental Research, project 20-013-00740 «Development and disturbances of sleep-wake psychological regulation system: an approach of psychology of bodily functions regulation».

**For citation:** *Rasskazova E.I., Botasheva T.L., Kudryashov D.V., Zheleznyakova E.V., Zavodnov O.P., Vasilieva V.V.* Sleep-Related Complaints in Children 5—13 Years Old: Prevalence and Content. Part 1. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 58—78. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310103> (In Russ.).

## Введение

Сон детей крайне важен для их психологического развития. Классические работы показывают, что нарушения сна у школьников связаны с худшей успеваемостью [13; 22], проблемами в поведении [8; 17], соматическими [15] и психопатологическими (гиперактивность-импульсивность, трудности регуляции поведения [8]) жалобами, а также нейрокогнитивными трудностями [16; 20; 26]. При этом, как показывают более ранние исследования, жалобы на нарушения сна у детей — широко распространенная проблема, особенно в младенческом и раннем возрасте [2; 11; 24; 28]. За первые три года жизни в среднем каждый десятый родитель жалуется на нарушения сна у своего ребенка [10], которые нередко перетекают в хроническую форму, а к детскому саду 37% детей характеризуются теми или иными проблемами со сном, включая и трудности отхода ко сну [31]. По некоторым популяционным данным, у 45% детей 3—6 лет выявляется хотя бы одна проблема со сном, проявляющаяся, как минимум, три раза в неделю [36]. По другим данным, оценки распространенности нарушений сна у детей до 6 лет скромнее [33; 34] и варьируют около 20%—30%, причем о выраженных трудностях речь идет в 5%—6% случаев. При этом проблемы со сном у детей первых трех лет жизни нередко становятся устойчивыми, связаны с жалобами родителей на нарушения поведения детей в дневное время, а также стрессом у родителей [20; 34; 37]. Проблемы со сном в возрасте 4—6 лет, когда дети в европейских странах идут в школу, связаны с худшим качеством их жизни в сфере здоровья, более низкими показателями успеваемости, поведения и освоения языка при поступлении в школу, что особенно характерно для детей с выраженными трудностями [33].

К младшему школьному возрасту сопротивление отходу ко сну отмечается у 27% детей, длительное засыпание — у 11,3%, ночные пробуждения — у 6,5% [9]. Особенно характерны в этом возрасте проблемы утреннего пробуждения и подъема (17%) и жалобы на усталость (17%), что позволило авторам исследования сделать вывод о важности профилактики задержки фазы сна, что требует внимания к времени подъема, а не только особенностям укладывания детей.

Более поздний возрастной период — относящийся в России к средней школе, от 10 до 13—14 лет — является, метафорически говоря, «молчалим» для сомнологии, когда родители редко обращаются с жалобами по поводу нарушений сна, а в случае таких обращений ключевые факторы относятся к иным областям (другим нарушениям, посттравматическому стрессу и т. п.); и в этот период отмечается широкая распространенность нарушения цикла «сон—бодрствование» и поведения в отношении сна у детей [10; 30]. Недавние популяционные данные показывают, что уровень выражен-

ных проблем со сном, как у детей, так и у подростков, практически идентичен — 22,6% и 20,0% соответственно [21], но меняется их содержание. Сопротивление укладыванию, длительное засыпание, тревога, связанная со сном, и парасомнические проявления характерны для детей более младшего возраста; сонливость — для подростков. Негативные последствия нарушения сна также соответствуют обсуждавшимся выше исследованиям. В связи с этим закономерен вопрос: «Почему этот период связан с таким небольшим количеством жалоб?». Нередко родители не предъявляют жалоб на нарушения цикла сна и бодрствования у ребенка, поскольку не воспринимают их таковыми — например, позднее укладывание в связи с использованием гаджетов является крайне распространенным феноменом, не вызывающим тревоги у родителей [5], но связанным с нарушениями сна [3]. Дополнительной трудностью выступает недостаточная осведомленность клиницистов об этих проблемах: если в младенческом и раннем возрасте лишь 16,5%—18,2% педиатров не проводят хотя бы скрининговой диагностики на предмет нарушений сна, то к подростковому возрасту эти показатели возрастают до 43,9% [29]. С нашей точки зрения, речь идет о взаимовлияющих процессах: редкость жалоб на нарушения сна у школьников и их родителей создает у клиницистов впечатление, что в этом нет проблемы, и они редко спрашивают о качестве сна и его нарушениях.

Учитывая важнейшую роль бихевиоральных факторов сна у детей, одно из ограничений исследований долгое время было методическим и объяснялось недостаточностью методик [30], особенно для детей среднего школьного возраста. К настоящему времени наиболее распространены в стандартизированной диагностике опросник привычек в отношении сна у детей, разработанный для родителей [30], и самоотчет детей о своем сне [32], которые применяются в данном исследовании.

**Целью** данного исследования было выявление особенностей оценки родителями трудностей со сном у детей 5—13 лет и субъективной квалификации их как проблемы.

Первая часть статьи посвящена описанию особенностей сна у детей (по оценкам детей и родителей), а также связи пола и возраста с паттерном сна детей. Во второй части статьи рассматривается вопрос о том, какие трудности со сном ребенка родители квалифицируют как проблемные, а также какие трудности чаще не замечают.

Первая часть исследования носила описательный характер, поэтому отдельных гипотез не выдвигалось. Вторая часть статьи основана на следующих предположениях.

1. Оценивая сон своих детей, родители скорее замечают и считают проблемными те особенности сна, которые препятствуют их сну или другой деятельности во время сна и бодрствования ребенка — приходы детей ночью, явные жалобы и т. п.



2. Согласованность между оценками детского сна у детей и родителей максимальна в отношении параметров с четкими поведенческими критериями (например, в чьей кровати засыпает ребенок), но низка в отношении параметров, требующих оценки (например, сопротивление укладыванию).

## Методы

Исследование выполнено в рамках корреляционного дизайна. Респонденты приглашались в исследование через социальные сети в Москве и Ростове-на-Дону. Вознаграждение за участие не было предусмотрено. Приглашались пары «ребенок 5—13 лет без диагностированных нарушений сна — один из его родителей». Исследование проводилось очно: родители заполняли методики исследования; с детьми проводилось интервью, в ходе которого интервьюер в зависимости от возраста и возможностей понимания и заполнения методик либо заполнял методики по результатам беседы, либо присутствовал при заполнении методик самим ребенком. Родители могли присутствовать при интервью с детьми, если выражали желание либо они, либо дети. **Критериями исключения** были психические и тяжелые хронические соматические заболевания детей, а также наличие у детей диагностированных нарушений сна.

Исследование состояло из трех частей.

1. В первой части **родители** отвечали на вопросы о привычном режиме своего сна и сна ребенка (наличие и продолжительность дневного сна, время и регулярность времени укладывания, скорость засыпания в минутах, количество и продолжительность ночных пробуждений, время пробуждения, подъема), а также необходимой и действительной продолжительности своего сна и сна ребенка. Данный опрос является классическим в сомнологии и используется в диагностических целях, хотя очевидно, что валидность этих данных уступает объективным. По ответам родителей рассчитывались показатели продолжительности сна (время от засыпания до пробуждения за вычетом ночных пробуждений), времени в постели (времени от укладывания до подъема) и эффективности сна у ребенка (частное продолжительности сна и времени в постели, выраженное в процентах). Следует отметить, что продолжительность сна ребенка, рассчитанная по детальным вопросам о паттерне сна (время укладывания, засыпания, число и продолжительность пробуждений и т. д.) не полностью соответствует прямым ответам родителей о продолжительности сна ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) и продолжительности ночного сна ( $r=0,57$ ;  $p<0,01$ ). Учитывая, что оба варианта измерения могут иметь важный с психологической точки зрения смысл, в работе сохранены оба типа переменных.

2. Во второй части родители заполняли следующие методики.

А. *Опросник привычек детей в отношении сна* (Children Sleep Habits Questionnaire, CSHQ, [30]) — опросник для родителей, направленный на диагностику различных аспектов нарушений сна и особенностей сна ребенка, в том числе поведения в отношении сна. Включает шкалы сопотребления укладывания, отсроченного засыпания, недостаточной продолжительности сна, ночных страхов, ночных пробуждений, парасомний, нарушений дыхания во сне, сонливости в дневное время. Пункты оценивают по шкале Лайкерта от 1 (редко — 0—1 раз в неделю) до 3 баллов (обычно — 5—7 раз в неделю). Дополнительно родители оценивают каждый пункт по тому, в какой степени каждая особенность сна ребенка является проблемой для них. Альфа Кронбаха общего балла оригинальной методики составляет 0,68 (0,36—0,70 для разных шкал) в норме и 0,78 (0,56—0,93 для разных шкал) в клинических группах при нарушениях сна у детей. Тест-ретестовая надежность варьировала от 0,62 до 0,79, сензитивность и специфичность в отношении возможностей дифференциации детей с нарушениями сна и без них составляют 0,80 и 0,72. Следует, однако, отметить, что последующие исследования, сравнивающие показатели опросника с результатами полисомнографии и актиграфии, выявили слабое их соответствие [23]. На русском языке методика прошла процедуру прямого и обратного перевода и пилотажный этап апробации [19]. В данном исследовании альфа Кронбаха общего показателя составляет 0,80 (0,55—0,92 для различных субшкал).

В. *Индекс тяжести инсомнии* [7; 25] — скрининговая методика диагностики нарушений сна. В данном исследовании использовалась для выявления родителей, нарушения сна которых достигают уровня инсомнических.

3. Третья часть исследования включала интервью с детьми. *Дети*, в зависимости от возраста и возможностей понимания вопросов заполняли или в рамках структурированного интервью, или самостоятельно *самоотчет ребенка о своем сне* (Sleep Self-Report, SSR [27; 32]). Он разрабатывался как аналог опросника привычек детей в отношении сна для применения у детей; включает 26 пунктов, содержание которых максимально сопоставимо с версией для родителей. В методике — четыре шкалы: привычки укладывания/режим засыпания, отказ от укладывания, страхи в ночное время, качество сна. Предыдущие исследования продемонстрировали согласованность методики (0,85 для общего балла и 0,60—0,78 для субшкал), факторную валидность, связи с тревогой и низким благополучием [27], а также с проблемами с успеваемостью, поведением, социальным функционированием и психопатологическими симптомами [8]. В данном исследовании альфа Кронбаха общего показателя составляет 0,81 (0,55—0,71 для различных субшкал).

Всего в исследовании приняли участие 147 пар «ребенок 5—13 лет без диагностированных нарушений сна — один из его родителей». В выборку включались только пары, в которых родитель заполнил опросник привычек детей в отношении сна CSHQ, а ребенок — заполнил самоотчет или был проинтервьюирован при помощи шкалы самоотчета о сне SSR.

67 респондентов были девочки (45,6%), 79 — мальчики (53,7%), в одном случае пол ребенка не был указан (0,7%). Средний возраст составил  $8,29 \pm 2,53$  года. Из них 47 человек (32,2%) были старшего дошкольного возраста (5—6 лет), 49 человек — 7—9 лет (33,4%), 51 человек (34,9%) — 10—13 лет.

Если опираться на показатель индекса тяжести инсомнии с граничным значением в 13,5 баллов (сензитивность — 90,2%, специфичность — 91,7% [4]), у 29 родителей (19,3%) субъективное качество сна соответствовало показателям инсомнии.

**Обработка данных** проводилась в программе SPSS Statistics 23.0 и включала методы сравнения групп, корреляционный анализ, анализ согласованности ответов, дисперсионный анализ. Основываясь на особенностях применения параметрических и непараметрических методов [1] во всех случаях, когда возможно, в работе применялись оба варианта методов. Во всех случаях результаты соответствовали друг другу, поэтому далее в случае численных шкал в работе представлены только параметрические результаты. При сравнении возрастных групп использовался *post hoc* анализ с поправкой Шеффе.

## Результаты

### *Типичные паттерны сна детей 5—13 лет*

По родительским описаниям паттерна сна и бодрствования их детей (табл. 1), половина детей (53,1%) не спали днем, у 46,8% был дневной сон. С возрастом все меньше детей спали днем ( $\chi^2=26,02$ ;  $p<0,01$ ;  $V$  Крамера = 0,37), однако к 10—13 годам у 27,2% все еще сохранялся дневной сон (в 5—6 лет спали днем 81,3% детей; в 7—9 лет — 32,3% детей).

В среднем дошкольники и младшие школьники ложатся спать в 21:30—21:40 и просыпаются в 7:20—7:40, а подростки 10—13 лет ложатся около 22:00 и просыпаются около 7:00 (табл. 1 и 2). Скорость засыпания сильно варьирует, но в среднем составляет около получаса. Ночью дети просыпаются 0—3 раза, и в среднем пробуждения недолгие — менее 10 минут. Средняя продолжительность времени от пробуждения до подъема составляет 8—12 минут в зависимости от возрастной группы. Продолжительность ночного сна варьирует от 2 до 11 часов, общего вре-

мени сна (включая дневной сон) — 6—13,5 часов и в среднем превышает 10 часов у дошкольников, 9 часов у младших школьников и несколько меньше 9 часов у подростков 10—13 лет.

С возрастом дети укладываются все позже, встают все раньше, спят все меньше (в первую очередь, за счет сокращения и исключения дневного сна). Не выявлено возрастных различий в скорости засыпания, количестве и длительности ночных пробуждений, а также эффективности сна.

28 детей (19,0%) считали, что у них есть проблемы со сном; и эти жалобы не зависели от возраста детей.

Т а б л и ц а 1

**Общая характеристика сна у детей разных возрастных групп  
(по ответам родителей)**

Показатели качества сна	Среднее (ст. откл.) в группе 5—6 лет	Среднее (ст. откл.) в группе 7—9 лет	Среднее (ст. откл.) в группе 10—13 лет
Время укладывания ребенка	21:33 (0:41)	21:41 (0:49)	22:08 (0:53)
Время, когда ребенок обычно засыпает	22:07 (0:44)	22:09 (0:47)	22:35 (0:53)
Обычное количество часов, которое ребенок спит каждый день	10,40 (1,28)	9,34 (1,03)	8,72 (1,05)
Обычное количество часов ночного сна у ребенка	8,86 (1,43)	9,05 (0,81)	8,38 (0,86)
Количество пробуждений за ночь	0,77 (0,60)	0,64 (0,72)	0,74 (0,82)
Длительность ночных пробуждений, мин.	7,77 (10,25)	4,63 (5,36)	5,35 (8,25)
Время, когда ребенок обычно просыпается утром	7:35 (1:00)	7:22 (0:46)	7:08 (0:38)
Время, когда ребенок встает	7:49 (0:56)	7:30 (0:43)	7:20 (0:46)
Скорость засыпания, мин.	34,57 (25,74)	27,05 (22,47)	27,48 (21,57)
Продолжительность сна	9,36 (1,10)	9,07 (0,95)	8,38 (0,72)
Продолжительность времени в постели, мин	10,15 (1,17)	9,74 (0,90)	9,20 (0,86)
Эффективность сна, %	89,68 (10,00)	93,08 (4,74)	91,25 (7,03)
Необходимая длительность сна (чтобы выспаться, оценки родителей), час	9,78 (1,22)	9,26 (0,80)	8,98 (0,89)

Тем не менее, как видно из табл. 1, различия в особенностях сна были велики, причем это касалось и поведенческих особенностей сна, и его качества. Например, эффективность сна нередко была меньше 85% (средняя эффективность составляла около 90%); длительность засыпания более 30 минут была характерна для многих детей; длительность пробуждений часто составляла более 30 минут. Если говорить о поведенческих особенностях, то хотя среднее время укладывания и длительность сна были нормативными для возрастных групп, их разброс свидетельствует, что часть детей во всех возрастах укладывается после полуночи, а продолжительность сна у некоторых детей очень мала для соответствующих возрастных групп.

Таблица 2

**Сравнение показателей качества сна у детей разных возрастов  
(по ответам родителей): результаты дисперсионного  
и корреляционного анализа**

Показатели качества сна	F-критерий Фишера	Величина стат. эффекта $\eta$	Корреляция Пирсона с возрастом детей
Время укладывания ребенка	6,87**	0,30	0,34**
Время, когда ребенок обычно засыпает	5,02**	0,26	0,28**
Обычное количество часов, которое ребенок спит каждый день	26,71**	0,53	-0,54**
Обычное количество часов ночного сна у ребенка	4,80*	0,26	-0,20*
Количество пробуждений за ночь	0,42	0,08	-0,07
Длительность ночных пробуждений, мин.	1,80	0,16	-0,16
Время, когда ребенок обычно просыпается утром	3,47*	0,22	-0,19*
Время, когда ребенок встает	3,98*	0,24	-0,23**
Скорость засыпания, мин.	1,49	0,15	-0,14
Продолжительность сна	12,35**	0,41	-0,38**
Продолжительность времени в постели	10,17**	0,37	-0,41**
Эффективность сна, %	1,98	0,18	0,10
Необходимая длительность сна (чтобы выспаться, оценки родителей)	7,23**	0,32	-0,35**

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

### ***Гендерные и возрастные различия в качестве сна и психологических факторах регуляции сна у детей***

Не выявлено различий между мальчиками и девочками в типичных паттернах укладывания, засыпания, поддержания сна и пробуждения, а также в родительских оценках их качества сна, однако девочки оценивают свое качество сна ниже, чем мальчики ( $t=-2,28$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,38$ ). Помимо этого, девочки жалуются на более выраженную дневную сонливость ( $t=-2,16$ ;  $p<0,05$ ;  $d=0,36$ ).

По оценкам родителей, дети более старшего возраста меньше сопротивляются отходу ко сну ( $r=-0,24$ ;  $p<0,01$ ), у них менее выражена тревога сна ( $r=-0,25$ ;  $p<0,01$ ), реже ночные пробуждения ( $r=-0,30$ ;  $p<0,01$ ), менее характерны парасомнические проявления ( $r=-0,18$ ;  $p<0,05$ ) и нарушения дыхания во сне ( $r=-0,23$ ;  $p<0,01$ ) и лучше качество сна в целом ( $r=-0,22$ ;  $p<0,01$ ). С возрастом дети позже ложатся спать ( $r=0,34$ ;  $p<0,01$ ) и меньше спят ( $r=-0,54$ ;  $p<0,01$ ), хотя в основном это происходит за счет сокращения дневного сна, тогда как изменения ночного сна с возрастом выражены слабее ( $r=-0,20$ ;  $p<0,05$ ). По результатам интервью с родителями, общая продолжительность как сна ( $r=-0,38$ ;  $p<0,01$ ), так и времени в постели ( $r=-0,41$ ;  $p<0,01$ ) у детей старшего возраста ниже, а эффективность сна с возрастом не связана. Помимо этого, родители старших детей чаще считают, что их дети недосыпают ( $r=0,26$ ;  $p<0,01$ ), однако этот результат выявляется только при учете прямых оценок родителями необходимого и реального сна ребенка и исчезает, если в качестве действительной продолжительности сна использовать величину, рассчитанную по интервью. Иными словами, речь идет скорее о впечатлении родителей, нежели о проверенных данных.

Как и по оценкам родителей, по оценкам детей в старшем возрасте менее важны рутинные особенности укладывания ( $r=-0,34$ ;  $p<0,01$ ), тревожность сна ( $r=-0,31$ ;  $p<0,01$ ), а также лучше качество сна в целом ( $r=-0,22$ ;  $p<0,01$ ). Интересно, что в отличие от мнения родителей, по мнению детей с возрастом склонность к прямому противостоянию укладыванию, отказ идти спать не меняются. Дети более старшего возраста выше оценивают свою сонливость, хотя оценки сонливости родителями с возрастом детей не меняются ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ).

## **Обсуждение результатов**

### ***Гендерные и возрастные особенности сна у детей***

Согласно полученным результатам, паттерны укладывания, сна и пробуждения не различаются у мальчиков и девочек, однако девочки выше оценивают свою сонливость и ниже — качество сна. Поскольку эти раз-

личия не воспроизводятся по другим особенностям сна, а также по оценкам и описаниям родителей, можно предположить, что девочки в целом склонны более тревожно и внимательно относиться к своему состоянию после сна и бодрствованию. Все перечисленные показатели тесно связаны с качеством бодрствования, поэтому вероятно, что девочки чаще замечают трудности утром и днем и связывают их с качеством сна. В целом, этот результат согласуется с тем, что во взрослом возрасте жалобы на нарушения сна более характерны для женщин, чем для мужчин [6; 35].

Изменения сна с возрастом касаются паттерна сна и хорошо известны из более ранних исследований: сокращение дневного и ночного сна, более позднее время укладывания. Более редки у младших подростков паратонические симптомы, нарушения дыхания во сне (в том числе благодаря развитию иммунной системы и лечению аденоидитов, характерных для более младших детей), а также ночные страхи.

Относительно новым является результат о нарастании субъективной сонливости у детей с возрастом, который сочетается с тем, что им чаще нравится ложиться спать, а родители опасаются, что дети недосыпают. Иными словами, уже к возрасту 10—13 лет нередко речь идет о недостаточной продолжительности, т. е. добровольной депривации сна у детей, что требует психологического и клинического внимания.

Интересным, с нашей точки зрения, является тот результат, что хотя с возрастом детям все реже нужны особые условия и ритуалы для отхода ко сну, нежелание и отказ ложиться спать не становятся более редкими явлениями — вероятно, они становятся более редкими с точки зрения родителей, которые все реже контролируют, уснул ли ребенок, и все чаще не знают о том, что он не лег, или все реже замечают сопротивление укладыванию, поскольку сами соглашаются на его просьбы лечь позже [21].

### ***Сон ребенка и его оценка родителями***

В детском возрасте означение связанных со сном процессов как нормативных или проблемных, вызывающих беспокойство и требующих внимания, — прерогатива родителей. Пользуясь терминологией психологии телесности [7], означение и, соответственно, регуляция процессов сна и бодрствования в детском возрасте происходят во многом «на стороне» родителя. Заменой чувственной ткани выступают явные жалобы ребенка, те или иные заметные поведенческие проявления, а также менее заметные догадки, а сам процесс означения происходит через призму социокультурных представлений и личного опыта родителей по регуляции сна. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство признаков нарушений сна, если они не являются ежедневными или не являются крайне редкими и рассматриваемыми в культуре как отличные от нормативных (нарушения дыхания во сне, мочеиспускание и пр.), редко рассматрива-

ются родителями как проблема и не вызывают их беспокойство, даже если замечаются ими. При этом нерегулярное время укладывания, длительное засыпание, засыпание в чужой кровати, ночные страхи, недостаточное время сна, частые ночные пробуждения, сноговорение, раннее утреннее пробуждение, долгое время подъема утром, усталость днем 3 раза в неделю и более характерны для каждого третьего ребенка, а протесты против укладывания, невозможность самостоятельного пробуждения утром, трудности утреннего вставания — для каждого второго ребенка. Согласно данным этого исследования, в возрастной группе 10—13 лет дети нередко спят недостаточно, если судить по оценкам необходимого для них сна (чтобы выспаться) со стороны родителей, однако, по-видимому, и это не выступает для родителей проблемой или трудностью. Согласуется этот результат и с тем, что с возрастом все большему количеству детей нравится ложиться спать и все меньше детей чувствуют себя отдохнувшими утром, и к 10—13 годам нравится ложиться спать 76,5% детей и лишь 38,0% чувствуют себя отдохнувшими. В одном случае из десяти дети могут заснуть во время активной деятельности, но родители почти никогда не видят в этом проблемы (менее 1%).

Энурез, снохождение, жалобы на боли ночью, храп, прерывания дыхания, пробуждения с криком в страхе, когда трудно успокоить, бруксизм не только редки, но и довольно четко распознаются родителями как проблема, даже если случаются не каждый день. Наоборот, приход ночью в постель к родителям или брату/сестре (каждый четвертый ребенок), повышенная двигательная активность во сне (каждый третий ребенок) считаются нормативными явлениями и беспокойство вызывают лишь у одного из десяти родителей.

Обязательное присутствие родителя при засыпании, необходимый предмет (например игрушка) для засыпания, по-видимому, не только распространены, но и встроены в культуру как нормативные приемы регуляции сна детей. Крайне редкое беспокойство родителей по поводу необходимости укачивания детей, что уже не является нормативным в возрасте 5—13 лет, по-видимому, объясняется тем, что укачивания — поведенческий паттерн, который формируется и хронифицируется во взаимодействии детей и родителей. Иными словами, если он сохраняется до 5 лет, это означает, что родителям комфортно его сохранять и потому они не видят в нем проблемы. Означенным в культуре как проблема и потому вызывающим беспокойство родителей является использование электронных гаджетов перед сном. Тем не менее, расхождение между использованием гаджетов детьми и реакцией родителей существенно: так, двое из трех родителей говорят, что ребенок требует гаджеты перед сном минимум 3 раза в неделю, но лишь один из трех беспокоится по этому поводу.



## Выводы

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

1. Признаки трудностей со сном широко распространены у детей 5—13 лет; к наиболее типичным относятся нерегулярное время укладывания, длительное засыпание, засыпание в чужой кровати, ночные страхи, недостаточное время сна, частые ночные пробуждения, сноговорение, раннее утреннее пробуждение, долгое время подъема утром, усталость днем — отмечаются у каждого третьего ребенка 3 раза в неделю и более; протесты против укладывания, невозможность самостоятельно пробуждения утром, трудности утреннего вставания характерны для каждого второго.

2. Для детей 10—13 лет также характерен недостаток сна.

3. Паттерны укладывания, сна и пробуждения не различаются у мальчиков и девочек, но девочки выше оценивают свою сонливость и ниже — качество сна.

4. С возрастом сокращаются дневной и ночной сон, более поздним становится время укладывания, более редкими — нарушения дыхания во сне, парасомнические симптомы и ночные страхи.

В этом контексте актуальность приобретает вопрос о том, как родители принимают решение о том, что трудности со сном ребенка являются проблемой, требующей внимания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Основы статистики для психологов. М.: Акрополь, 2019. 286 с.
2. Полуэктов М.Г. Нарушения сна в детском возрасте: причины и современная терапия // Эффективная фармакотерапия. 2012. № 1. С. 3—10.
3. Рассказова Е.И. Использование электронных гаджетов вечером и ночью как поведенческий фактор жалоб на нарушения сна // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Расстройства сна. Выпуск № 2. 2019. Том 119. № 4. С. 36—43.
4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. М.: Смысл, 2012. 302 с.
5. Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Вишнева А.Е., Теславская О.И., Чигарькова С.В. Рожденные цифровыми: семейный контекст и когнитивное развитие. М.: Акрополь, 2022. 356 с.
6. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.В. Инсомнии // Медицинский совет. 2017. № 1. С. 53—58. DOI:10.21518/2079-701X-2017-0-52-58
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
8. Becker S.P. External validity of children's self-reported sleep functioning: associations with academic, social, and behavioral adjustment // Sleep Med. 2014. Vol. 15. № 9. P. 1094—1100. DOI:10.1016/j.sleep.2014.06.001

9. *Bladder J.C., Koplewicz H.S., Abikoff H., Foley C.* Sleep problems of elementary school children: a community survey. // *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997. Vol. 151. P. 473—480.
10. *Byars K.C., Yolton K., Rausch J., Lanphear B., Beebe D.W.* Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life // *Pediatrics.* 2012. Vol. 129. № 2. P. e276—84. DOI:10.1542/peds.2011-0372
11. *Chervin R.D., Archbold K.H., Panahi P., Pituch K.J.* Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics // *Pediatrics.* 2001. Vol. 107. № 6. P. 1375—1380.
12. *Cumming E.M., Koss K.J., Bergman K.N.* Assessment of family functioning / In: M. El-Sheikh (Ed.). *Sleep and development. Familial and socio-cultural considerations.* N.Y.: Oxford University Press, 2011. P. 329—354.
13. *Dewald J. F., Meijer A. M., Oort F. J., Kerkhof G. A., Bögels S. M.* The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: a meta-analytic review // *Sleep Medicine Reviews.* 2010. Vol. 14. P. 179—189.
14. *Friman P.C., Schnoes C.J.* Pediatric Prevention: Sleep Dysfunction // *Pediatr Clin North Am.* 2020. Vol. 67. № 3. P. 559—571. DOI:10.1016/j.pcl.2020.02.010.
15. *Hart C.N., Palermo T. M., Rosen C. L.* Health related quality of life among children presenting to a pediatric sleep disorders clinic // *Behavioral Sleep Medicine.* 2005. Vol. 3. P. 4—17.
16. *Hochadel J., Frölich J., Wiater A., Lehmkuhl G., Fricke-Oerkermann L.* Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings // *Psychopathology.* 2014. Vol. 47. № 2. P. 119—126. DOI:10.1159/000345403
17. *Hoedlmoser K., Kloesch G., Wiater A., Schabus M.* Self-reported sleep patterns, sleep problems, and behavioral problems among school children aged 8—11 years // *Somnologie.* 2010. Vol. 14. P. 23—31.
18. *Keller P.S.* Sleep and attachment / In: M. El-Sheikh (Ed.). *Sleep and development. Familial and socio-cultural considerations.* N.Y.: Oxford University Press, 2011. P. 49—78.
19. *Kudryashov D., Rasskazova E., Tkhostov A., Ivanenko A.* Validation of Russian version of the children's sleep habits questionnaire (CSHQ) // *Sleep Medicine.* 2017. Vol. 40. № S1. P. E171. DOI:10.1016/j.sleep.2017.11.501
20. *Lam P., Hiscock H., Wake M.* Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being // *Pediatrics.* 2003. Vol. 111. P. e203—e207.
21. *Lewien C., Genuneit J., Meigen C., Kiess W., Poulain T.* Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents // *BMC Pediatr.* 2021. Vol. 21. № 1. P. 82. DOI:10.1186/s12887-021-02529-y.
22. *Liu X., Liu L., Owens J. A., Kaplan D. L.* Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China // *Pediatrics.* 2005. Vol. 115. P. 241—249.
23. *Markovich A.N., Gendron M.A., Corkum P.V.* Validating the Children's Sleep Habits Questionnaire against polysomnography and actigraphy in school-aged children // *Frontiers in Psychiatry.* 2015. Vol. 5. P. 188. DOI:10.3389/fpsy.2014.00188

24. Mindell J.A., Owens J.A. A clinical guide of pediatric sleep: diagnosis and management of sleep. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2010. 431 p.
25. Morin C.M. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press, 1993. 238 p.
26. O'Brien, L.M. The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents // Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009. Vol. 18. № 4. P. 813—823. DOI:10.1016/j.chc.2009.04.008
27. Orgilés M., Owens J., Espada J.P., Piqueras J.A., Carballo J.L. Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties // Child: care, health and development. 2013. Vol. 39. № 2. P. 288—295. DOI:10.1111/j.1365-2214.2012.01389.x
28. Owens J. Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders // Primary Care. 2008. Vol. 35. № 3. P. 533—546. DOI:10.1016/j.pop.2008.06.003
29. Owens J.A. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey // Pediatrics. 2001. Vol. 108. № 3. P. E51. DOI:10.1542/peds.108.3.e51
30. Owens J.A., Spirito A., McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children // Sleep. 2000a. Vol. 23. № 8. P. 1043—1051.
31. Owens J.A., Spirito A., McGuinn M. Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children // J Dev Behav Pediatr. 2000b. Vol. 21. № 1. P. 27—36. DOI:10.1097/00004703-200002000-00005
32. Owens J. A., Maxim R., Nobile C., McGuinn M., Msall M. Parental and self-report of sleep in children with attentiondeficit — hyperactivity disorder // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2000. Vol. 154. P. 549—555.
33. Quach J., Hiscock H., Canterford L., Wake M. Outcomes of child sleep problems over the school-transition period: Australian population longitudinal study // Pediatrics. 2009. Vol. 123. P. 1287—1292.
34. Sadeh A., Mindell J.A., Luedtke K., Wiegand B. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study // J Sleep Res. 2009. Vol. 18. № 1. P. 60—73. DOI:10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x
35. Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D., Neubauer D.N., Heald J.L. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline // J Clin Sleep Med. 2017. Vol. 13. № 2. P. 307—349. DOI:10.5664/jcsm.6470
36. Simola P., Niskakangas M., Liukkonen K., Virkkula P., Pitkäranta A., Kirjavainen T., Aronen E.T. Sleep problems and daytime tiredness in Finnish preschool-aged children—a community survey // Child Care Health Dev. 2010. Vol. 36. № 6. P. 805—811. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01112.x
37. Wake M., Morton-Allen E., Poulakis Z., Hiscock H., Gallagher S., Oberklaid F. Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: Prospective community-based study // Pediatrics. 2006. Vol. 117. P. 836—842.

## REFERENCES

1. Krichevets A.N., Korneev A.A., Rasskazova E.I. *Osnovy statistiki dlya psikhologov [Statistics basics for psychologists]*. Moscow: Akropol', 2019. (In Russ.).

- Poluektov M.G. Narusheniya sna v detskom vozraste: prichiny i sovremennaya terapiya [Sleep disorders in childhood: reasons and modern therapy]. *Effektivnaya farmatoterapiya = Effective pharmacotherapy*, 2012. No. 1, pp. 3—10. (In Russ., abstr. in Engl).
- Strygin K.N., Poluektov M.V. Insomnii [Insomnia]. *Meditsinskii sovet = Medical advice*, 2017. Pp. 53—58. DOI:10.21518/2079-701X-2017-0-52-58. (In Russ.).
- Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti [Psychology of corporality]*. Moscow: Smysl, 2002. (In Russ.).
- Rasskazova E.I. Ispol'zovanie elektronnykh gadzhetov vecherom i noch'yu kak povedencheskii faktor zhalob na narusheniya sna [Use of electronic gadgets in the evening and at night as behavioral factor of sleep-related complaints]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova. Rasstroistva sna. Vypusk no. 2 = Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Sleep disorders. Issue no. 2.*, 2019. Vol. 119, no. 4, pp. 36—43. (In Russ., abstr. in Engl).
- Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. *Klinicheskaya psikhologiya sna i ego narushenii [Clinical psychology of sleep and sleep disorders]*. Moscow: Smysl, 2012. (In Russ.).
- Soldatova G.U., Rasskazova E.I., Vishneva, A.E., Chigar'kova, S.V. *Rozhdennye tsifrovymi: semeinyi kontekst i kognitivnoe razvitiye [Born digital: family context and cognitive development.]*. Moscow: Akropol', 2022. (In Russ.).
- Becker S.P. External validity of children's self-reported sleep functioning: associations with academic, social, and behavioral adjustment. *Sleep Med*, 2014. Vol. 15, no. 9, pp. 1094—1100. DOI:10.1016/j.sleep.2014.06.001
- Bladder J.C., Koplewicz H.S., Abikoff H., Foley C. Sleep problems of elementary school children: a community survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997. Vol. 151, pp. 473—480.
- Byars K.C., Yolton K., Rausch J., Lanphear B., Beebe D.W. Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 2012. Vol. 129, no. 2, pp. e276—84. DOI:10.1542/peds.2011-0372
- Chervin R.D., Archbold K.H., Panahi P., Pituch K.J. Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics. *Pediatrics*, 2001. Vol. 107, no. 6, pp. 1375—1380.
- Cumming E.M., Koss K.J., Bergman K.N. Assessment of family functioning / In: M. El-Sheikh (Ed.). *Sleep and development. Familial and socio-cultural considerations*. N.-Y.: Oxford University Press, 2011. Pp. 329—354.
- Dewald J.F., Meijer A.M., Oort F.J., Kerkhof G.A., Bögels S.M. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: a meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 2010. Vol. 14, pp. 179—189.
- Friman P.C., Schnoes C.J. Pediatric Prevention: Sleep Dysfunction. *Pediatr Clin North Am.*, 2020. Vol. 67, no. 3, pp. 559—571. DOI:10.1016/j.pcl.2020.02.010
- Hart C.N., Palermo T.M., Rosen C.L. Health related quality of life among children presenting to a pediatric sleep disorders clinic. *Behavioral Sleep Medicine*, 2005. Vol. 3, pp. 4—17.
- Hochadel J., Frölich J., Wiater A., Lehmkuhl G., Fricke-Oerckermann L. Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal

- behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology*, 2014. Vol. 47, no. 2, pp. 119—126. DOI:10.1159/000345403
17. Hoedlmoser K., Kloesch G., Wiater A., Schabus M. Self-reported sleep patterns, sleep problems, and behavioral problems among school children aged 8—11 years. *Somnologie*, 2010. Vol. 14, pp. 23—31.
  18. Keller P.S. Sleep and attachment / In: M. El-Sheikh (Ed.). *Sleep and development. Familial and socio-cultural considerations*. N.-Y.: Oxford University Press, 2011. Pp. 49—78.
  19. Kudryashov D., Rasskazova E., Tkhostov A., Ivanenko A. Validation of Russian version of the children's sleep habits questionnaire (CSHQ). *Sleep Medicine*, 2017. Vol. 40, no. S1, pp. E171. <http://dx.DOI.org/10.1016/j.sleep.2017.11.501>
  20. Lam P., Hiscock H., Wake M. Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well being. *Pediatrics*, 2003. Vol. 111, pp. e203—e207.
  21. Lewien C., Genuneit J., Meigen C., Kiess W., Poulain T. Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents. *BMC Pediatr*, 2021. Vol. 21, no.1, pp. 82. DOI:10.1186/s12887-021-02529-y.
  22. Liu X., Liu L., Owens J. A., Kaplan D. L. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, 2005. Vol. 115, pp. 241—249.
  23. Markovich A.N., Gendron M.A., Corkum P.V. Validating the Children's Sleep Habits Questionnaire against polysomnography and actigraphy in school-aged children. *Frontiers in Psychiatry*, 2015. Vol. 5, pp. 188. DOI:10.3389/fpsyt.2014.00188
  24. Mindell J.A., Owens J.A. *A clinical guide of pediatric sleep: diagnosis and management of sleep*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2010.
  25. Morin C.M. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press, 1993.
  26. O'Brien, L.M. The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 2009. Vol. 18, no. 4, pp. 813—823. DOI:10.1016/j.chc.2009.04.008
  27. Orgilés M., Owens J., Espada J.P., Piqueras J.A., Carballo J.L. Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties. *Child: care, health and development*, 2013. Vol. 39, no. 2, pp. 288—295. DOI:10.1111/j.1365-2214.2012.01389.x
  28. Owens J. Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Primary Care*, 2008. Vol. 35, no. 3, pp. 533—546. DOI:10.1016/j.pop.2008.06.003
  29. Owens J.A. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics*, 2001. Vol. 108, no. 3, pp. E51. DOI:10.1542/peds.108.3.e51.
  30. Owens J.A., Spirito A., McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 2000a. Vol. 23, no. 8, pp. 1043—1051.
  31. Owens J.A., Spirito A., McGuinn M. Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatr*, 2000b. Vol. 21, no. 1, pp. 27—36. DOI:10.1097/00004703-200002000-00005
  32. Owens J.A., Maxim R., Nobile C., McGuinn M., Msall M. Parental and self-report of sleep in children with attentiondeficit — hyperactivity disorder. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*, 2000c. Vol. 154, pp. 549—555.

33. Quach J., Hiscock H., Canterford L., Wake M. Outcomes of child sleep problems over the school-transition period: Australian population longitudinal study. *Pediatrics*, 2009. Vol. 123, pp. 1287—1292.
34. Sadeh A., Mindell J.A., Luedtke K., Wiegand B. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *J Sleep Res.*, 2009. Vol. 18, no 1, pp. 60—73. DOI:10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x.
35. Sateia M.J., Buysse D.J., Krystal A.D., Neubauer D.N., Heald J.L. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*, 2017. Vol. 13, no. 2, pp. 307—349. DOI:10.5664/jcsm.6470
36. Simola P., Niskakangas M., Liukkonen K., Virkkula P., Pitkäranta A., Kirjavainen T., Aronen E.T. Sleep problems and daytime tiredness in Finnish preschool-aged children—a community survey. *Child Care Health Dev*, 2010. Vol. 36, no. 6, pp. 805—811. DOI:10.1111/j.1365-2214.2010.01112.x
37. Wake M., Morton-Allen E., Poulakis Z., Hiscock H., Gallagher S., Oberklaid F. Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: Prospective community-based study. *Pediatrics*, 2006. Vol. 117, pp. 836—842.

#### **Информация об авторах**

*Рассказова Елена Игоревна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), старший научный сотрудник отдела медицинской психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

*Боташева Татьяна Леонидовна*, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела, Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»), г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5136-1752>, e-mail: [t\\_botasheva@mail.ru](mailto:t_botasheva@mail.ru)

*Кудряшов Дмитрий Витальевич*, выпускник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2922-5583>, e-mail: [kudryashov\\_dv@icloud.com](mailto:kudryashov_dv@icloud.com)

*Железнякова Елена Васильевна*, кандидат медицинских наук, научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела, Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»), г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4496-6387>, e-mail: [elena.Gel.1961@yandex.ru](mailto:elena.Gel.1961@yandex.ru)

*Заводнов Олег Павлович*, кандидат биологических наук, научный сотрудник акушерско-гинекологического отдела, Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»), г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9555-2267>, e-mail: [ozz2007@mail.ru](mailto:ozz2007@mail.ru)

*Васильева Валентина Валерьевна*, доктор биологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник педиатрического отдела, Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии (ФГБУ «РНИИАиП»), г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5948-6605>, e-mail: [v.vasiljeva1965@mail.ru](mailto:v.vasiljeva1965@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Elena I. Rasskazova*, PhD in Psychology, Associate Professor, Clinical Psychology Department, Lomonosov Moscow State University, Senior Researcher, Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>, e-mail: [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

*Tatiana L. Botasheva*, MD, PhD, Chief Researcher, the Obstetrics and Gynecology Department, Research Institute of Obstetrics and Pediatrics of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5136-1752>, e-mail: [t\\_botasheva@mail.ru](mailto:t_botasheva@mail.ru)

*Dmitry V. Kudryashov*, graduate, Clinical Psychology Department, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2922-5583>, e-mail: [kudryashov\\_dv@icloud.com](mailto:kudryashov_dv@icloud.com)

*Elena V. Zheleznyakova*, Candidate of Medical Sciences, Researcher, the Obstetrics and Gynecology Department, Research Institute of Obstetrics and Pediatrics of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4496-6387>, e-mail: [elena.Gel.1961@yandex.ru](mailto:elena.Gel.1961@yandex.ru)

*Oleg P. Zavodnov*, Candidate of Biology, Researcher, the Obstetrics and Gynecology Department, Research Institute of Obstetrics and Pediatrics of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9555-2267>, e-mail: [ozz2007@mail.ru](mailto:ozz2007@mail.ru)

*Valentina V. Vasilieva*, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher, Pediatric Department, Research Institute of Obstetrics and Pediatrics of the Rostov State Medical University, Rostov-na-Donu, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5948-6605>, e-mail: [v.vasiljeva1965@mail.ru](mailto:v.vasiljeva1965@mail.ru)

Получена 13.08.2022

Received 13.08.2022

Принята в печать 15.01.2023

Accepted 15.01.2023

# ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ, САМОАКТИВАЦИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ МАТЕРЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДНОСТИ РЕБЕНКА КАК ВЫЗОВА

**М.А. ОДИНЦОВА**

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

**Д.В. ЛУБОВСКИЙ**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>,  
e-mail: lubovsky@yandex.ru

**Е.С. ГУСАРОВА**

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

**П.А. ИВАНОВА**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>,  
e-mail: ivanova.polina.andreevna@gmail.com

**Цель.** Исследование направлено на изучение проявлений жизнестойкости, самоактивации и копинг-стратегий матерей в зависимости от типа вызова, оценки его силы и от наличия/отсутствия инвалидности у их детей. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие женщины (N=271) в возрасте от 24 до 55 лет, из них 156 матерей здоровых детей и 115 матерей детей с инвалидностью. Использовались социобиографическая анкета, Методика самоактивации (М.А.



Одинцова, Н.П. Радчикова), Тест жизнестойкости (Е.Н. Осин, Е.И. Рассказова), Опросник COPE (Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин). **Результаты и выводы.** Выявлена связь социальных и демографических характеристик матерей и их оценок ситуации вызова. В качестве вызова матери детей с инвалидностью в основном рассматривают проблемы со здоровьем, матери здоровых детей — проблемы в межличностной и профессиональной сферах. Уровни жизнестойкости и самоактивации зависят от субъективных оценок силы вызова. Выявлена зависимость копинг-стратегий от субъективных оценок матерями силы вызова. Менее конструктивные копинг-стратегии (мысленный уход от проблемы, отрицание, поведенческий уход и др.) чаще используются матерями с высокой оценкой силы вызова; позитивное переформулирование, юмор и планирование чаще используются при низких оценках силы вызовов независимо от наличия в семье детей-инвалидов. Для матерей, воспитывающих детей с инвалидностью, характерны более низкие показатели физической активации, уровень которой ниже при высоких оценках силы вызова.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, самоактивация, копинг-стратегии, вызовы, сила вызова, матери детей с инвалидностью.

**Финансирование.** Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22-28-00820 («Психологические ресурсы социально уязвимых групп в условиях вызовов современности (на примере лиц с инвалидностью и их семей)»).

**Для цитаты:** Одинцова М.А., Лубовский Д.В., Гусарова Е.С., Иванова П.А. Жизнестойкость, самоактивация и копинг-стратегии матерей в условиях инвалидности ребенка как вызова // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 79—106. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310104>

## RESILIENCE, SELF-ACTIVATION AND COPING STRATEGIES OF MOTHERS IN THE FACE OF THEIR CHILDREN'S DISABILITY

MARIA A. ODINTSOVA

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>,

e-mail: mari505@mail.ru

DMITRY V. LUBOVSKY

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>,

e-mail: lubovsky@yandex.ru

## ELENA S. GUSAROVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>,

e-mail: bondarevae@fdomgppu.ru

## POLINA A. IVANOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>

e-mail: ivanova.polina.andreevna@gmail.com

**Aim.** The study is focused on studying the manifestations of resilience, self-activation and coping strategies of mothers depending on the type of challenge, assessment of its strength and the presence/absence of disability in their children.

**Materials and methods.** The study involved women (N=271) aged 24 to 55 years, including 156 mothers of healthy children and 115 mothers of children with disabilities. A socio-biographical questionnaire and a package of techniques were used: Self-activation technique (M.A. Odintsova, N.P. Radchikova); Resilience test (E.N. Osin, E.I. Rasskazova); SORET questionnaire (E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, E.N. Osin). **Results and conclusions.** The relationship between the social and demographic characteristics of mothers and their assessments of the situation of the call is revealed. Less constructive coping strategies (mental withdrawal from the problem, denial, behavioral care, etc.) are more often used by mothers with a high assessment of the strength of the challenge; positive reformulation, humor and planning are more often used with low assessments of the strength of the challenges, regardless of the presence of disabled children in the family. Mothers raising children with disabilities are characterized by lower rates of physical activation, the level of which is lower with high estimates of the strength of the challenge.

**Keywords:** resilience, self-activation, coping strategies, challenges, the power of challenge, mothers of children with disabilities.

**Funding.** The reported study was funded by Russian Science Foundation (RSF), project number 22-28-00820 (Psychological resources of socially vulnerable groups in the face of modern challenges (on the example of people with disabilities and their families).

**For citation:** Odintsova M.A., Lubovsky D.V., Gusarova E.S., Ivanova P.A. Resilience, self-activation and coping strategies of mothers in the of their children's disability. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 79–106. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310104> (In Russ.).

## Введение

Матери детей с инвалидностью, сталкиваясь с постоянными стрессами, «живут на пределе своих возможностей» [28]. К многочисленным трудностям относят: финансовые проблемы [23]; проблемы с собственным

психическим здоровьем и «многомерной усталостью» [26; 34; 37]; социальную изоляцию и стигматизацию [22, 41]; одиночество [35]; сложность воспитания детей [38]; ролевую перегрузку, ролевое напряжение и ролевые конфликты при выполнении своих многочисленных обязанностей [30]; неудовлетворенность браком, семейное неблагополучие [27] и т. п.

По утверждению D. Bedevy [19], «предел возможностей» матерей детей с инвалидностью включает в себя совокупность напряженностей: 1) физическую, обусловленную высокой физической нагрузкой и истощением организма; 2) эмоциональную, связанную с чувством вины, попытками сбалансировать свое внимание между ребенком с инвалидностью и другими значимыми людьми; 3) социально-экономическую (социальная изоляция, недостаток средств); 4) социально-педагогическую (трудности воспитания ребенка). Данное сочетание напряженностей характеризует лиминальный (от англ. limit — «предел») период жизни, отличающийся крайней насыщенностью психологических переживаний, или «лиминальное состояние», в терминологии Е.Е. Сапоговой [11]. Не являясь людьми с инвалидностью, матери глубоко переживают инвалидность своего ребенка и как бы «сливаются» с ним [43]. Отсюда свойственные им амбивалентность, размытость идентичности, постоянный поиск себя «новых» в новой, заставляющей меняться ситуации. Однако пребывание в лиминальном состоянии стимулирует активность, заставляет проектировать себя, моделировать будущее своей семьи и ребенка с инвалидностью. В целом, вхождение в лиминальную фазу жизни проживается как глубоко личное драматическое событие, как экзистенциальный вызов, расшатывающий устоявшуюся систему ценностей, смыслов и отношений [11].

С таким вызовом сталкиваются все без исключения семьи, имеющие детей с инвалидностью. В понимании современных ученых, вызов — это не только испытание, проблема, но и посыл, «сигнал к пробуждению» [4], психологическая задача, включающая разные ситуации и события [14], а также необходимость личностного роста для решения жизненных задач [5], требования своевременности качественного ответа (готовность оценить, осознать, понять ситуацию и ее сигналы, а также дать адекватный ответ) [3]. Жизненные ситуации, становящиеся вызовами, классифицируют по сферам жизни: вызовы, связанные с материально-бытовой, профессиональной, межличностной, внутриличностной, социальной сферами; вызовы, связанные с угрозой жизни и здоровью, в том числе инвалидность ребенка [2]. Инвалидность ребенка как вызов становится особым «сигналом к пробуждению» всех ресурсов семьи, центральная роль в котором отводится матери. Весь груз ответственности по воспитанию, обучению, уходу, постоянному лечению и реабилитации таких детей ложится преимущественно на матерей. По мнению Д.А. Леонтьева и Л.А. Александровой, способы жизни матерей, конечно, могут определяться здоровьем/

болезнью их ребенка, но «... могут принимать различные формы в зависимости от интерпретации человеком стоящих перед ним вызовов и сознательно либо бессознательно выбираемой им стратегии ответа» [6, с. 115], который может быть не всегда адекватным.

Внутренней опорой для адекватного ответа матери на инвалидность ребенка как вызов становятся предпочитаемые ею способы совладания (копинг-стратегии) и психологические ресурсы, среди которых необходимо выделить жизнестойкость и самоактивацию. Это независимые, но взаимосвязанные конструкты: жизнестойкость смягчает влияние стресса на здоровье, связана положительно с адаптивным копингом и отрицательно — с неадаптивным [46]; использование эмоциональной и социальной поддержки, активное совладание, планирование помогают сохранить устойчивость к стрессам [29], которая во многом определяется средой [24]; позитивная переоценка, принятие ответственности, конфронтация, поиск социальной поддержки сопутствуют посттравматическому росту таких родителей [12], а уровень жизнестойкости матерей детей с инвалидностью не отличающийся от уровня жизнестойкости матерей типично развивающихся детей [24], является достойным ответом на инвалидность ребенка как вызов. Самоактивация понимается нами как личностный ресурс, базирующийся на: 1) самостоятельности при решении жизненно важных задач, 2) личностной и поведенческой активности и 3) стремлении к сохранению оптимального функционального и эмоционального состояний [7].

Выбор матерями недостаточно адекватных ответов на вызовы обусловлен сниженным уровнем их жизнестойкости [13], недостаточным принятием вызова (принятием риска) [8; 15], восприятием симптомов болезни своих детей с большей интенсивностью, т. е. силой вызова [36], заменой проблемно-ориентированных копингов на деструктивные и эмоционально-ориентированные [16], сниженной физической активностью на фоне безжалостной по отношению к матерям необходимостью повседневной заботы [44].

Изучение уникального, неповторимого опыта матерей детей с инвалидностью, переживаемого как пограничная («лиминальная») ситуация, важно для разработки стратегий адресной психологической помощи тем матерям, которые только начинают осваивать такой опыт и матерям здоровых детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации и переживают ее как предельную, т. е. вынуждающую жить на пределе своих возможностей [28].

Таким образом, большое значение для науки и психологической практики приобретает проблема интерпретации матерями стоящих перед ними вызовов (их типов, характеристик, их силы/слабости) и выбираемых ими стратегий ответа. Это значение подтверждается посылом одной из участниц нашего исследования, матери ребенка с инвалидно-

стью, которая отметила: «*Вызовы — это ситуации, которые не совпадают с моим прогнозом будущего и запланированными событиями. Вызовы могут быть слабыми и сильными и зависят от влияния такого отличия на мой ответ и конечный результат*».

Данный посыл стал центральным для нашего исследования и помог определить его цель и задачи.

**Цель** — исследование психологических особенностей ответа матерей (проявления жизнестойкости, самоактивации и копинг-стратегий) в зависимости от типа вызова, оценки его силы и от наличия/отсутствия инвалидности у ребенка.

#### **Задачи исследования.**

1. Сравнение социальных и демографических характеристик (наличие/отсутствие в семье ребенка с инвалидностью, полная/неполная семья) матерей с низкими («слабый» вызов) и высокими («сильный» вызов) оценками общей трудности ситуации;

2. Анализ выраженности самоактивации, жизнестойкости и копинг-стратегий как ответов матерей на вызовы в зависимости от оценок их силы и наличия в семье ребенка с инвалидностью.

**Гипотезы исследования:** 1) оценки ситуации вызова матерями детей-инвалидов зависят от их социальных и демографических характеристик; матери детей-инвалидов склонны к более высокой оценке силы вызова; 2) самоактивация, жизнестойкость и копинг-стратегии как ответы матерей на вызовы зависят от оценок их силы и наличия в семье ребенка с инвалидностью.

Исследование было проведено с помощью Яндекс-форм. Участники получали ссылку на онлайн-опрос, которая распространялась через социальные сети. Все участники получили информацию о целях исследования и дали информированное согласие на участие. Исследование было одобрено Этическим комитетом МГППУ, Протокол № 12 от 15.03.2022.

## **Метод**

### **Методики исследования**

1. Социо-биографическая анкета (пол, возраст, количество детей в семье, возраст детей, полная/неполная семья), включающая вопрос о наличии в семье ребенка с инвалидностью. При утвердительном ответе задавались вопросы о диагнозе (если это приемлемо для респондентов), возрасте ребенка при постановке диагноза, о сопутствующих нарушениях, способности ребенка к самообслуживанию (отсутствует, частично себя обслуживает, полностью себя обслуживает). В тексте анкеты имелась просьба подумать и определить, какую жизненную ситуацию можно назвать вызовом, и написать, что это за ситуация. Затем по 10-бальной шкале нужно

было определить уровень трудности, стрессогенности, непредсказуемости, неподконтрольности, безысходности обозначенной ситуации.

2. Методика самоактивации (М.А. Одинцова, Н.П. Радчикова) для изучения самостоятельности, физической и психологической активности [7].

3. Тест жизнестойкости (Е.Н. Осин, Е.И. Рассказова) [9] для обнаружения таких ресурсов, как вовлеченность, контроль и принятие риска.

4. Опросник COPE (Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин) [10] для анализа основных копинг-стратегий.

**Статистический анализ** проводился с использованием пакета SPSS 21.0. Для выделения групп матерей с разной силой вызова использовался кластерный анализ методом *k*-средних, для анализа различий по количественным переменным между группами матерей — *t*-критерий Стьюдента, однофакторный дисперсионный анализ с последующим апостериорным критерием Дункана (2-way ANOVA); по качественным —  $\chi^2$ ; для изучения влияния силы вызова и наличия ребенка с инвалидностью на выраженность жизнестойкости, самоактивации и копинг-стратегий — двухфакторный дисперсионный анализ.

### Выборка

В исследовании приняла участие 271 женщина в возрасте от 24 до 55 лет, из них 156 матерей здоровых детей и 115 матерей детей с инвалидностью. 78,3% матерей детей с инвалидностью и 85,9% матерей здоровых детей воспитывают детей в полных семьях (табл. 1).

Таблица 1

### Социодемографические характеристики матерей

Характеристики	Матери здоровых детей ( <i>n</i> =156)		Матери детей с инвалидностью ( <i>n</i> =115)		Статистика критерия	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Возраст	34,4	8,2	35,0	8,3	<i>t</i> =0,603	0,547
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
В браке	134	85,9	90	78,3	$\chi^2=2,693$	0,070
Количество детей:					$\chi^2=11,186$	0,004**
1 ребенок	53	34	35	30,4		
2 ребенка	74	47,4	73	63,5		
3 и более	29	18,6	7	6,1		

Примечания: «\*\*» — различия значимы на уровне  $p < 0,01$ .

Между группами матерей детей с инвалидностью и без инвалидности не выявлены статистически значимые различия по возрасту, семейному положению, но обнаружены различия по количеству детей в семье: более 60% матерей детей с инвалидностью и около половины матерей здоровых детей имеют по два ребенка. Многодетных семей, воспитывающих здоровых детей, значительно больше, чем многодетных семей с ребенком с инвалидностью (табл. 1).

Почти все дети-инвалиды имеют врожденную инвалидность: неврологические заболевания (ДЦП) с сопутствующими единичными нарушениями (двигательными) (14,8% детей), общие расстройства психического развития с нарушениями речи, интеллекта (детский аутизм) (13,9% детей), тяжелые нарушения слуха у двоих детей (1,7%), у четырех (3,5%) — врожденный порок сердца. Большинство детей с инвалидностью (63,5%) имеют сочетанные нарушения (более трех нарушений одновременно) на фоне тяжелой формы ДЦП или аутизма (табл. 2).

Таблица 2

**Тип заболевания, сопутствующие нарушения, срок инвалидности, способность к самообслуживанию у детей**

Характеристики		<i>n</i>	%
Тип заболевания	Сопутствующие нарушения		
Заболевания опорно-двигательного аппарата (ДЦП)	Двигательные	17	14,8
Множественные (сочетанные) нарушения	Нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения зрения, слуха, речи, психики, нарушения интеллекта	73	63,5
Общие расстройства психологического развития (аутизм)	Речи, интеллекта	16	13,9
Нарушение слуха	Речи	2	1,7
Заболевания внутренних органов	Врожденный порок сердца	4	3,5
Не указан	Не указан	3	2,6
Характеристики		<i>n</i>	%
Способность ребенка к самообслуживанию	Отсутствует	42	36,5
	Частично себя обслуживает	53	46,1
	Полностью себя обслуживает	17	14,8
	Нет ответа	3	2,6

Характеристики		<i>n</i>	%
Возраст детей	От года до 6 лет	35	30,4
	От 7 до 11 лет	47	40,9
	От 12 до 18 лет	23	20
	От 19 до 31 года	10	8,7
Характеристики		<i>M</i>	<i>SD</i>
Срок инвалидности	От рождения до 31 года	8,6	5,9

На отсутствие способности ребенка к самообслуживанию указали более трети матерей детей с инвалидностью; полностью себя обслуживают только около 15% детей с инвалидностью. При этом различий в возрасте детей, способных к самообслуживанию, не обнаружено ( $\chi^2=10,183$   $p=0,117$ ), но обнаружены различия в типе заболевания ( $\chi^2=31,006$   $p=0,001$ ). Как и следовало ожидать, более чем у половины детей с сочетанными нарушениями (52,1%) способность к самообслуживанию отсутствует, более трети (35,6%) детей этой группы частично себя обслуживают. Полностью себя обслуживают все дети с нарушениями слуха. При заболеваниях внутренних органов и ДЦП с единичными нарушениями 75% детей частично себя обслуживают, при аутизме — в 68,8% случаев.

## Результаты

На основании средних оценок трудности, стрессогенности, непредсказуемости, неподконтрольности, безвыходности ситуации-вызова были выделены две группы матерей (метод *k*-средних). В первую группу (низкий уровень трудности или «слабый» вызов) вошли 116 матерей, которые оценили трудность ситуации в среднем в 4,98 балла. Во вторую группу были включены 155 матерей, оценивших трудность ситуации в 8,01 балла (высокий уровень трудности или «сильный» вызов) (табл. 3).

Подавляющее большинство матерей детей с инвалидностью (75,7%) вошли в группу с высокими оценками вызовов, в то время как матерей здоровых детей в этой группе меньше половины (43,6%). В группу с низкими оценками ситуаций-вызовов попало около четверти матерей детей с инвалидностью и более половины матерей здоровых детей. Группы женщин с разными оценками силы вызова различались по семейному статусу: для большинства матерей (69,4%), воспитывающих детей в неполных семьях, обозначенная ими ситуация стала «сильным вызовом» (табл. 3). Анализ данных при помощи критерия  $\chi^2$  показал, что различия значимы ( $p=0,039$ ).

Попарное сравнение двух групп матерей вне зависимости от силы вызова показало, что матери детей с инвалидностью, в отличие от



Таблица 3

**Оценка матерями трудности ситуаций-вызовов  
 в зависимости от силы «вызова», наличия/отсутствия в семье  
 ребенка с инвалидностью, состава семьи**

Характеристики ситуации-вызова	Группы				Статистика критерия	p
	«Слабый вызов» (n=116)		«Сильный вызов» (n=155)			
	M	SD	M	SD	t	
Трудность	6,2	2,23	8,7	1,54	t = -11,1	0,000**
Стрессогенность	6,5	2,5	9,0	1,3	t = -10,8	0,000**
Непредсказуемость	5,0	2,3	8,5	1,8	t = -13,6	0,000**
Неподконтрольность	5,1	2,0	8,0	1,8	t = -12,7	0,000**
Безвыходность	2,2	2,2	5,9	2,9	t = -12,5	0,000**
Среднее значение	5,0	1,2	8,0	0,9	t = -22,8	0,000**
<b>Группы матерей</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Матери детей с инвалидностью (МИ)	28	24,3	87	75,7	$\chi^2=27,797$	0,000**
Матери здоровых детей (МЗ)	88	56,4	68	43,6		
<b>Состав семьи</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Неполная семья (в разводе)	15	30,6	34	69,4	$\chi^2=3,632$	0,039*
Полная семья (в браке)	101	45,5	121	54,5		

Примечания: «\*» — различия значимы на уровне  $p < 0,05$ , «\*\*» — различия значимы на уровне  $p < 0,000$ .

матерей типично развивающихся детей, более высоко оценили трудность ситуации-вызова (8,3 и 7,01 баллов соответственно;  $p=0,000$ ), ее стрессогенность (8,4 и 7,5 баллов;  $p=0,001$ ) и непредсказуемость (8,1 и 6,1 баллов;  $p=0,000$ ). По характеристике «неподконтрольность» (7,0 и 6,5 баллов;  $p=0,085$ ) значимых различий не обнаружено. «Безвыходность» ситуации получила самую низкую оценку в обеих группах матерей (5,3 и 3,5 баллов) в сравнении с другими характеристиками вызова. Тем не менее, уровень этих оценок у матерей детей с инвалидностью значимо выше, чем у матерей здоровых детей ( $p=0,000$ ). Общий уровень трудности ситуации («сила вызова») оценивается значительно выше группой матерей детей с инвалидностью (7,4/6,2 баллов;  $p=0,000$ ).

На основе содержания обозначенных ситуаций и с учетом типологии, предложенной Е.В. Битюцкой [2], были выделены типы ситуаций-вызовов, связанные:

1) с материально-бытовой сферой (финансовые и жилищные трудности), например: «необходимость снимать жилье»; «нет денег на самое необходимое»; «потеря работы и дохода»; «решение материальных проблем в семье»;

2) профессиональной: «конкурентоспособность», «поиск работы мечты», «закончить обучение и найти себя в профессии»; «необходимость сохранить профессиональную активность и место в профессии, несмотря на маленьких детей»;

3) межличностной (развод, конфликты в семье, в том числе с детьми), например: «потеря психологической и физической связи с мужем»; «когда близкий человек начинает “учить жизни” (как делать какие-то бытовые мелочи), и так постоянно изо дня в день»; «влияние на моих детей неприятных и неблизких мне людей»;

4) внутриличностной (проблема выбора, ответственности, цели, борьбы и преодоления, одиночества), например: «я не могу найти, в чем мне самовыражаться»; «одиночество, отсутствие любви, помощи»; «когда происходит какая-то несправедливость»;

5) социальной (взаимодействие со школой, реабилитационными центрами; одновременно: обучение, развитие детей), например: «обучение невербального ребенка с тяжелой формой ДЦП»; «интеграция ребенка-инвалида в социум»; «реабилитация ребенка-инвалида»; «максимально приблизить ребенка к “нормам нормальности”»;

6) угрозой жизни и здоровью (болезнь близких, в большинстве случаев ребенка; смерть близких, в том числе ребенка, инвалидность ребенка), например: «это непредвиденная ситуация с рождением нашей особой дочки! Мы были совершенно не готовы к такому развитию жизни и нам пришлось поменять на 360 градусов свою жизнь ради ребенка»; «раннее рождение дочерей, болезнь одной из них и смерть другой»; «неизлечимое тяжелое заболевание ребенка, приводящее к тяжелой инвалидности и смерти»; «неизлечимая прогрессирующая болезнь ребенка»;

7) недостаточно определенной из-за недостатка информации, например: «не знаю... слово “вызов” очень пафосное. Есть просто жизнь, иногда ситуации посложнее, но и это тоже жизнь».

Ситуации-вызовы различались по уровню трудности ( $\chi^2=21,763$ ;  $p=0,001$ ). Самыми сильными (ср. оценка 7,4 балла) оказались вызовы, связанные с угрозой жизни и здоровью — эту группу пополнило около половины матерей, а самыми слабыми — вызовы в профессиональной и внутриличностной сферах (по 6,1 балла). Реже обозначались вызовы, связанные с материально-бытовой сферой, но их оценки ближе к высоким (табл. 4).

Сравнение двух групп при помощи критерия  $\chi^2$  показало, что матери детей с инвалидностью чаще обеспокоены проблемой здоровья, а матери здоровых детей — проблемами в межличностной и профессиональной сферах (табл. 4).

Таблица 4

**Субъективные оценки силы вызовов и их типов у матерей детей с инвалидностью и матерей здоровых детей**

Ситуации-вызовы по жизненным сферам	Группа со «слабым вызовом» (n=116)	Группа с «сильным вызовом» (n=155)	Средние оценки силы вызова по каждой из сфер	Матери здоровых детей (N=156)	Матери детей с инвалидностью (N=115)
Материально-бытовая	4,3%	5,2%	6,9	5,8%	2,6%
Профессиональная	<b>27,0%</b>	17,4%	6,1	<b>35,5%</b>	3,5%
Межличностная	19,1%	11,6%	6,6	<b>21,9%</b>	5,2%
Внутриличностная	13,9%	6,5%	6,1	12,3%	6,1%
Социальная	13,9%	14,2%	6,6	12,3%	16,5%
Угроза жизни и здоровью	20,9%	<b>45,2%</b>	<b>7,4</b>	<b>11,6%</b>	<b>66,1%</b>
Не определена	0,9%	0,0%	5,0	0,6%	0,0%
Итого	100,0%	100,0%	6,6	100,0%	100,0%
Различия в типах вызовов и в оценках	$\chi^2=21,763$ ; p=0,001		F=3,932; p=0,001	$\chi^2=105,398$ ; p=0,000	

Далее было необходимо выявить специфику ответа матерей на вызов (выраженность самоактивации, жизнестойкости и копинг-стратегий) в зависимости от оценок его силы и от наличия в семье ребенка с инвалидностью. Для этого был использован двухфакторный дисперсионный анализ с последующим апостериорным критерием Дункана (2-way ANOVA), в котором независимыми переменными выступали наличие/отсутствие детей с инвалидностью в семье и сила вызова. Описательная статистика по разным группам и результаты анализа представлены в табл. 5.

Анализ показал, что уровни самостоятельности, психологической активации, самоактивации, вовлеченности, контроля, принятия риска и жизнестойкости зависят не только от оценок силы вызова. Данные характеристики выше в группе матерей со «слабым вызовом» и ниже у матерей с высокой оценкой силы вызова. Физическая активация зависит от оценки силы вызова и от взаимодействия факторов: принадлежности к группе и оценки силы вызова. У матерей детей с инвалидностью физическая активация несколько ниже, чем у матерей здоровых детей, и значительно ниже при высокой оценке силы вызова.

Такие копинг-стратегии, как мысленный уход от проблемы, отрицание, поведенческий уход, использование успокоительных, зависят от оценки силы вызова и чаще используются группой с «сильным» вы-

Таблица 5  
 Выраженность самоактивации, жизнестойкости и копинг-стратегий в зависимости от группы и силы вызова

Характеристики	M±SD для матерей разных групп в зависимости от силы вызова		Статистические эффекты df = 1			
	Группы		Группа матерей	Сила вызова		
	Группы матерей	Группа с «слабым вызовом» МИ (n=28) МЗ (n=88)			Группа с «сильным вызовом» МИ (n=87) МЗ (n=68)	
Самостоятельность	МИ	17,4±3,8	15,2±4,2	F=0,001 p=0,931	F=12,62 p=0,000	F=0,227 p=0,634
	МЗ	17,1±4,0	15,4±3,9			
Физическая активация	МИ	17,1±4,2	15,6±4,3	F=1,288 p=0,257	F=21,16 p=0,000	F=4,084 p=0,044
	МЗ	17,8±3,7	16,2±4,4			
Психологическая активация	МИ	16,1±4,4	14,6±4,3	F=0,082 p=0,774	F=7,386 p=0,007	F=0,006 p=0,937
	МЗ	16,3±4,2	14,7±4,2			
Самоактивация	МИ	51,1±10,6	43,5±10,7	F=0,363 p=0,547	F=20,78 p=0,000	F=1,078 p=0,300
	МЗ	50,5±9,7	45,7±9,7			
Вовлеченность	МИ	21,5±6,1	17,7±5,5	F=0,542 p=0,462	F=19,50 p=0,000	F=1,85 p=0,668
	МЗ	21,7±5,6	18,6±6,1			
Контроль	МИ	16,2±4,1	12,3±4,3	F=0,042 p=0,838	F=28,97 p=0,000	F=1,347 p=0,247
	МЗ	15,6±4,5	13,1±4,4			
Принятие риска	МИ	12,2±4,0	9,3±3,0	F=2,803 p=0,095	F=33,15 p=0,000	F=0,582 p=0,446
	МЗ	126±3,3	10,4±3,3			
Жизнестойкость	МИ	49,8±13,2	39,3±11,4	F=0,736 p=0,392	F=30,14 p=0,000	F=0,661 p=0,417
	МЗ	49,9±12,6	42,1±12,7			
Мысленный уход	МИ	8,3±2,9	9,0±2,2	F=0,534 p=0,465	F=13,88 p=0,000	F=1,894 p=0,170
	МЗ	7,6±2,2	9,2±2,8			

Концентрация на эмоциях	МИ	11,3±3,2	12,6±2,7	F=2,785 p=0,096	F=4,783 p=0,03	F=1,192 p=0,276
	МЗ	12,4±2,9	12,8±2,8			
Отрицание	МИ	7,0±2,2	8,2±2,8	F=1,110 p=0,293	F=8,647 p=0,004	F=0,442 p=0,507
	МЗ	6,7±2,2	7,7±2,8			
Поведенческий уход	МИ	6,5±2,1	8,1±2,9	F=3,273 p=0,072	F=9,99 p=0,002	F=0,133 p=0,288
	МЗ	7,6±2,9	8,4±3,0			
Использование успокоительных	МИ	5,6±2,4	6,7±3,4	F=0,023 p=0,880	F=5,690 p=0,018	F=0,197 p=0,658
	МЗ	5,7±2,7	6,5±3,3			
Юмор	МИ	10,8±3,4	9,5±3,6	F=0,008 p=0,929	F=7,392 p=0,007	F=0,006 p=0,938
	МЗ	10,8±3,2	9,5±3,8			
Позитивное переформулирование	МИ	13,9±2,3	12,4±3,1	F=0,022 p=0,883	F=10,25 p=0,002	F=0,856 p=0,356
	МЗ	13,5±2,4	12,7±2,9			
Использование эмоциональной поддержки	МИ	11,1±3,5	11,1±3,5	F=4,222 p=0,041	F=1,321 p=0,251	F=1,427 p=0,233
	МЗ	12,6±3,0	11,5±3,7			
Принятие	МИ	13,1±2,8	14,0±2,3	F=8,136 p=0,005	F=0,239 p=0,626	F=3,724 p=0,055
	МЗ	12,8±2,5	12,3±2,9			
Планирование	МИ	14,6±1,5	14,3±2,0	F=2,837 p=0,093	F=4,771 p=0,030	F=0,567 p=0,452
	МЗ	14,4±1,8	13,6±2,7			
Активное со-владание	МИ	14,9±1,6	14,0±2,0	F=10,01 p=0,002	F=14,10 p=0,000	F=0,752 p=0,387
	МЗ	14,1±2,0	12,7±2,9			

Примечание: МИ — матери детей с инвалидностью; МЗ — матери здоровых детей.

зовом. Позитивное переформулирование, юмор и планирование также зависят от оценки силы вызова: при низких оценках вызовов данные стратегии используются чаще вне зависимости от наличия в семье детей с инвалидностью.

Использование эмоциональной социальной поддержки зависит от группы. Матери детей с инвалидностью значительно реже прибегают к стратегии эмоциональной поддержки, но чаще обращаются к стратегии принятия в отличие от матерей здоровых детей. При более высоких оценках силы вызова стратегия принятия чаще используется матерями детей с инвалидностью и реже матерями здоровых детей.

Активное совладание зависит от принадлежности матерей к группе и от оценок силы вызова, и ее чаще используют матери детей с инвалидностью вне зависимости от их оценок силы вызова и матери здоровых детей, давшие низкие оценки вызову. Подавление конкурирующих действий, использование инструментальной социальной поддержки, обращение к религии и сдерживание не зависят ни от одного из факторов.

При попарном сравнении групп матерей обнаружены различия в уровне физической активности ( $p=0,002$ ), вовлеченности ( $p=0,011$ ), контроле ( $p=0,015$ ), принятии риска ( $p=0,009$ ), жизнестойкости ( $p=0,002$ ), которые значительно ниже у матерей детей с инвалидностью. Матери детей с инвалидностью чаще применяют стратегии отрицания ( $p=0,019$ ), принятия ( $p=0,000$ ), активного совладания ( $p=0,019$ ), а матери здоровых детей чаще используют стратегию эмоциональной поддержки ( $p=0,014$ ).

## Обсуждение результатов

Выделение групп женщин в зависимости от их оценок силы/слабости вызова позволило убедиться, что для большинства матерей детей с инвалидностью сфера, связанная с угрозой жизни и здоровью, представляет наиболее значимый и «сильный» вызов в отличие от матерей здоровых детей, для которых важнее оказались вызовы профессиональной и межличностной сфер. Оценки трудности, стрессогенности, непредсказуемости ситуаций-вызовов значительно выше у матерей детей с инвалидностью. Полученные результаты согласуются с другими исследованиями, где показано, что родительский стресс значительно выше у матерей детей с тяжелой инвалидностью [40], которых в нашей выборке большинство, а также у матерей детей с отклонениями в развитии, в отличие от матерей типично развивающихся детей [34].

Матери, субъективно оценившие вызов как сильный, чаще используют копинг-стратегии мысленного ухода от проблемы, отрицания, поведенческого ухода, прием успокоительных, а оценивающие вызов как

слабый — позитивное переформулирование, юмор и планирование. Схожие данные были получены зарубежными коллегами [45]. Так, показано, что при чрезвычайно высоком уровне стресса значительно чаще используются все неконструктивные копинг-стратегии.

Матери детей с инвалидностью чаще обращаются к стратегии принятия в отличие от матерей здоровых детей. Исследователями обнаружено, что стратегия принятия в условиях инвалидности в семье препятствует негативным переживаниям [25] и становится достаточно эффективным ресурсом [17]. Принятие считается жизненно важной стратегией, подпитывающей материнскую ответственность, силу [33], помогает понять и признать то, что невозможно изменить. Оно связано с психологической гибкостью и устойчивостью [38], помогает перенаправить энергию на другие, более конструктивные действия, способствует активному преодолению трудностей и личностному росту [42].

Стратегия обращения за эмоциональной социальной поддержкой реже используется матерями детей с инвалидностью, что согласуется с исследованием А.М. Вујновска и соавторов [21], где данный факт объясняется добровольной социальной изоляцией родителей, имеющих ребенка с нарушениями развития. «Неизбежность судьбы» в плане изолированности от социума прослеживается и в исследовании Е. J. van der Mark и соавторов [33] как центральная тема в рассказах женщин. Поведенческую стратегию укрепления границы при лиминальности Е.Е. Сапогова объясняет «социофобическим капсулированием» в собственном внутреннем пространстве «...с тем, чтобы внешний мир как можно меньше стучался во внутренний» [11, с. 137]. Показаны причины нежелания обращаться за помощью: осуждение окружающих; стигматизация; смущение [18], неэффективность эмоциональной поддержки, предоставляемой узким кругом (членами семьи и друзьями) [20].

Вместе с тем обращение за эмоциональной поддержкой как выражение доверия, поиск сочувствия и понимания дает возможности для выражения негативных эмоций, снижает напряжение и улучшает психологическое благополучие матерей детей с инвалидностью, что не свойственно матерям нашей выборки. Однако обращение за инструментальной поддержкой им характерно в той же мере, как и матерям здоровых детей. Надежным источником такой поддержки являются медицинские работники [32], которые своими профессиональными советами по уходу за детьми с инвалидностью могут способствовать снижению стресса у матерей.

При более высокой оценке вызова у матерей детей с инвалидностью ниже физическая активность, но стратегия активного совладания при этом условии ниже только у матерей здоровых детей. Несмотря на то, что физическая активность является важнейшим фактором управления усталостью, совладания со стрессом и улучшения благополучия [44],

ежедневная, ставшая привычной и крайне трудоемкая работа матерей по уходу за их детьми с инвалидностью не снижает стратегию активного совладания, что не характерно для матерей здоровых детей, у которых при более высокой оценке вызова значительно ниже активность по его преодолению. Возможно, активное совладание как «добровольное самоиспытание» [11, с. 146] помогает матерям детей с инвалидностью делать свою жизнь более продуктивной. Это подтверждается и тем, что и у матерей детей с инвалидностью, и у матерей здоровых детей в иерархии копингов на первом месте созидательные стратегии преодоления: активное совладание, планирование, принятие и позитивное переформулирование, на последнем — использование успокоительных, что согласуется с исследованиями [1; 31].

Самоактивация и жизнестойкость зависят только от субъективной оценки силы вызова и существенно ниже у матерей при его более высокой оценке. Различия между группами матерей, обнаруженные при попарном сравнении, можно объяснить специфическим сочетанием и отрицания, и принятия, и активного совладания, что вполне вероятно при лиминальном состоянии матерей детей с инвалидностью, которые находятся в продолжительном процессе приобретения нового опыта.

Материнские переживания в их сложности, в том числе негативные и позитивные послы самих матерей, отраженные в их высказываниях, стали особенно ценным дополнением к количественным данным нашего исследования. Уже сама постановка вопроса в начале исследования стимулировала матерей к рефлексии; необходимо отметить, что жизнеутверждающих высказываний все же было больше:

*«Вызов... Наверное, когда врачи говорят НЕТ, все бесполезно, а ты сопротивляешься и, может, даже самой себе, но пытаешься доказать обратное»; «моя война — вызов мне: три вызова за последние три года научили меня быть смелой и получать от этого удовольствие».*

*«Не опустить руки, понять, что жизнь продолжается и просто жить и наслаждаться жизнью такой, какая она есть, с возникшей ситуацией».*

*«Вызов — это поставить на карту все и решить хранить семью ради ребенка, либо сделать глубокий вдох и уйти в свободное плавание».*

*«Имея ребенка с инвалидностью (ДЦП, не ползает, не ходит, ЗПР, эпилепсия), не впасть в уныние, не озлобиться на весь мир, научиться жить полной жизнью».*

*«Наступило время, когда нужно было многое решить и менять в своей жизни, а психологически состояние было разбитым, опустошенным. Каждый день приходилось брать себя в руки, хотя ни сна, ни сил не было. Но человек всегда тянется к свету, вот и я стала цепляться за все светлое, что было в моей жизни. Нужно было прожить, пройти этот этап, где-то заставлять себя. Потому что нужно жить».*



*«Для меня вызов — это ответ любовью на капризы и истерики моего ребенка».*

*«Я вдова, воспитываю дочку с особенностями, сейчас появляется возможность новой работы в новой сфере деятельности для меня. Это обстоятельство вынуждает меня разделить себя и дочку. Вызов — это когда необходимо научиться отпускать тотальный контроль над ребенком и доверить ей».*

*«...Вызов — это отвоевать свою “территорию”. И я ее отвоевала, наконец, а моя семья это приняла в итоге. Теперь у меня есть время и на мои дела тоже, и я их не отменяю без суперуважительной причины».*

Данные послы матерей детей с инвалидностью и без инвалидности оказались созвучны пониманию вызова как «сигнала к пробуждению» внутренних ресурсов, необходимости учета его силы в фазах и состояниях лиминальности. Как пишет Е.Е. Сапогова, «... суть переживания и преодоления лиминальности (соотносимого с прустовским «усилием жить») состоит в том, что, пережив этот период, субъект осознает себя заметно изменившимся, переставшим существовать в прежних привычных качествах, причем эти изменения произошли по его собственной воле, по его “хотению”. Переживание этой разницы в осознании “себя-наличного” и “себя-иного” может считаться реальным воплощением известной метафоры личностного роста» [11, с. 146].

Содержательный анализ высказываний матерей, прояснивший результаты статистической обработки данных, позволил сделать следующие **выводы**.

1. Исследование показало, что среди матерей с высокой субъективной оценкой силы вызова более половины составляют матери детей с инвалидностью. Для большинства матерей детей с типичным развитием характерна низкая оценка силы вызова. Более двух третей матерей, оценивших силу вызова высоко, воспитывают детей в неполной семье.

2. Как ситуацию вызова матери детей с инвалидностью в основном рассматривают проблемы со здоровьем, матери здоровых детей — проблемы в межличностной и профессиональной сферах.

3. Уровни жизнестойкости и самоактивации зависят от субъективных оценок силы вызова: у матерей с низкими оценками силы вызова они выше, чем в группе матерей с высокими оценками. Для матерей, воспитывающих детей с инвалидностью, характерен более низкий уровень физической активации, которая снижается при высоких оценках силы вызова.

4. Выявлена зависимость копинг-стратегий от субъективных оценок матерями силы вызова: в группе с высокими оценками широко распространены такие копинг-стратегии, как мысленный уход от проблемы, отрицание, поведенческий уход, использование успокоительных, нежели в группе с низкими оценками силы вызова. Для матерей с низкими оценками силы вызова более характерны: стратегия позитивного переформулирования, использование юмора и планирование.

## Заключение

Проведенное нами исследование имеет некоторые ограничения. Во-первых, полученные результаты стоит уточнить при пополнении выборки. Во-вторых, более развернутые ответы респонденток могли бы быть получены при устном, а не письменном опросе. Одной из перспектив исследований по данной проблеме является изучение особенностей оценивания матерями силы вызовов в условиях врожденной либо приобретенной инвалидности ребенка. Далее, сочетание количественных методов и содержательного анализа высказываний матерей о вызовах может значительно расширить и обогатить картину жизнестойкости, самоактивации в условиях вызовов, предпочтений конструктивных либо неконструктивных стратегий совладания. Полученные данные имеют также большую ценность для практики психологической помощи матерям детей с инвалидностью, женщинам, находящимся в трудных жизненных ситуациях, бросающих вызов их способностям к совладанию, а также тем, кто испытывает сильные опасения попасть в подобные ситуации. Результаты нашего исследования задают направления для дальнейшей проработки проблематики трудных жизненных ситуаций, понимаемых в качестве вызовов, степени их интенсивности, а также специфики психологических ресурсов для совладания. Прежде всего, матери детей с инвалидностью больше нуждаются в помощи при поиске ресурсов совладания с трудными ситуациями, чем матери детей с нормотипическим развитием. В консультировании и психотерапии им нужна помощь в поиске конструктивных ресурсов совладания с трудными ситуациями, поскольку они склонны оценивать силу вызова более высоко. Матерям, высоко оценивающим силу вызовов, возможно, необходима помощь в поиске конструктивных копинг-стратегий и внутренних ресурсов для их реализации. Наконец, на тренинговых занятиях для матерей методический прием, использованный нами в опросе (обозначение ситуации вызова и оценивание его силы), может применяться для инициирования групповой работы по идентификации трудных ситуаций, поиску внутренних ресурсов их преодоления и рефлексии копинг-стратегий, предпочитаемых участниками групп.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бакаева И.А., Новохатько Е.Н., Шевырева Е.Г. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с ДЦП и их родителей // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 180—196. DOI:10.17223/17267080/71/10
2. Битюцкая Е.В., Корнеев А.А. Субъективное оценивание трудной жизненной ситуации: диагностика и структура // Вопросы психологии. 2021. Том 67. № 4. С. 145—161.

3. Гришина Н.Г. Экзистенциальные проблемы человека как жизненный вызов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Вып. 4. 2011. С. 109—116.
4. Куфтяк Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. Том 28. № 5. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_5\\_28/nomer/nomer09.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_5_28/nomer/nomer09.php) (дата обращения: 04.10.2022).
5. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл. 2011. 675 с.
6. Леонтьев Д.А. Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Третья Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2010. С. 114—120.
7. Одинцова М.А., Радчикова Н.П. Разработка методики самоактивации личности // Психологические исследования. 2018. Том 11. № 58. С. 12. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/316> (дата обращения: 04.10.2022). DOI:10.54359/ps.v11i58.316
8. Орлова Е.А., Горскина И.Н. Особенности жизнестойкости и копинг-стратегий у женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации (на примере женщин, имеющих детей с ОВЗ) [Электронный ресурс] // Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2022. № 1. URL: <https://www.evestnik-mgou.ru/jour/article/view/201> (дата обращения: 04.10.2022).
9. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Моск. ун-та Сер. 14. Психология. 2013. № 2. С. 147—165.
10. Рассказова Е.И. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики Соре / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Том 10. № 1. С. 82—118.
11. Сапогова Е.Е. Психологическая помощь взрослым в лиминальных периодах // Развитие личности. 2016. № 2. С. 134—156.
12. Сергиенко А.И., Холмогорова А.Б. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 2. С. 8—26. DOI:10.17759/cpp.2019270202
13. Сороков Д.Г., Куликова И.С. Особенности привязанности, копинга и жизнестойкости матерей младших школьников с РАС: академический и психотехнический подходы к интерпретации и поддержке // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е.Василюка: сб. материалов. М.: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2020. С. 234—237.
14. Ташлыкова М.Б. Вызов и угроза: из естественного языка в общественно-политический дискурс — и обратно // Трансграничные вызовы национальному государству. СПб.: Интерсоцис, 2015. С. 81—101.

15. Токарская, Л.В., Тенкачева Т.Р., Лантева В.В. Исследование жизнестойкости родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями речи // Педагогическое образование в России. 2021. № 6. С. 80—90. DOI:10.26170/2079-8717\_2021\_06\_09
16. Шумская Н.А. Куликова Е.Г. Копинг-стратегии и психологические защиты матерей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2021. № 200. С. 125—134. DOI:10.33910/1992-6464-2021-200-125-135
17. Alberts H.J.E.M.; Schneider F., Martijn C. Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression // Cognition & Emotion. 2012. Vol. 26. № 5. P. 863—870. DOI:10.1080/02699931.2011.625402
18. Asa G.A., Faulk N.K., Ward P.R., Hawke K., Crutzen R., Mwanri L. Psychological, sociocultural and economic coping strategies of mothers or female caregivers of children with a disability in Belu district, Indonesia [Электронный ресурс] // PLoS One. 2021. Vol. 16. № 5. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.025127419> (дата обращения: 01.06.2022).
19. Bedewy D. Examining and measuring sources of stress in a sample of caregivers of children with special needs in Egypt: The Perception of Caregivers Stress Scale [Электронный ресурс] // Cogent Psychology. 2021. Vol. 8. № 1. URL: <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1911094> (дата обращения: 01.06.2022).
20. Bi X.B., He H.Z., Lin H.Y., Fan X.Z. Influence of Social Support Network and Perceived Social Support on the Subjective Wellbeing of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder [Электронный ресурс] // Frontiers in Psychology. 2022. 13. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835110> (дата обращения: 01.06.2022).
21. Bujnowska A.M., Rodriguez C., Garcia T., Areces D., Marsh N.V. Coping with stress in parents of children with developmental disabilities [Электронный ресурс] // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021. Vol. 21. № 3. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100254> (дата обращения: 01.06.2022).
22. Currie G., Szabo J. Social isolation and exclusion: the parents' experience of caring for children with rare neurodevelopmental disorders [Электронный ресурс] // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2020. Vol. 15. №1. URL: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1725362> (дата обращения: 01.06.2022).
23. Ejiri K., Matsuzawa A. Factors associated with employment of mothers caring for children with intellectual disabilities // International Journal of Developmental Disabilities. 2019. Vol. 65. № 4. P. 239—247. DOI:10.1080/20473869.2017.1407862
24. Fereidouni Z., Kamtyab A.H., Dehghan A., Khyali, Z., Ziapour A., Mehedi N., Toghroli R. A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran [Электронный ресурс] // Heliyon. 2021. Vol. 7. № 6. URL: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07285> (дата обращения: 01.06.2022).

25. *Furrukh J., Anjum G.* Coping with autism spectrum disorder (ASD) in Pakistan: A phenomenology of mothers who have children with ASD // *Cogent Psychology*. 2020. Vol. 7. № 1. DOI:10.1080/23311908.2020.1728108
26. *Geuze L., Goossensen A., Schrevel S.* «Continuously struggling for balance»: The lived experiences of Dutch parents caring for children with profound intellectual and multiple disabilities [Электронный ресурс] // *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2022. Published online: 29 May 2022. URL: <https://doi.org/10.3109/13668250.2022.2073707> (дата обращения: 01.06.2022).
27. *Hallberg U.* Differences in health and well-being of parents of children with disabilities [Электронный ресурс] // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2014. Vol. 9. № 1. URL: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24343> (дата обращения: 01.06.2022).
28. *Hallberg U., Klingberg G., Reichenberg K., Möller A.* Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2008. Vol. 3. № 1. P. 52—58. DOI:10.1080/17482620701705523
29. *Hallen R., Jongerling J., Godor B.P.* Coping and resilience in adults: a cross-sectional network analysis // *Anxiety, Stress & Coping*. 2020. Vol. 33. № 5. P. 479—496. DOI:10.1080/10615806.2020.1772969
30. *Kaniamattam M., Oxley J.* Unpacking the varied roles of mothers of children with developmental disabilities in South India // *Disability & Society*. 2022. Vol. 37. № 1. P. 38—62. DOI:10.1080/09687599.2021.1918540
31. *Kurowska A., Kózka M., Majda A.* 'How to cope with stress?' Determinants of coping strategies used by parents raising children with intellectual disabilities, other developmental disorders and typically developing children. A cross-sectional study from Poland // *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2021. Vol. 14. № 1. P. 23—49. DOI:10.1080/19315864.2020.1832166
32. *Maridal H.K., Bjørgeas H.M., Hagen K., Jonsbu E., Mahat P., Malakar S., Dørheim S.* Psychological Distress among Caregivers of Children with Neurodevelopmental Disorders in Nepal [Электронный ресурс] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. № 5. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052460> (дата обращения: 01.06.2022).
33. *Mark E.J., Conradie I., Dedding C.W.M., Broerse J.E.W.* 'We create our own small world': daily realities of mothers of disabled children in a South African urban settlement // *Disability & Society*. 2019. Vol. 34. № 1. P. 95—120. DOI:10.1080/09687599.2018.1511415
34. *Masefield S.C., Prady S.L., Sheldon T.A., Small N., Jarvis S., Pickett K.E.* The Caregiver Health Effects of Caring for Young Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis // *Maternal and Child Health Journal*. 2020. Vol. 24. № 5. P. 561—574. DOI:10.1007/s10995-020-02896-5
35. *Mbamba C.R., Ndemole I.K.* "I Paused My Life": Experiences of Single Mothers Caring for Their Autistic Children in Ghana // *Journal of Social Service Research*. 2021. Vol. 47. № 5. P. 659—669. DOI:10.1080/01488376.2021.1875966
36. *Miranda A., Mira A., Berenguer C., Rosello B. Baixauli I.* Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies [Электронный ресурс] // *Frontiers in*

- Psychology. 2019. Vol. 10. № 464. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464> (дата обращения: 01.06.2022).
37. *Mohammadi Z., Sadeghian E., Shamsaei F., Eskandari F.* Correlation Between the Mental Health and Relationship Patterns of Mothers of Children with an Intellectual Disability [Электронный ресурс] // *International Journal of Disability, Development and Education*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1895083> (дата обращения: 01.06.2022).
  38. *Montero-Marin J., Prado-Abril J., Piva Demarzo M.M., Gascon S., García-Campayo J.* Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9. № 2. DOI:10.1371/journal.pone.0089090
  39. *Munsell S.E., O'Malley L.* The Lived Experiences of Mothers of Children with Disabilities // *The New Educator*. 2019. Vol. 15. № 4. P. 269—280. URL: <https://doi.org/10.1080/1547688X.2019.1601315> (дата обращения: 01.06.2022).
  40. *Nathwani A.A., Lakhdir M.P.A., Hasnani F.B., Peerwani G., Bhura M., Azam S.I., Siddiqui A.R.* Factors Associated with Parenting Stress among Mothers of Children with Developmental Disabilities: A Cross-sectional Study // *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2021. Vol. 14. № 4. P. 375—387. DOI:10.1080/19315864.2021.1959688
  41. *Nazzal M.S., AL-Rawajfah O.M.* Lived experiences of Jordanian mothers caring for a child with disability // *Disability and Rehabilitation*. 2018. Vol. 40. № 23. P. 2723—2733. DOI:10.1080/09638288.2017.1354233
  42. *Ortega Y.M., Gomà-i-Freixanet M., Deu A. F.* The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 246. P. 808—814. DOI:10.1016/j.psychres.2016.10.031
  43. *Ryan S., Runswick-Cole K.* Repositioning mothers: mothers, disabled children and disability studies // *Disability & Society*. 2008. Vol. 23. № 3. P. 199—210. DOI:10.1080/09687590801953937
  44. *Smith M., Blamires J.* Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review // *Journal of Pediatric Nursing*. 2022. Vol. 64. P. 64—73. DOI:10.1016/j.pedn.2022.01.014
  45. *Stallman H.M., Beaudequin D., Hermens D.F., Eisenberg D.* Modelling the relationship between healthy and unhealthy coping strategies to understand overwhelming distress: A Bayesian network approach [Электронный ресурс] // *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021. Vol. 3. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100054> (дата обращения: 01.06.2022).
  46. *Williams, P.G., Wiebe, D.J., Smith, T.W.* Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health // *Journal of Behavioral Medicine*. 2004. Vol. 15. P. 237—255. DOI:10.1007/BF00845354

## REFERENCES

1. Bakaeva I.A., Novokhat'ko E.N., Shevyreva E.G. Zashchitnye mekhanizmy i koping-strategii u detei s DTsP i ikh roditelei [Defense mechanisms and coping strategies in children with cerebral palsy and their parents]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Psychological Journal*, 2019, no. 71, pp. 180—196. DOI:10.17223/17267080/71/10. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Bitiutskaja E.V., Korneev A.A. Sub"ektivnoe otsenivanie trudnoi zhiznennoi situatsii: diagnostika i struktura [Subjective assessment of a difficult life situation: diagnostics and structure]. *Voprosy psikhologii = Questions of Psychology*. 2021. Vol. 67, no. 4, pp. 145—161.
3. Grishina N.G. Ekzistentsial'nye problemy cheloveka kak zhiznennyi vyzov [Existential problems of an individual as a life challenge]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta = Bulletin of St. Petersburg University*, 2011. Vol. 12, no. 4, pp. 109—116.
4. Kuftiak E.V. Zhiznesposobnost' sem'i: teoriia i praktika [Family resilience: theory and practice] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaja psikhologiya v Rossii = Medical psychology in Russia*, 2014. Vol. 28, no. 5. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_5\\_28/nomer/nomer09.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_5_28/nomer/nomer09.php) (Accessed: 04.10.2022).
5. Leont'ev D.A. Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnostics]. M.: Smysl. 2011. 675 p.
6. Leont'ev D.A. Aleksandrova L.A. Vyzov invalidnosti: ot problemy k zadache [The Challenge of Disability: From Problem to Task]. *Tret'ia Vserossiiskaia nauchno-prakticheskaja konferentsiia po ekzistentsial'noi psikhologii: materialy soobshchenii = Third All-Russian Scientific and Practical Conference on Existential Psychology: materials of messages/* pod red. D.A. Leont'eva. M.: Smysl, 2010. Pp. 114—120.
7. Odintsova M.A., Radchikova N.P. Razrabotka metodiki samoaktivatsii lichnosti [Development of a methodology for personality self-activation]. *Psikhologicheskie issledovaniia = Psychological Studies*. 2018. Vol. 11, no. 58, 12 p. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/316> (Accessed: 04.10.2022). DOI:10.54359/ps.v11i58.316
8. Orlova E.A., Gorskina I.N. Osobennosti zhiznestoikosti i koping-strategii u zhenshchin, nakhodiashchikhsia v trudnoi zhiznennoi situatsii (na primere zhenshchin, imeiushchikh detei s OVZ) [Features of resilience and coping strategies in women in difficult life situations (on the example of women with children with disabilities)] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta = Bulletin of the Moscow State Regional University*, 2022. No. 1. URL: <https://www.evestnik-mgou.ru/jour/article/view/201> (Accessed: 04.10.2022).
9. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaia versiiia testa zhiznestoikosti: psikhometricheskie kharakteristiki i primenieie v organizatsionnom kontekste [A short version of the resilience test: psychometric characteristics and application in an organizational context]. *Vestnik Mosk. un-ta Ser. 14. Psikhologiya = Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology*, 2013. No. 2, pp. 147—165.
10. Rasskazova E.I. Koping-strategii v strukture deiatel'nosti i samoregulatsii: psikhometricheskie kharakteristiki i vozmozhnosti primeneniia metodiki Cope / E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, E.N. Osin [Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of using the Cope test]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki = Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 2013. Vol. 10, no. 1, pp. 82—118.
11. Sapogova E.E. Psikhologicheskaja pomoshch' vzroslym v liminal'nykh periodakh [Psychological assistance to adults in liminal periods]. *Razvitie lichnosti = Development of personality*, 2016. No. 2, pp. 134—156.

12. Sergienko A.I., Kholmogorova A.B. Posttravmaticheskii rost i koping-strategii roditel'ei detei s ogranichennymi vozmozhnostiami zdorov'ia [Post-traumatic growth and coping strategies of parents of children with disabilities]. *Konsul'tativnaia psikhologiya i psikhoterapiia = Consultative psychology and psychotherapy*, 2019. Vol. 27, no. 2, pp. 8–26. DOI:10.17759/cpp.2019270202
13. Sorokov D.G., Kulikova I.S. Osobennosti privyazannosti, kopinga i zhiznesteikosti materei mladshikh shkol'nikov s RAS: akademicheski i psikhotehnicheskii podkhody k interpretatsii i podderzhke [Features of attachment, coping and resilience of mothers of primary schoolchildren with ASD: academic and psychotechnical approaches to interpretation and support]. *II Mezhdunarodnaia konferentsiia po konsul'tivnoi psikhologu i psikhoterapii, posviashchennaia pamiati F.E. Vasiliuka: sb. materialov = II International Conference on Consultative Psychology and Psychotherapy, dedicated to the memory of F.E. Vasilyuk: coll. materials*, 2020. Pp. 234–237.
14. Tashlykova M.B. Vyzov i ugroza: iz estestvennogo iazyka v obshchestvenno-politicheskii diskurs — i obratno [Challenge and threat: from natural language to socio-political discourse — and vice versa]. *Transgranichnye vyzovy natsional'nomu gosudarstvu = Cross-border challenges to the national state*, SPb.: Intersotsis, 2015. Pp. 81–101.
15. Tokarskaia, L.V., Tenkacheva T.R., Lapteva V.V. Issledovanie zhiznesteikosti roditel'ei, vospityvaiushchikh detei s tiazhelymi narusheniiami rechi [Study of the Resilience of Parents Raising Children with Severe Speech Disorders]. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii = Pedagogical Education in Russia*, 2021. No. 6, pp. 80–90. DOI:10.26170/2079-8717\_2021\_06\_09
16. Shumskaia N.A., Kulikova E.G. Koping-strategii i psikhologicheskie zashchity materei, vospityvaiushchikh detei s tiazhelymi mnozhestvennymi narusheniiami razvitiia [Coping strategies and psychological protection of mothers raising children with severe multiple developmental disorders]. *Izvestiia Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena = Proceedings of the Russian State Pedagogical University. A.I. Herzen*, 2021. No. 200, pp. 125–134. DOI:10.33910/1992-6464-2021-200-125-135
17. Alberts H.J.E.M., Schneider F., Martijn C. Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 2012. Vol. 26, no. 5, pp. 863–870. DOI:10.1080/02699931.2011.625402
18. Asa G.A., Fauk N.K., Ward P.R., Hawke K., Crutzen R., Mwanri L. Psychological, sociocultural and economic coping strategies of mothers or female caregivers of children with a disability in Belu district, Indonesia. *PLoS One*, 2021. Vol.16, no. 5. DOI:10.1371/journal.pone.0251274
19. Bedewy D. Examining and measuring sources of stress in a sample of caregivers of children with special needs in Egypt: The Perception of Caregivers Stress Scale. *Cogent Psychology*, 2021. Vol. 8, no. 1. DOI:10.1080/23311908.2021.1911094
20. Bi X.B., He H.Z., Lin H.Y., Fan X.Z. Influence of Social Support Network and Perceived Social Support on the Subjective Wellbeing of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychology*, 2022. 13. DOI:10.3389/fpsyg.2022.835110



21. Bujnowska A.M., Rodríguez C., García T., Areces D., Marsh N.V. Coping with stress in parents of children with developmental disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2021. Vol. 21, no. 3. DOI:10.1016/j.ijchp.2021.100254
22. Currie G., Szabo J. Social isolation and exclusion: the parents' experience of caring for children with rare neurodevelopmental disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2020. Vol.15, no. 1. DOI:10.1080/17482631.2020.1725362
23. Ejiri K., Matsuzawa A. Factors associated with employment of mothers caring for children with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 2019. Vol. 65, no. 4, pp. 239—247. DOI:10.1080/20473869.2017.1407862
24. Fereidouni Z., Kamyab A.H., Dehghan A., Khiyali, Z., Ziapour A., Mehedi N., Toghroli R. A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran. *Heliyon*, 2021. Vol. 7, no. 6. DOI:10.1016/j.heliyon.2021.e07285
25. Furrugh J., Anjum G. Coping with autism spectrum disorder (ASD) in Pakistan: A phenomenology of mothers who have children with ASD. *Cogent Psychology*, 2020. Vol. 7, no. 1. DOI:10.1080/23311908.2020.1728108
26. Geuze L., Goossensen A., Schrevel S. “Continuously struggling for balance”: The lived experiences of Dutch parents caring for children with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2022. DOI:10.3109/13668250.2022.2073707
27. Hallberg U. Differences in health and well-being of parents of children with disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2014. Vol. 9, no. 1. DOI:10.3402/qhw.v9.24343
28. Hallberg U., Klingberg G., Reichenberg K., Möller A. Living at the edge of one's capability: Experiences of parents of teenage daughters diagnosed with ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2008. Vol. 3, no. 1, pp. 52—58. DOI:10.1080/17482620701705523
29. Hallen R., Jongerling J., Godor B.P. Coping and resilience in adults: a cross-sectional network analysis. *Anxiety, Stress & Coping*, 2020. Vol. 33, no. 5, pp. 479—496. DOI:10.1080/10615806.2020.1772969
30. Kaniamattam M., Oxley J. Unpacking the varied roles of mothers of children with developmental disabilities in South India. *Disability & Society*, 2022. Vol. 37, no. 1, pp. 38—62. DOI:10.1080/09687599.2021.1918540
31. Kurowska A., Kózka M., Majda A. ‘How to cope with stress?’ Determinants of coping strategies used by parents raising children with intellectual disabilities, other developmental disorders and typically developing children. A cross-sectional study from Poland. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2021. Vol.14, no. 1, pp. 23—49. DOI:10.1080/19315864.2020.1832166
32. Maridal H.K, Bjørgaas H.M, Hagen K., Jonsbu E., Mahat P., Malakar S., Dørheim S. Psychological Distress among Caregivers of Children with Neurodevelopmental Disorders in Nepal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021. Vol.18, no. 5. DOI:10.3390/ijerph18052460
33. Mark E.J., Conradie I., Dedding C.W.M., Broerse J.E.W. ‘We create our own small world’: daily realities of mothers of disabled children in a South African urban settlement. *Disability & Society*, 2019. Vol. 34, no. 1, pp. 95—120. DOI:10.1080/09687599.2018.1511415

34. Masefield S.C., Prady S.L., Sheldon T.A., Small N., Jarvis S., Pickett K.E. The Caregiver Health Effects of Caring for Young Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 2020. Vol. 24, no. 5, pp. 561—574. DOI:10.1007/s10995-020-02896-5
35. Mbamba C.R., Ndemole I.K. “I Paused My Life”: Experiences of Single Mothers Caring for Their Autistic Children in Ghana. *Journal of Social Service Research*, 2021. Vol. 47, no. 5, pp. 659—669. DOI:10.1080/01488376.2021.1875966
36. Miranda A., Mira A., Berenguer C., Rosello B. Baixauli I. Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in Psychology*, 2019. Vol. 10, no. 464. DOI:10.3389/fpsyg.2019.00464
37. Mohammadi Z., Sadeghian E., Shamsaei F., Eskandari F. Correlation Between the Mental Health and Relationship Patterns of Mothers of Children with an Intellectual Disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 2021. DOI :10.1080/1034912X.2021.1895083
38. Montero-Marin J., Prado-Abril J., Piva Demarzo M.M., Gascon S., García-Campayo J. Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies. *PLoS ONE*, 2014. Vol. 9, no. 2. DOI:10.1371/journal.pone.0089090
39. Munsell S.E., O’Malley L. The Lived Experiences of Mothers of Children with Disabilities. *The New Educator*, 2019. Vol. 15, no. 4, pp. 269—280. DOI:10.1080/1547688X.2019.1601315
40. Nathwani A.A., Lakhdir M.P.A., Hasnani F.B., Peerwani G., Bhura M., Azam S.I., Siddiqui A.R. Factors Associated with Parenting Stress among Mothers of Children with Developmental Disabilities: A Cross-sectional Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2021. Vol.14, no. 4, pp. 375—387. DOI:10.1080/19315864.2021.1959688
41. Nazzal M.S., AL-Rawajfah O.M. Lived experiences of Jordanian mothers caring for a child with disability. *Disability and Rehabilitation*, 2018. Vol. 40, no. 23, pp. 2723—2733. DOI:10.1080/09638288.2017.1354233]
42. Ortega Y.M., Gomà-i-Freixanet M., Deu A. F. The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry Research*, 2016. Vol. 246, pp. 808—814. DOI:10.1016/j.psychres.2016.10.031
43. Ryan S., Runswick-Cole K. Repositioning mothers: mothers, disabled children and disability studies. *Disability & Society*, 2008. Vol. 23, no. 3, pp. 199—210. DOI:10.1080/09687590801953937
44. Smith M., Blamires J. Mothers’ experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 2022. Vol. 64, pp. 64—73. DOI:10.1016/j.pedn.2022.01.014
45. Stallman H.M., Beaudequin D., Hermens D.F., Eisenberg D. Modelling the relationship between healthy and unhealthy coping strategies to understand overwhelming distress: A Bayesian network approach. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2021. Vol. 3. DOI:10.1016/j.jadr.2020.100054
46. Williams, P.G., Wiebe, D.J., & Smith, T.W. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 2004. Vol. 15, pp. 237—255. DOI:10.1007/BF00845354

### **Информация об авторах**

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

*Лубовский Дмитрий Владимирович*, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры ЮНЕСКО «Культурно-историческая психология детства», Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: [lubovsky@yandex.ru](mailto:lubovsky@yandex.ru)

*Иванова Полина Андреевна*, магистр психологии, выпускник Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)

*Гусарова Елена Сергеевна*, магистр психологии, выпускник Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ); семейный психолог, частная психологическая практика, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6968-5253>, e-mail: [bondarevaes@fdomgppu.ru](mailto:bondarevaes@fdomgppu.ru)

### **Information about the authors**

*Maria A. Odintsova*, PhD in Psychology, Associate Professor, Head of the Department of Psychology and Pedagogy of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: [mari505@mail.ru](mailto:mari505@mail.ru)

*Dmitry V. Lubovsky*, PhD in Psychology, Professor of the UNESCO Department «Cultural and Historical Psychology of Childhood», Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7392-4667>, e-mail: [lubovsky@yandex.ru](mailto:lubovsky@yandex.ru)

*Polina A. Ivanova*, MA in Psychology, Moscow State University of Psychology & Education graduate, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-4979>, e-mail: [ivanova.polina.andreevna@gmail.com](mailto:ivanova.polina.andreevna@gmail.com)

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

Получена 21.10.2022

Received 21.10.2022

Принята в печать 14.01.2023

Accepted 14.01.2023

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗНЫХ ТИПОВ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Л.С. ГЛИНКИНА

Санкт-Петербургский государственный университет  
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5423-9098>,  
e-mail: [gsluba@yandex.ru](mailto:gsluba@yandex.ru)

В.Е. ВАСИЛЕНКО

Санкт-Петербургский государственный университет  
(ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3070-5522>,  
e-mail: [v.vasilenko@spbu.ru](mailto:v.vasilenko@spbu.ru)

**Актуальность.** В связи с цифровой трансформацией общества в современной психологии остро встает вопрос о том, какое влияние оказывает эта трансформация на людей, в частности, как проявляется компьютерно-игровая вовлеченность и что именно ее вызывает. **Цель.** Работа посвящена изучению психологических предикторов различных типов вовлеченности в компьютерные игры. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 124 игрока в компьютерные игры в возрасте от 18 до 30 лет ( $M = 25,08$ ), из них 64 женщины и 60 мужчин. Проанализировано 6 типов компьютерно-игровой вовлеченности, полученных в результате разработки авторской анкеты: «Аддикция», «Чувство сообщества», «Эмоциональная поддержка», «Погружение», «Потоковость» и «Идентификация». **Результаты и выводы.** В качестве предикторов каждого из выявленных видов компьютерно-игровой вовлеченности в различных пропорциях выступают личностные черты, а также кризисные и стрессовые переживания. Типы «Аддикция», «Погружение» и «Потоковость» в большей степени объясняются личностными чертами, «Чувство сообщества» — личностными чертами и кризисными переживаниями, «Идентификация» — стрессовыми переживаниями, а тип «Эмоциональная поддержка» провоцируется негативным образом окружающей реальности.

**Ключевые слова:** компьютерные игры, типы вовлеченности в компьютерные игры, зависимость от компьютерных игр, личностные черты, кризисные переживания, повседневные стрессы.

**Финансирование.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-313-90039.

**Для цитаты:** Глинкина Л.С., Василенко В.Е. Психологические предикторы разных типов вовлеченности в компьютерные игры в период ранней взрослости // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 107—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310105>

# PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF DIFFERENT TYPES OF INVOLVEMENT IN COMPUTER GAMES IN EARLY ADULTHOOD

LIUBOV S. GLINKINA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5423-9098>,  
e-mail: [gsluba@yandex.ru](mailto:gsluba@yandex.ru)

VICTORIA E. VASILENKO

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3070-5522>,  
e-mail: [v.vasilenko@spbu.ru](mailto:v.vasilenko@spbu.ru)

**Relevance.** Due to the digital transformation of society, in modern psychology arises the question of what impact this transformation has on people, in particular, how computer-game involvement manifests itself and what causes it. **Purpose.** This paper aims to investigate the psychological predictors of various types of involvement in computer games. **Method and sampling.** 124 computer game players aged 18 to 30 ( $M = 25,08$ ), including 64 women and 60 men participated in the study. 6 types of computer game involvement: «Addiction», «Sense of community», «Emotional support», «Immersion», «Flow» and «Identification», obtained as a result of the development of the author's questionnaire, were analyzed. **Results and conclusions.** Personality traits along with crisis experience and stressors in various proportions act as predictors of each type of computer-gaming involvement. Types «Addiction», «Immersion» and «Flow» are more accounted for by personality traits, «Sense of community» — by personality traits and crisis experiences, «Identification» — by stress-suffering, and «Emotional support» is caused by a negative image of the surrounding reality.

**Keywords:** computer games, computer-game addiction, computer-game involvement, character traits, critical experiences, daily stressors

**Funding.** The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-313-90039.

**For citation:** *Glinkina L.S., Vasilenko V.E. Psychological Predictors of Different Types of Involvement in Computer Games in Early Adulthood* *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 107—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310105> (In Russ.).

## Введение

Информационные технологии в современном мире настолько прочно проникли в повседневную жизнь, что речь уже идет о поколениях людей, почти не представляющих свою жизнь без компьютеров, смартфонов и Интернета. Несомненно, такие изменения оказывают влияние на психику. В частности, речь идет о феномене компьютерных игр, ставших одной из самых обширных ветвей индустрии досуга.

А.Г. Макалатия и Л.В. Матвеева определяют киберигру как «добровольное, внутренне мотивированное занятие, приносящее удовольствие, где деятельность протекает в созданном авторами игры виртуальном игровом мире, с которым пользователь взаимодействует при помощи электронных устройств» [12, с.17].

За рубежом исследования в области компьютерных игр начались в 80-х годах 20 века, в России — несколько позже — в 90-е, что было обусловлено степенью проникновения технологий в повседневную жизнь.

Исследования, посвященные влиянию компьютерных игр, можно разделить на несколько основных блоков, хронологически появившихся в следующем порядке.

— «Серьезные игры» и процессы геймификации как способы улучшения образовательной среды на всех ступенях образования. Было выявлено, что люди, играющие в компьютерные игры, имеют более развитые навыки социальной адаптации, у них выше самооценка, у них лучше развиты обработка зрительного канала (по параметрам внимания, памяти и скорости обработки поступающей информации), мелкая моторика, когнитивная гибкость.

— Изменения в психике и поведении, вызываемые видеоиграми. Речь идет, в частности, о связи агрессии с жестокими (violent) играми и о связи игр с девиантным поведением. Однако, несмотря на обширный ряд существующих исследований, в том числе лонгитюдных и экспериментальных, пока уверенно можно говорить лишь о краткосрочном влиянии игр на уровень агрессивности пользователей.

— Типологии игр и факторы предпочтения тех или иных типов игр.

— Вопрос существования зависимости от компьютерных и видеоигр, потенциальные связи ее с интернет-зависимостью и компьютерной зависимостью. Сюда можно включить вопрос изменения типа мышления на цифровой [10], где стоит вопрос не о зависимости от компьютеров и гаджетов как таковых, но о зависимости от контента, к которому аддикты получают доступ с помощью данных устройств.

А.Ю. Егоров относит компьютерно-игровую аддикцию наряду с интернет-зависимостью к технологическим (нехимическим) зависимостям, и традиционно ее принято причислять к подвидам интернет-зависимости. При этом текущие критерии определения подвергаются серьезной критике [19; 23]. Ж. Билльо и др. в своей работе поднимают вопрос о необходимости разведения непатологической и патологической (аддикции) высокой увлеченности компьютерными играми [21].

В предыдущих работах авторами статьи была разработана анкета, позволяющая дифференцировать различные типы увлеченности компьютерными играми [3], целью данной работы было исследование комплекса предикторов, вызывающих увлеченность компьютерными играми.

Первым аспектом, о корреляции которого с увлеченностью компьютерными играми говорят ученые, являются личностные черты [1; 14]. При этом В.Л. Малыгин и др. пишут, что погружение в виртуальную среду связано не столько с какой-либо личностной чертой, сколько с наличием дезадаптации, этой чертой вызванной [13]. Дезадаптация — это один из симптомов кризисных состояний, а стрессоры усиливают состояния дезадаптации [9; 11].

**Гипотеза исследования:** предикторами разных типов вовлеченности в компьютерные игры могут выступать личностные черты, кризисные и стрессовые переживания.

## Метод

**Выборка исследования.** В исследовании приняли участие 124 человека в возрасте от 18 до 30 лет ( $M=25,08$ ), 64 женщины и 60 мужчин. При определении возрастного диапазона ранней взрослости в этих границах авторы статьи опирались на периодизацию В.И. Слободчикова. Она интегрирует другие периодизации, охватывает весь жизненный цикл и включает как стабильные, так и кризисные периоды, что было важно при решении исследовательских задач. Респонденты-добровольцы набирались в сети Интернет с помощью объявлений в группах социальной сети «ВКонтакте» и ряда ресурсов, посвященных компьютерным играм.

**Методы исследования.** При помощи авторской анкеты измерялись потенциальные типы вовлеченности в компьютерные игры. Также респондентам был предъявлен ряд психодиагностических методик:

— модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли, 2009), позволяющая оценить 6 диспозиционных черт личности: честность/скромность, эмоциональность, экстраверсию, доброжелательность, сознательность и открытость опыту;

— методика «Способность самоуправления» (тест ССУ) Н.М. Пейсачова (1997), оценивающая 8 этапов самоуправления: анализ противоречий, прогнозирование, целеполагание, планирование, принятие решения, критерии оценки качества, самоконтроль и коррекцию;

— диагностика моральных оснований (Дж. Грэм и др., 2011) оценивающая 6 моральных оснований: «заботу» (включая запрет на причинение вреда), «справедливость», «лояльность группе», «уважение» (к различного рода авторитетам) и «чистоту» (отношение к религиозным и культурным нормам и запретам в сфере отношения к пище, телу, сексу и различным сакральным для группы объектам, например, флагу или гимну);

— анкета кризисных переживаний для периода ранней взрослости (В.Р. Манукян, 2011), позволяющая выявить различные переживания: кризиса нереализованности, кризиса бесперспективности, кризиса опустошенности, кризиса как конфликта, кризиса идентичности (самоопределения), кризиса вхождения во взрослость;

— опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др., 2018), направленный на оценку 10 типов стрессовых переживаний в сферах: «Работа — Дела», «Взаимоотношения с окружающими», «Нарушение планов», «Финансы», «Планирование», «Семейные проблемы», «Окружающая действительность», «Самочувствие — Одиночество», «Общее самочувствие» и «Конкуренция»;

— список стрессовых ситуаций (М.Б. Маркс, 1975), состоящий из 47 жизненно важных событий с разным количеством баллов, оценивающих выраженность перемен в жизни респондента, разделенных на 7 тематических блоков;

— опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) (Н.Е. Водопьянова, М.В. Штейн, 2009), представляющий собой индекс, позволяющий оценить динамику взаимодействия потерь и приобретений личностных ресурсов;

— шкала устойчивости к источникам стресса (Е.В. Распопин, 2012), дающая представление об уровне стрессогенности оценок респондента по шкалам «Я сам», «Другие люди» и «Мир вокруг»;

— опросник «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман, Д. Рикс, 1966), оценивающий текущее эмоциональное состояние респондента по шкалам «Спокойствие—тревожность», «Энергичность—усталость», «Приподнятость—подавленность», «Чувство уверенности в себе—чувство беспомощности».



Статистическая обработка данных производилась в программе SPSS 26. С помощью регрессионного анализа выявлялись предикторы разных типов вовлеченности в компьютерные игры.

Подготовленный план исследования был одобрен Этическим комитетом Санкт-Петербургского психологического общества в области исследований с привлечением людей 19.02.2021.

## Результаты

В результате процедур валидизации анкеты на типы вовлеченности в компьютерные игры факторный анализ ее показателей выявил 6 основных факторов, которыми объясняется 50% дисперсии [3]. Виды получили названия «Аддикция» (19,38%), «Чувство сообщества» (8,25%), «Эмоциональная поддержка» (7,27%), «Погружение» (5,47%), «Потоковость» (5,11%) и «Идентификация» (4,47%).

«Аддикция» как тип увлеченности обладает характеристиками зависимостей: навязчивыми мыслями, потерей самоконтроля, отказом от реальности и негативными эмоциями в случае невозможности игровой сессии.

Тип увлеченности «Чувство сообщества» представляет собой игру как средство или повод общения. Здесь игра — это то, что объединяет людей, является общей темой.

Тип увлеченности «Эмоциональная поддержка» представляет собой использование игр как своеобразного громоотвода, где процесс игры выступает в качестве различных видов копинг-стратегии.

Тип «Погружение» сформирован вокруг потребления времени игрой в качестве времяпрепровождения в альтернативной реальности.

Сходный с ним тип «Потоковость» отражает несколько другой подход к процессу игры — состояние сиюминутного стремления (состояние потока), увлеченности именно миром, не дающим оторваться, пока игрок не завершит прохождение.

И последний, шестой, тип увлеченности — «Идентификация» характеризуется возможностью игрока попробовать себя в новых ситуациях.

Эти данные более подробно изложены в нашей предыдущей публикации [3].

По методике НЕХАСО игроки, принявшие участие в настоящем исследовании, характеризуются большей интровертированностью ( $p < 0,001$ ), доброзелательностью ( $p < 0,01$ ) и меньшей сознательностью ( $p < 0,001$ ), нежели общероссийская выборка (по данным авторов российской адаптации методики), и у них более низкий уровень морали, за исключением шкалы «Справедливость», оценки по которой выше. Уровень самоуправления игроков можно оценить как средний, а уровень ресурсности — как высокий. У игро-

ков значительно выражены кризисные переживания (средний балл — 83,36). Уровень глобальных стрессоров у игроков значительно ниже, чем нормативный, в то время как уровни переживаний ежедневных стрессоров по одним шкалам превышают средние в более общей (общероссийской) выборке, а по другим оказываются ниже. Более подробное описание результатов по этим методикам также представлено в нашей предыдущей статье [4].

Перейдем к результатам регрессионного анализа. Зависимыми переменными выступали виды вовлеченности в компьютерные игры (по анкете), а независимыми — показатели личностных особенностей, а также кризисных и стрессовых переживаний по психодиагностическим методикам. Бета-коэффициент — это стандартизированный коэффициент, показывающий вклад каждой независимой переменной в предсказание зависимой. Большой модуль соответствует более сильному влиянию, знак показывает направление влияния.

Т а б л и ц а 1

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 1  
«Аддикция» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 1 «Аддикция» R= 0,743; R<sup>2</sup>= 0,552</b>			
	<b>Бета</b>	<b>T-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		0,14	0,898
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эшгон, К. Ли)</b>			
Зависимость	-0,31	-3,94	0,000
Креативность	0,27	3,96	0,000
Тревожность	0,43	4,58	0,000
Боязливость	-0,33	-3,79	0,000
Способность прощать	0,15	2,07	0,041
<b>Анкета кризисных переживаний для периода ранней взрослости (В.Р. Манукян)</b>			
Кризис обучения	0,59	6,44	0,000
Кризис идентичности (самоопределения)	-0,22	-2,77	0,007
<b>Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман, Д. Рикс)</b>			
Уверенность в себе	-0,18	-2,07	0,041
Энергичность	-0,13	-1,72	0,088
<b>Опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др.)</b>			
Конкуренция	-0,52	-5,65	0,000
Работа — Дела	0,37	4,24	0,000
Окружающая действительность	-0,17	-2,01	0,047
<b>Список стрессовых ситуаций (М.Б. Маркс)</b>			
На уровне аффективных связей	-0,23	-3,12	0,002

Игроки с большими оценками по фактору «Аддикция» обладают меньшей зависимостью (от эмоциональной поддержки других) и боязливостью, но предстают более креативными и тревожными, менее уверенными в себе и менее энергичными. Они отмечают большее количество повседневных стрессоров, связанных с дедлайнами на работе и при этом меньшее число стрессоров, связанных с конкуренцией, окружающей действительностью и аффективными связями. Они испытывают более выраженные переживания кризиса обучения, но менее выраженные — кризиса идентичности.

По количественному показателю бета-коэффициентов также можно оценить вклад каждой из переменных в регрессионную модель, т. е. определить, что наиболее существенно влияет на возникновение того или иного вида увлеченности. Так, наибольший вклад в фактор «Аддикция» вносят переживания кризиса обучения, чуть меньший — отсутствие стрессовых переживаний, связанных с конкуренцией; из личностных черт наибольшее влияние оказывает тревожность — для сравнения, вклад переменной «способность прощать» — почти в три раза меньше.

Таблица 2

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 2  
«Чувство сообщества» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 2 «Чувство сообщества» R= 0,589; R<sup>2</sup>= 0,347</b>			
	<b>Бета</b>	<b>T-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		1,90	0,061
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли)</b>			
Развитое эстетическое чувство	0,31	3,85	0,000
Зависимость	0,25	2,74	0,007
Боязливость	-0,30	-3,13	0,002
<b>Диагностика моральных оснований (Дж. Грэм и др.)</b>			
Уважение (к авторитетам)	-0,33	-4,19	0,000
<b>Анкета кризисных переживаний для периода ранней взрослости (В.Р. Манукян)</b>			
Кризис нереализованности	0,49	3,92	0,000
Кризис опустошенности	-0,36	-2,83	0,006
<b>Опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др.)</b>			
Самочувствие — Одиночество	-0,35	-3,48	0,001
<b>Шкала устойчивости к источникам стресса (Е.В. Распопин)</b>			
Мир вокруг	-0,19	-2,03	0,045

Более склонны искать общение и общаться с соигроками люди с более выраженными кризисом нереализованности и менее выражен-

ным кризисом опустошенности, обладающие большей зависимостью (от эмоциональной поддержки других), более развитым эстетическим чувством и меньшей боязливостью. При этом такие люди в меньшей степени склонны уважать авторитеты, чувствовать себя одинокими и воспринимать окружающий мир как враждебный. Наибольшее влияние оказывают переживания кризиса нереализованности, затем идет уважение к авторитетам и такая личностная черта, как развитое эстетическое чувство. Наименьший вклад вносит оценка стрессогенности окружающего мира.

Таблица 3

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 3  
«Эмоциональная поддержка» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 3 «Эмоциональная поддержка» R=0,624; R<sup>2</sup>= 0,389</b>			
	<b>Бета</b>	<b>T-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		-2,49	0,014
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли)</b>			
Зависимость	0,39	4,56	0,000
Неординарность	0,27	3,65	0,000
<b>Методика «Способность самоуправления» (тест ССУ) Н.М. Пейсахова</b>			
Прогнозирование	-0,36	-4,02	0,000
Принятие решения	0,27	2,78	0,006
<b>Диагностика моральных оснований (Дж. Грэм и др.)</b>			
Уважение (к авторитетам)	-0,17	-2,25	0,027
<b>Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) (Н.Е. Водопьянова, М.В. Штейн)</b>			
Приобретения	-0,23	-2,92	0,004
<b>Шкала устойчивости к источникам стресса (Е.В. Распопин)</b>			
Мир вокруг	-0,41	-4,51	0,000
Другие люди	0,35	4,07	0,000

Люди, более склонные искать эмоциональную поддержку в игре, отличаются большей выраженностью зависимости (от эмоциональной поддержки) и неординарностью, более слабой способностью к прогнозированию событий, менее выраженным уважением к авторитетам. Они легче принимают решения и менее стрессогенно воспринимают других людей, но более стрессогенно — мир вокруг. Также люди, более склонные искать эмоциональную поддержку в игре, отмечают у себя меньшее количество приобретенных эмоциональных ресурсов.

Наибольший вклад в фактор вносят стрессогенность оценок мира вокруг и зависимость от эмоциональной поддержки других людей.

Таблица 4

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 4  
 «Погружение» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 4 «Погружение» R=0,690; R<sup>2</sup>= 0,476</b>			
	<b>Бета</b>	<b>Т-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		1,51	0,134
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли)</b>			
Неординарность	-0,25	-3,31	0,001
Чувствительность	0,39	4,37	0,000
Зависимость	-0,37	-3,90	0,000
Благоразумие	-0,35	-3,91	0,000
Высокая социальная самооценка	0,17	2,00	0,048
<b>Методика «Способность самоуправления» (тест ССУ) Н.М. Пейсахова</b>			
Коррекция	0,35	4,03	0,000
Принятие решения	0,19	2,06	0,041
<b>Диагностика моральных оснований (Дж. Грэм и др.)</b>			
Чистота	-0,27	-3,59	0,000
<b>Опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др.)</b>			
Самочувствие — Одиночество	0,49	4,91	0,000
Семья	-0,36	-4,17	0,000
<b>Список стрессовых ситуаций (М.Б. Маркс)</b>			
На уровне аффективных связей	0,19	2,68	0,008

Те игроки, которые склонны тратить на игры большее количество времени, более чувствительны, менее благоразумны, менее зависимы, менее склонны принимать неординарность в людях, при этом они менее трепетно относятся к культурным нормам и у них выше социальная самооценка. Они лучше способны корректировать свое поведение и быстрее принимают решения, но при этом испытывают больше стрессовых переживаний одиночества и меньше стрессовых переживаний, вызванных семейными отношениями.

Наибольшее влияние на фактор оказывают стрессовые переживания одиночества и чувствительность, наименьшее влияние — высокая социальная самооценка.

Т а б л и ц а 5

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 5  
«Потоковость» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 5 «Потоковость» R= 0,822; R<sup>2</sup>= 0,676</b>			
	<b>Бета</b>	<b>Т-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		4,82	0,000
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли)</b>			
Неординарность	-0,29	-4,69	0,000
Чувствительность	-0,54	-7,23	0,000
Боязливость	0,35	4,45	0,000
Гибкость	-0,26	-3,93	0,000
Равнодушие к роскоши	0,30	4,56	0,000
Развитое эстетическое чувство	0,13	2,02	0,046
Упорство	-0,26	-4,19	0,000
<b>Методика «Способность самоуправления» (тест ССУ) Н.М. Пейсахова</b>			
Критерий оценки качества	-0,14	-2,37	0,020
<b>Диагностика моральных оснований (Дж. Грэм и др.)</b>			
Забота	-0,34	-4,58	0,000
Чистота	0,18	2,23	0,028
Лояльность группе	0,31	3,56	0,001
<b>Шкала устойчивости к источникам стресса (Е.В. Распопин)</b>			
Другие люди	0,27	3,82	0,000
Мир вокруг	-0,24	-2,99	0,003
<b>Анкета кризисных переживаний для периода ранней взрослости (В.Р. Манукян)</b>			
Кризис идентичности (самоопределения)	0,29	4,42	0,000
<b>Опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др.)</b>			
Работа — Дела	-0,28	-4,01	0,000
Окружающая действительность	0,24	3,44	0,001
<b>Список стрессовых ситуаций (М.Б. Маркс)</b>			
На уровне аффективных связей	0,17	2,53	0,013

Игроки, в большей степени склонные попадать в состояние потока во время использования компьютерных игр, обладают равнодушием к роскоши, большей боязливостью, но при этом они менее упорны, менее гибки в общении, менее чувствительны, обладают более развитым эстетическим чувством и хуже принимают неординарность в людях. Они более трепетно относятся к культурным нормам

и нормам группы, но меньше склонны заботиться об окружающих и хуже понимают, по каким параметрам они оценивают успешность своих действий. Также люди, склонные к потоку, испытывают более выраженные переживания кризиса идентичности, отмечают меньше стрессовых переживаний, связанных с работой, но больше переживаний, вызванных окружающей действительностью и изменениями структуры эмоциональных связей. Они воспринимают мир как более стрессогенный, но при этом людей оценивают как лучше настроенных по отношению к ним.

Наибольшее влияние на фактор оказывает отсутствие чувствительности.

Таблица 6

**Данные регрессионного анализа для модели с фактором 6  
«Идентификация» на всей выборке**

<b>Модель для фактора 6 «Идентификация» R= 0,627; R<sup>2</sup>=0,393</b>			
	<b>Бета</b>	<b>T-крит.</b>	<b>Знач.</b>
(Константа)		-3,90	0,000
<b>Модель структуры личности Нехасо (М. Эштон, К. Ли)</b>			
Перфекционизм	0,28	3,51	0,001
Порядочность	-0,28	-3,61	0,000
Неординарность	0,18	2,34	0,021
<b>Методика «Способность самоуправления» (тест ССУ) Н.М. Пейсахова</b>			
Целеполагание	0,18	2,30	0,023
<b>Опросник повседневного стресса (М.Д. Петраш и др.)</b>			
Семья	0,17	2,20	0,029
<b>Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) (Н.Е. Водопьянова, М.В. Штейн)</b>			
Потери	0,21	2,64	0,009
<b>Список стрессовых ситуаций (М.Б. Маркс)</b>			
На уровне учебы	-0,23	-2,97	0,004
На уровне профессиональной жизни	0,18	2,25	0,026

Игроки, более склонные идентифицировать себя с персонажем компьютерной игры, отмечают большее количество потерь эмоциональных ресурсов за последние полгода, большую выраженность стрессовых переживаний в сферах семьи и профессиональной жизни, но при этом меньше, связанных с учебной деятельностью. У них выше уровень перфекционизма, и они больше склонны принимать неординарность в лю-

дах, но при этом они менее порядочны. Помимо этого, игроки, более склонные идентифицировать себя с персонажем, лучше могут прогнозировать результаты своих действий. Наибольший вклад в фактор вносят личностные черты, такие как перфекционизм и порядочность.

### **Обсуждение результатов**

Как видно из табл. № 1—6, психологическими характеристиками обусловлена более всего вовлеченность в компьютерные игры по типам «Потоковость» (68% дисперсии) и «Аддикция» (55%), менее всего — по типу «Чувство сообщества» (35%).

Считается, что аддикты обладают стремлением к уходу от реальности, страхом перед обыденной жизнью, перед обязательствами и ответственностью, склонностью к интенсивным эмоциональным переживаниям, к опасным ситуациям, риску и авантюрам [18], что совпадает с направлением связи, полученной нами для фактора «Аддикция» с переживаниями кризиса обучения. Кризисы могут быть и причиной формирования аддиктивной идентичности [8], что согласуется с отрицательной связью фактора «Аддикция» с кризисом идентичности.

Кризисные переживания связаны и с другими полученными нами факторами. Игры помогают восполнять утраченный смысл через общение [17] или помогать прорабатывать проблему, формируя эмоционально безопасную атмосферу [7].

Также наблюдается положительная связь фактора «Потоковость» с переживаниями кризиса идентичности, объяснение которой можно найти в явлениях «Communitas» и «Liminoïd». «Communitas» — состояние, при котором стираются привычные социальные роли и способы взаимодействия и становятся возможными прямая, непосредственная встреча между людьми, переживание единения и взаимопонимания на экзистенциальном уровне. «Liminoïd» обозначает те области социальной жизни, которые обладают чертами лиминальной стадии обрядов (старого уже нет, нового еще нет), но не вписаны в ритуальную структуру. Это состояния, близкие к потоку, при которых нет самой идентичности, она не создана и не существует [6].

Положительную связь морального основания «Чистота» и фактора «Потоковость» можно связать с аномией (состоянием общества, характеризуемым распадом норм, регулирующих социальное взаимодействие) [15]. Обратную же связь фактора «Потоковость» с моральным основанием «Забота» (забота об окружающих людях и окружающей среде, развитая способность к эмпатии и межличностному взаимодействию) можно объяснить тем, что компьютерные игры за-



частую полны насилия, и человеку, склонному к заботе о других, в таком случае сложнее войти в состояние потока, схожего с потоком при боевых действиях [16].

Сходную причину можно усмотреть и в обратной связи морально-го основания «Чистота» и фактора «Погружение» — люди с высокими оценками по этому моральному основанию больше верны идеалам моральной и физической чистоты, и, следовательно, более бережно относятся к распределению своего времени, а также отрицательной связи морального основания «Уважение (к авторитетам)», представляющего собой соблюдение традиций, правил поведения, которые существуют в обществе, в том числе и в игровом сообществе или виртуальном мире, и типа вовлеченности «Эмоциональная поддержка».

Причины отрицательной связи морального основания «Уважение (к авторитетам)» и фактора «Чувство сообщества» кроются в том, что зачастую игроки в играх от лица своих персонажей совершают противоправные поступки. Люди, легче относящиеся к такому поведению, не будут видеть проблемы в обсуждении противоправных действий в игре и в том, чтобы быть «соучастником» с кем-то.

Полученные данные перекликаются с данными работ, описывающих результаты анализа связей личностных черт с увлеченностью компьютерными играми, к примеру, с работой А.З. Аббаси и коллег [20], а полученный жизненный портрет близок к портрету человека, ведущего образ жизни хикикомори (взрослых людей, добровольно, а не по причине какой-либо фобии изолирующих себя от общества, проводящих все свое время дома и находящихся на иждивении родственников) [2].

О связи стрессовых переживаний с компьютерными играми существуют противоречивые данные: считается, что одни типы игр снижают стрессовые переживания, другие же, наоборот, их усиливают [22]. В данном исследовании в качестве предикторов проявили себя стрессоры, связанные с конкуренцией, событиями окружающей действительности, самочувствием, работой, учебой и семейными отношениями (как в кратковременной, так и долговременной перспективе), при этом с разными знаками для разных типов вовлеченности, что может говорить о том, что люди, испытывающие разные стрессовые переживания, по-разному вовлекаются в компьютерные игры. Сочетания личностных черт и направленность их связей со стрессовыми переживаниями соответствуют данным об их взаимосвязях [5].

## **Заключение**

Проведенное исследование позволяет сделать выводы о том, что в качестве предикторов компьютерно-игровой увлеченности разных типов в

различных пропорциях выступают личностные черты, а также кризисные и стрессовые переживания.

Вовлеченность в компьютерные игры по типам «Аддикция», «Погружение» и «Потоковость» в большей степени объясняется личностными чертами.

Что касается кризисных и стрессовых переживаний, то для типа «Аддикция» характерны переживания, связанные с кризисом обучения, и компенсаторный механизм преодоления кризиса идентичности, а также стрессоры, связанные с работой, деловой сферой. Для типа «Погружение» предиктором оказались стрессовые переживания одиночества. Для типа «Потоковость» характерны кризис идентичности и стрессовые переживания со стороны окружающей действительности.

Основные причины вовлеченности по типу «Чувство сообщества» обнаружены в личностных чертах и кризисных переживаниях, а по типу «Идентификация» — в стрессовых переживаниях, особенно в семейной сфере.

Корни вовлеченности по типу «Эмоциональная поддержка» кроются в негативном образе окружающей реальности, в ощущении нехватки эмоциональных ресурсов, в проблемах с прогнозированием событий. Из личностных черт наиболее ярко для этого типа проявили себя зависимость от эмоциональной поддержки и неординарность.

При этом можно отметить, что играющие испытывают более выраженные кризисные переживания, чем популяция в целом, обладают менее выраженной внутренней моралью и имеют специфический личностный портрет, а именно игроки в компьютерные игры в большей степени интроверты и при этом менее сознательны, но более доброжелательны.

Связи выявленных типов вовлеченности с типами компьютерных игр остались за пределами задач данной статьи, однако данный вопрос, наряду с вопросами о возможной ко-динамике интенсивного использования игр и психологических состояний является перспективой дальнейших запланированных исследований.

**Ограничения исследования.** Выборка, собранная нами, специфична, что связано с тем, что в исследовании принимали участие добровольцы. Ответивших — 124 человека, а просмотров объявлений — более 15000; даже с учетом потенциально готовых ответить, но не вписывающихся в параметры выборки (от 18 до 30), мы получаем большой процент отказов, что определенно имеет под собой специфику личностных черт.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопова М.А.* Исследование влияния игровой компьютерной зависимости на личностные особенности студентов // *Russian Journal of Education and Psychology*. 2019. Том 10. № 2. С. 74—85. DOI:10.12731/2658-4034-2019-2-74-85

2. *Войскунский А.Е., Солдатова Г.У.* Эпидемия одиночества в цифровом обществе: хикикомори как культурно-психологический феномен // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 3. С. 22—43. DOI:10.17759/cpp.2019270303
3. *Глинкина Л.С., Василенко В.Е.* Анкета увлеченности компьютерными играми для юношей и взрослых: психометрические характеристики // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2022. Том 11, вып. 2. С. 154—167. DOI:10.18500/2304-9790-2022-11-2-154-167
4. *Глинкина Л.С., Василенко В.Е.* Предикторы увлеченности компьютерными играми в период ранней взрослости [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN222.pdf> (дата обращения: 01.01.2022).
5. *Головей Л.А., Стрижницкая О.Ю., Петраш М.Д.* Личностные факторы восприятия стрессоров повседневной жизни // Материалы третьей международной научной конференции «Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы» Казань: Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2018. С. 146—149.
6. *Гребенюк Е.Г.* Ритуал перехода и психотерапия // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 1. С. 97—108. DOI:10.17759/cpp.20162401007
7. *Григорьева Т.А., Жедунова Л.Г.* Использование экзистенциального кино в решении экзистенциальных кризисов // Педагогика и психология современного образования: теория и практика. 2020. № 1. С. 174—179.
8. *Дмитриева Н.В., Первозкина Ю.М., Сигаева А.В.* Постмодернистские факторы аддиктивного риска // Сибирский педагогический журнал. 2012. № 5. С. 119—124.
9. *Долгова В.И., Василенко Е.А.* Социальный стресс как фактор дезадаптации личности // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 8-2. С. 303—306.
10. *Жукова Н.В., Айсмонтас Б.Б., Макеев М.К.* Цифровое детство: новые риски и новые возможности // Инновационные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей и подростков: межпрофессиональное взаимодействие. 2019. С. 123—128.
11. *Краснова В.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 49—58.
12. *Макалатия А.Г., Матвеева Л.В.* Субъективные факторы притягательности компьютерных игр для детей и подростков // Национальный психологический журнал. 2017. № 1 (25). С. 15—24. DOI:10.11621/nprj.2017.0102
13. *Мальгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А.* Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 1(30). С. 7 [Электронный ресурс]. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2015\\_1\\_30/nomer10.php](http://mprj.ru/archiv_global/2015_1_30/nomer10.php). (дата обращения: 07.05.2022).

14. Малыгин В.Л. и др. Особенности личности подростков, склонных к интернет-зависимому поведению // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Том 111. № 4. С. 105—108.
15. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Смыслотрата и отчуждение // Культурно-историческая психология. 2007. Том 3. № 4. С. 68—77. DOI:10.17759/chp.2007030408
16. Радченко М.А. Творческая деятельность vs креативные практики: подмена понятий в условиях рынка // Творчество как национальная стихия: общее и особенное в современном социокультурном пространстве: сборник статей / Под ред. Г.Е. Аляева, О.Д. Маслобоевой. СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2019. С. 313—319.
17. Садовникова Н.О. Психология профессионального кризиса личности: монография. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2021. 151 с.
18. Шаломова Е.В. Особенности аддиктивного поведения подростков // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. С. 143—143.
19. Aarseth E. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal // Journal of behavioral addictions. 2017. Vol. 6. № 3. P. 267—270. DOI:10.1556/2006.5.2016.088
20. Abbasi A.Z. et al. The Role of Personality Factors Influencing Consumer Video Game Engagement in Young Adults: A Study on Generic Games // IEEE Access. 2021. Vol. 9. P. 17392—17410. DOI:10.1109/ACCESS.2021.3053207
21. Billieux J. et al. High involvement versus pathological involvement in video games: A crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder // Current Addiction Reports. 2019. Vol. 6. № 3. P. 323—330. DOI:10.1007/s40429-019-00259-x
22. Pallavicini F. et al. Commercial Off-The-Shelf Video Games for Reducing Stress and Anxiety: Systematic Review [Электронный ресурс] // JMIR mental health. 2021. Vol. 8(8). P. e28150. URL: <https://DOI.org/10.2196/28150>
23. Wood R. T.A. Problems with the concept of video game «addiction»: Some case study examples // International journal of mental health and addiction. 2008. Vol. 6. № 2. P. 169—178. DOI:10.1007/s11469-007-9118-0

## REFERENCES

1. Akopova M.A. Issledovanie vliyaniya igrovoi komp'yuternoï zavisimosti na lichnostnye osobennosti studentov [Research of influence of computer games addiction on the student's personal characteristics]. *Russian Journal of Education and Psychology*. 2019. Vol. 10, no. 2, pp. 74—85. DOI:10.12731/2658-4034-2019-2-74-85 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Voiskunskii A.E., Soldatova G.U. Epidemiya odinochestva v tsifrovom obshchestve: khikikomori kak kul'turno-psikhologicheskii fenomen [Epidemic of Loneliness in a Digital Society: Hikikomori as a Cultural and Psychological Phenomenon]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019. T. 27, no. 3, pp. 22—43. DOI:10.17759/cpp.2019270303 (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Glinkina L.S., Vasilenko V.E. Anketa vlechennosti komp'yuternymi igrami dlya yunoshei i vzroslykh: psikhometricheskie kharakteristiki [Psychometric characteristics of the questionnaire to measure boys' and adults' involvement in video games]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Akmeologiya*

- obrazovaniya. *Psikhologiya razvitiya*. [Izvestiya of Saratov University. Educational Acmeology. *Developmental Psychology*], 2022, vol. 11, iss. 2 (42), pp. 154–167 (in Russian). DOI: 10.18500/2304-9790-2022-11-2-154-167
4. Glinkina L.S., Vasilenko V.E. Prediktory uvlechenosti komp'yuternymi igrami v period rannei vzroslosti [Predictors of computer game involvement in early adulthood]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya* [World of Science. Pedagogy and psychology], 10(2): 42PSMN222. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN222.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.).
  5. Golovei L.A., Strizhitskaya O.Yu., Petrash M.D. Lichnostnye faktory vospriyatiya stressorov povsednevnoi zhizni [Personality factors of daily stress perception] // Materialy tret'ei mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii «*Psikhologiya sostoyanii cheloveka: aktual'nye teoreticheskie i prikladnye problem*» [Proceedings of the third international scientific conference “Psychology of human states: actual theoretical and applied problems”] Kazan': Publ. Kazanskii (Privolzhskii) federal'nyi universitet, 2018, pp. 146–149. (In Russ., abstr. in Engl.).
  6. Grebenyuk E.G. Ritual perekhoda i psikhoterapiya [Rite of Passage and Psychotherapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016. Vol. 24, no. 1, pp. 97–108. DOI:10.17759/cpp.20162401007. (In Russ., abstr. in Engl.).
  7. Grigor'eva T.A., Zhedunova L.G. Ispol'zovanie ekzistentsial'nogo kino v reshenii ekzistentsial'nykh krizisov [The use of existential cinema in solving existential crises]. *Pedagogika i psikhologiya sovremennogo obrazovaniya: teoriya i praktika* [Pedagogy and psychology of modern education: theory and practice], 2020, pp. 174–179. (In Russ.).
  8. Dmitrieva N.V., Perevozkina Yu.M., Sigaeva A.V. Postmodernistskie faktory addiktivnogo riska [Postmodern factors of addictive risk]. *Sibirskii pedagogicheskii zhurnal* [Siberian Pedagogical Journal], 2012, no. 5, pp. 119–124. (In Russ.).
  9. Dolgova V.I., Vasilenko E.A. Sotsial'nyi stress kak faktor dezadaptatsii lichnosti [Social stress as a factor maladjustment personality]. *Sovremennye naukoemkie tekhnologii* [Modern high technologies], 2016, no. 8-2, pp. 303–306. DOI:10.17513/snt.36149 (In Russ., abstr. in Engl.).
  10. Zhukova N.V., Ajsmontas B.B., Makeev M.K. Cifrovoe detstvo: novye riski i novye vozmozhnosti [Digital childhood: new risks and new opportunities] in *Innovatsionnye metody profilaktiki i korrektsii narushenij razvitiya u detej i podrostkov: mezhproufessional'noe vzaimodejstvie*. [Innovative methods for the prevention and correction of developmental disorders in children and adolescents: interprofessional interaction], 2019, pp. 123–128. (In Russ.).
  11. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost' i ee svyaz' s emotsional'noi dezadaptatsiei, urovнем stressa i kachestvom interpersonal'nykh otnoshenii u studentov [Social anxiety and its relations with emotional disadaptation, stress level and the quality of interpersonal relationships of students]. *Voprosy psikhologii* [The Issues Relevant to Psychology], 2011, no. 3, pp. 49–58. (In Russ.).
  12. Makalatiya A.G., Matveeva L.V. Sub'ektivnye faktory prityagatel'nosti komp'yuternykh igr dlya detej i podrostkov [Subjective factors that influence children

- and adolescents to be attracted by computer games]. *Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal [National Psychological Journal]*, 2017, no. 1 (25), pp. 15—24. DOI:10.11621/npj.2017.0102. (In Russ.).
13. Malygin V.L., Khomeriki N.S., Antonenko A.A. Individually-psychological qualities of adolescents as risk-factors for development of internet-addictive behaviour. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]*, 2015, no. 7(30). P. 7 [Elektronnyi resurs]. Available at: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2015\\_1\\_30/nomer10.php](http://mprj.ru/archiv_global/2015_1_30/nomer10.php) (Accessed 07.05.2022).
  14. Malygin V.L. et al. Osobennosti lichnosti podrostkov, sklonnykh k internet-zavisimomu povedeniyu [Personality features in adolescents with internet addiction]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2011. T. 111. no. 4. pp. 105—108.
  15. Osin E.N., Leont'ev D.A. Smysloutrata i otchuzhdenie [Estrangement and Loss of Meaning]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2007, Vol. 3, no. 4, pp. 68—77. DOI:10.17759/chp.2007030408. (In Russ., abstr. in Engl.).
  16. Radchenko M.A. Tvorcheskaya deyatel'nost' vs kreativnye praktiki: podmena ponyatii v usloviyakh rynka [Creative activity versus creative practices: substitution of concepts in the market conditions]. In G.E. Alyaev, O.D. Masloboeva (ed.) *Tvorchestvo kak natsional'naya stikhiya: obshchee i osobennoe v sovremennom sotsiokul'turnom prostranstve: sbornik statei [Creativity as a national element: general and special in the modern socio-cultural space: collection of articles]*, 2019, pp. 313—319. (In Russ.).
  17. Sadovnikova, N.O. Psikhologiya professional'nogo krizisa lichnosti: monografiya [Psychology of professional personality crisis: monograph]. Ekaterinburg: Publ. Russian State Vocational Pedagogical University, 2021. 151 p. (In Russ.).
  18. Shalomova E.V. Osobennosti addiktivnogo povedeniya podrostkov [Features of addictive behaviour among adolescents]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education]*, 2014, no. 5, pp. 143—143. (In Russ.).
  19. Aarseth E. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of behavioral addictions*, 2017, Vol. 6, no. 3, pp. 267—270. DOI:10.1556/2006.5.2016.088
  20. Abbasi A.Z. et al. The Role of Personality Factors Influencing Consumer Video Game Engagement in Young Adults: A Study on Generic Games. *IEEE Access*, 2021, Vol. 9, pp. 17392-17410. DOI:10.1109/ACCESS.2021.3053207
  21. Billieux J. et al. High involvement versus pathological involvement in video games: A crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. *Current Addiction Reports*, 2019, T. 6, no. 3, pp. 323—330. DOI:10.1007/s40429-019-00259-x
  22. Pallavicini F. et al. Commercial Off-The-Shelf Video Games for Reducing Stress and Anxiety: Systematic Review. *JMIR mental health*, 2021, vol. 8, no. 8, p. e28150. DOI:10.2196/28150
  23. Wood R.T.A. Problems with the concept of video game «addiction»: Some case study examples. *International journal of mental health and addiction*, 2008, vol. 6, no. 2, pp. 169—178. DOI:10.1007/s11469-007-9118-0

**Информация об авторах**

*Глинка Любовь Сергеевна*, аспирант кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5423-9098>, e-mail: [gsluba@yandex.ru](mailto:gsluba@yandex.ru)

*Василенко Виктория Евгеньевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3070-5522>, e-mail: [v.vasilenko@spbu.ru](mailto:v.vasilenko@spbu.ru)

**Information about the authors**

*Liubov S. Glinkina*, postgraduate student, Chair of Developmental and Differential Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5423-9098>, e-mail: [gsluba@yandex.ru](mailto:gsluba@yandex.ru)

*Victoria E. Vasilenko*, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Developmental and Differential Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3070-5522>, e-mail: [v.vasilenko@spbu.ru](mailto:v.vasilenko@spbu.ru)

Получена 12.05.2022

Received 12.05.2022

Принята в печать 01.03.2023

Accepted 01.03.2023

---

## СОБЫТИЯ И ДАТЫ EVENTS, DATES

---

# III МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ, ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ Ф.Е. ВАСИЛЮКА «КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ»

А.Н. МОЛОСТОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет  
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1138-943X>,  
e-mail: [Molostova.psychotherapy@yandex.ru](mailto:Molostova.psychotherapy@yandex.ru)

Представлен обзор работы III Международной конференции по консультативной психологии и психотерапии памяти Ф.Е. Василюка «Консультативная психология: традиции и новации» (11—12 ноября 2022 года, Москва).

**Ключевые слова:** конференция, психотерапия, консультативная психология, школа понимающей психотерапии.

**Для цитаты:** *Молостова А.Н.* III Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е. Василюка «Консультативная психология: традиции и новации» // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 127—135. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310106>



# III INTERNATIONAL CONFERENCE ON COUNSELING PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY IN THE MEMORY OF FYODOR F. VASILYUK “COUNSELING PSYCHOLOGY: TRADITIONS AND NOVATIONS”

ANNA. N. MOLOSTOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1138-943X>,

e-mail: Molostova.psychotherapy@yandex.ru

We present a report on the results of the III International Conference on Counseling Psychology and Psychotherapy in the memory of Fyodor E. Vasilyuk “Counseling Psychology: traditions and novations” (November 11–12, 2022, Moscow).

**Keywords:** conference, psychotherapy, counseling psychology, co-experiencing psychotherapy approach.

**For citation:** Molostova A.N. III International Conference on Counseling Psychology and Psychotherapy in the Memory of Fyodor F. Vasilyuk «Counseling Psychology: Traditions and Novations». *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 127–135. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310106> (In Russ.).

В ноябре 2022 г. в Московском государственном психолого-педагогическом университете произошло важное для отечественной консультативной психологии и психотерапии событие — III международная конференция, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка, «Консультативная психология: традиции и новации». Конференция была организована сотрудниками факультета консультативной и клинической психологии МГППУ и центра дистанционного образования «Психодемия». Традиционно на конференции поднимались вопросы современного развития консультативной психологии, ее научно-практических и методологических проблем, организационных, правовых, этических и др. аспектов работы психологов и психотерапевтов. Приоритетным содержательным направлением данной конференции стало современное состояние и условия подготовки специалистов.

В приветственном слове ректор МГППУ проф. А.А. Марголис подчеркнул особое значение создания факультета психологического кон-

сультирования как исключительно авангардного направления подготовки психологов-консультантов в нашей стране, а также выдающийся вклад Ф.Е. Василюка в методологию отечественной науки и консультативной практики.

О развитии школы консультативной психологии Ф.Е. Василюка говорится в своем докладе «Школа консультативной психологии Ф.Е. Василюка: какая психология нужна психотерапии?» кандидат психол. наук, доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии МГППУ, научный руководитель магистерской программы «Консультативная психология» Т.Д. Карягина. Татьяна Дмитриевна осмысляет большой путь, пройденный с момента образования факультета, созданного в традициях культурно-исторической психологии, где система подготовки социалистов строится в русле реализации триединства принципов: наука — образование — практика. Автор обращается к предельным ценностям психотерапевтической практики, без понимания которых невозможно построение психотерапевтической школы. Для Ф.Е. Василюка такая предельная ценность — целостность человека и его бытия в мире. Сознание, практика и культура — это вклад культурно-исторической психологии, которую развивал Ф.Е. Василюк, говоря об особом психотехническом познании человеческих феноменов. Такой способ познания лежит в основании школы понимающей психотерапии Ф.Е. Василюка и продолжает реализовываться его учениками в настоящее время.

О необходимости осмысления системы ценностно-смысловых координат психолога-консультанта, столкнувшегося с ситуацией шока понимания и потери ориентации, говорил в своем докладе «Шок понимания — 2022: оптика экзистенциального антрополога» доктор психол. наук, академик РАО, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова А.Г. Асмолов. Психологу-консультанту необходимо быть социальным антропологом, осуществляющим помощь в идентификации кризисов расчеловечивания: утраты смысла (В. Франкл), превращения зла в социальную норму («банальность зла» Х. Арндт), «моральной слепоты» (З. Бауман), «травмы взаимонепонимания» (В.А. Петровский). Специалисту важно ориентироваться в рисках нашего времени: риске генерализации иррациональных социальных стереотипов и подверженности «фейковому импринтингу» (вера в созданную пропагандой картину мира), доминирования оппозиции «свой—чужие» и распространения этноцентризма и этнофаворитизма. Необходимо понимать жизнь — как театр метафор, а человека — как сложную многомерную реальность, работать с мнимой ситуацией развития как источником превращения невозможного в возможное (Л.С. Выготский). Такую практику развивал Ф.Е. Василюк

наряду с другими мастерами «создания воображаемых реальностей» — А.У. Харашем и А.А. Пузыреем.

Экзистенциальные проблемы консультирования взрослых были подняты в докладе доктора психол. наук, профессора кафедры психологии образования Института педагогики и психологии МПГУ Е.Е. Сапоговой «Экзистенциальный бэкграунд консультирования взрослых». Елена Евгеньевна рассматривает глобальные причины обращения за психологической помощью — осознание неопределенности, усиление экзистенциальной неуверенности и др. В таких условиях на первый план выходят смысловые аспекты экзистенциального существования, а консультирование превращается в со-творческий процесс, акценты которого лежат в области глубинного вопрошания. Подобное вопрошание обращено к экзистенциальному бэкграунду человека и способствует его «распутыванию», приведению к ясности. Консультант выступает медиатором между субъектом и культурой, помогая формированию нового взгляда на систему отношений «Я—Мир». Инструментом экзистенциально ориентированного консультирования становится смысловая структура самого консультанта: распутывая чужой опыт консультант вносит в него свою структуру смыслов, таким образом осуществляя процесс взаимообмена и со-творчества.

В докладе Н.В. Ключевой, профессора, доктора психол. наук, зав. кафедрой консультационной психологии ЯрГУ имени П.Г. Демидова «Концептуальный, образовательный и организационный контексты психологического консультирования» был представлен опыт работы ярославского профессионального сообщества психологов. Автор говорит о задачах, возникающих перед сообществом в условиях переживания человеком культурной травмы. Психотерапия перестает быть исключительно кабинетной, она становится социальной практикой, практикой работы с большими социальными группами. Такую работу осуществляет ярославское психологическое сообщество, организуя группы психологической поддержки, сеть психологической поддержки в вузах, работу на «горячих линиях» и др. Важной задачей сообщества профессионалов остается осмысление концептуальных оснований консультирования: понимание Другого как уникального субъекта, развитие психотехнической методологии и построение научно обоснованных практик консультирования. Образовательная среда является неотъемлемой частью развития профессионального сообщества. В ЯрГУ реализуется многоуровневая система подготовки консультантов, в основу которой заложен ряд принципов: обнаружение точек живой бытийности в ситуации «здесь и сейчас», создание ситуации выбора в обучении и др. Сообщество реализует систему сопровождения профессионального и личностного развития психолога-консультанта в регионе. В его задачи

входят различные аспекты организационно-управленческого контекста: этическая регуляция, создание сети психологической поддержки, формирование просвещенного клиента и др.

О значении мультикультурной компетентности (МК) специалиста говорилось в докладе кандидата психол. наук, зав. лабораторией Консультативной психологии и психотерапии «Психодемия» Н.В. Кисельниковой «Мультикультурная компетентность в работе психолога-консультанта: обнаруживая слепые пятна». Проблема МК компетентности становится особенно актуальной в настоящее время в связи с эмиграцией, мобильностью населения. Межкультурные различия связаны не только с этнической принадлежностью, но и с другими видами неравенства. МК выступает особым фильтром, оптикой, которая делает консультанта чувствительным к своеобразному опыту людей, отличающегося от его собственного. Модель МК включает убеждения и установки специалиста, знания о социальном контексте клиента, его ценностях и убеждениях, навыки работы с культурно-отличающимся клиентом. В нашей стране образованию в области МК не придается должного значения. При этом исследования показывают, что психологи, компетентные в области межкультурных различий, демонстрируют большую эффективность, а клиенты в этом случае более удовлетворены терапией.

По окончании пленарного заседания конференция продолжилась в режиме знакомства со стендовыми докладами. В ряде докладов поднимались вопросы работы с детско-родительской проблематикой: докладах В.А. Меренкова об уровнях родительской ориентировки относительно ребенка с НР, Р.А. Туревской — о моделях консультирования детей в клинической практике, Д.А. Булидорова и Е.В. Кувфьяк — о подходах к пониманию родительских сценариев. Традиционно авторы представляли подходы, способы, техники работы: в докладе А.Ю. Шмигановской о применении арт-терапии в дистанционном формате, О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева и О.В. Жирновой о стратегиях вмешательства при слуховых галлюцинациях и др.

В рамках круглого стола «Психотерапевтическое образование в России: 30 лет спустя» центральными стали вопросы изменения в подготовке психологов-практиков за последние десятилетия в связи с социальными изменениями, изменениями в законодательстве и др., проблемы реализации образовательных программ в государственных учреждениях, изменения в образе выпускника образовательных программ, а также перспективы психотерапевтического образования в нашей стране.

Модератором обсуждения выступила Е.Л. Михайлова (директор Института групповой и семейной психотерапии, президент Ассоциации психодрамы (Россия). В качестве спикеров были приглашены: Н.Б. Кедрова (супервизор, ведущий тренер Московского гештальт института),

Е.В. Шерягина (доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии МГППУ, преподаватель и супервизор в подходе «Понимающая психотерапия»), А.Я. Варга (член правления Общества семейных консультантов и психотерапевтов, член Международной ассоциации семейных терапевтов (IFTA) и руководитель академического совета МП «ССТ» (НИУ ВШЭ), М.А. Гулина (психоаналитик, член IPA: Международной Психоаналитической Ассоциации; Британского Психологического Общества и Британского Психоаналитического Общества).

Все спикеры говорили о существенном развитии подготовки специалистов: появлении клинических баз, профессиональной литературы, развитии практики обучения и поддержки специалистов в супервизорских и интервизорских группах, появлении профессиональных ассоциаций и научных исследований практики и др. Психотерапевтическая практика все больше входит в обыденную жизнь человека, становится все меньше стигматизации в связи с прохождением психотерапии. Спикеры отмечали роль интернет-технологий в развитии образовательных программ.

Вопрос продвижения психолога и психологических услуг в соцсетях оказался одним из самых проблематичных. Разнообразные формы самопрезентации в соц. сетях, технологии самопомощи посредством ботов и др. — все это меняет культурный образ психолога. Изменения происходят в этических стандартах, в том числе в стандартах психологического исследования. В целом, массовость предоставления психологических услуг на просторах Интернета является опасной тенденцией, влияет на репутацию специалистов, наряду с ситуацией коммерциализация психотерапевтической деятельности.

Спикеры отмечали существенный сдвиг в осознании студентами и слушателями необходимости программ общего психологического образования, в целом, — потребность в постоянном саморазвитии и самообразовании.

Касательно организации психотерапевтической подготовки в образовательных гос. учреждениях, все спикеры отмечали трудность реализации таких программ в связи с необходимостью соблюдения гос. стандартов. Психотерапевтическое образование требует индивидуализированной подготовки, включающей дидактическую психотерапию, работу супервизором, что невозможно осуществить в больших учебных группах.

В отношении перспектив развития психотерапевтического образования и психотерапии в целом спикеры отмечали взаимосвязь развития практики терапии и развития общественных процессов в нашей стране, невозможности отделения одного от другого. Несмотря на трудности нашего времени, спикеры говорили о надежде на развитие консультирова-

ния и психотерапии, о необходимости расширения сфер практической работы психолога — в больницах, тюрьмах и др. Для этого необходимо создание профессионального сообщества, структуры психологической помощи, которая регулирует деятельность и защищает не только клиента, но и самого психолога.

По традиции, первый день конференции завершился вечером памяти Федора Ефимовича Василюка, в котором приняли участие его друзья, коллеги, ученики, сотрудники, студенты и преподаватели факультета ПК и Университета.

Ведущий вечера, доцент факультета консультативной и клинической психологии МГППУ А.И. Сосланд, вспоминал Федора Ефимовича как выдающегося создателя оригинальных концептов, сделавшего чрезвычайно много для их воплощения в жизнь, одновременно — как отзывчивого товарища, способного на душевное сочувствие и практическую помощь.

А.Б. Фенько (в 2000 г. — аспирантка, сотрудник факультета и директор Московского психотерапевтического журнала), говорила о его исключительной способности создавать не только теории, которые становятся все более актуальными в настоящее время, но и институты, каким в том числе был Московский психотерапевтический журнал.

Об особой важности для Федора Ефимовича создания факультета ПК, школы понимающей психотерапии говорила его однокурсница и коллега Е.А. Мазур.

Зав кафедрой детской и семейной психотерапии факультета профессор Е.В. Филиппова характеризовала Федора Ефимовича как человека, обладавшего гармоничной противоречивостью: с одной стороны — игрового и азартного, с другой — серьезного и ответственного, неудобного для руководства, но проявлявшего искреннюю заботу и поддержку в самые трудные минуты жизни.

Ольга Владимировна Филипповская вспоминала о подготовке последней книги Федора Ефимовича «Понимающая психотерапия как психотехническая система», вышедшей в 2022 году. Она осуществлялась параллельно с подготовкой диссертации и должна была стать результатом воплощения идей, связанных с созданием школы понимающей психотерапии, которую он «создавал, выращивал». Одна из цитат Федора Ефимовича из рабочих записей: «Общая психология должна ассимилировать психотерапию, расширить свои границы так, чтобы психотерапия оказалась внутри, но при этом должен произойти процесс методологической аккомодации, сама она должна измениться под влиянием этой новой части, а именно, она должна стать участной».

Ученица Ф.Е. Василюка, супервизор и преподаватель в направлении «понимающая психотерапия» Ю.В. Щукина, поделилась своим образом

учителя — это образ золотостарателя, который верит, что золото есть, в человеке есть сокровенная истина, которую нужно понять, и есть азарт, перед встречей с этой истиной. Нужно лишь терпение, чтобы увидеть истину в человеке.

Об особом даре Федора Ефимовича как организатора говорила ученица Федора Ефимовича, преподаватель и супервизор в подходе «Понимающая психотерапия», Е.В. Шерягина. Он умел решать сложные задачи, не пасуя перед трудностями взаимодействия со сложными в общении студентами, умело их мотивируя учиться, не пренебрегая при этом ценностью человека как личности, уважением к свободе.

Многие другие тепло говорили о своих встречах с Федором Ефимовичем, о его умении вдохновлять и поддерживать, его таланте ученого и практика, невероятной продуктивности и включенности в самые разные проекты, процессы и судьбы людей.

Второй день конференции был посвящен мастер-классам от ведущих отечественных специалистов в области психологического консультирования и психотерапии.

Ряд мастер-классов касался актуальной кризисной ситуации и возможностям работы в ней: «Логотерапия в трудные времена» (С.Б. Яблонская), «Эффективная кризисная консультация. ОРКТ-техники работы «единственной встречей» (А.С. Хегай), «Психологическая помощь детям в кризисных ситуациях» (А.Л. Венгер), «Психотехника терпения в трудных жизненных ситуациях» (Е.В. Шерягина, О.В. Шведовский, Т.Д. Карягина).

Проблемным ситуациям в работе психолога-практика и возможностям их преодоления были посвящены мастер-классы: «Особенности принятия психологами и психотерапевтами этических решений в экстремальном контексте» (Ю.В. Захарова, В.В. Федоряк), «Дропауты в психотерапии: стратегии уменьшения досрочного прекращения работы с психологом» (В.А. Богомолов), «Критические ситуации профессиональной жизни консультанта. Взгляд супервизора» (Ю.В. Шукина), «Балинтовская группа как инструмент профессионального роста психотерапевта и психолога-консультанта» (Д.А. Шипотько).

Традиционно в мастер-классах происходило знакомство с методами и направлениями психотерапии: реляционной школой психоанализа (А.В. Левчук), интермодальной терапией экспрессивными искусствами (В.В. Сидорова), методами музыкальной терапии (А. Черепанова), наррадрамой в работе с семьей (Кс. Ю. Ильинская), схема-терапией в работе с самооценкой (А.В. Романовская), фокусинг-ориентированной терапией (ведущая М.В. Ветлужских), техниками шкалирования в ОРКТ-подходе (Е.В. Лаврова, Е.А. Куминская). Были представлены авторские психологические методы — в мастер-классе О.В. Шведовского

«От замысла к смыслу. От слов — к делу» и способы работы — в мастер-классе А. Геласимовой, Кс. Ивановой «Что можно успеть за 5 бесплатных сессий в ситуации насилия».

Так 2 дня конференции стали насыщенным профессиональным событием, проблематизирующим вызовы текущего времени — «времени культурной травмы, неопределенности, потери ориентиров», ставшим пространством для их осмысления и поиска возможностей преодоления — во взаимодействии с коллегами, в развитии образовательных программ, в создании новых методов и инструментов, опоре на традиции и обращении к новациям консультативной психологии. Особую актуальность в текущей ситуации приобретает подход Федора Ефимовича Василюка не только с точки зрения осмысления и развития «умной практики», но и в качестве практики помощи и самопомощи человеку в невозможной ситуации.

#### ***Информация об авторах***

*Молостова Анна Николаевна*, кандидат психологических наук, доцент 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/0000-0003-1138-943X>, e-mail: [Molostova.psychotherapy@yandex.ru](mailto:Molostova.psychotherapy@yandex.ru)

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

***Anna N. Molostova***, PhD in Psychology, Associate Professor, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1138-943X>, e-mail: [Molostova.psychotherapy@yandex.ru](mailto:Molostova.psychotherapy@yandex.ru)

Получена 25.01.2023

Принята в печать 15.03.2023

Received 25.01.2023

Accepted 15.03.2023



---

## ИНТЕРВЬЮ INTERVIEW

---

ПРОЕКТ:  
ДЕРЕВО КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
PROJECT  
«A TREE OF CULTURAL-HISTORICAL PSYCHOLOGY»

# ИНТЕРВЬЮ С В.К. ЗАРЕЦКИМ: СВОИМ ГЛАВНЫМ УЧИТЕЛЕМ Я СЧИТАЮ Л.С. ВЫГОТСКОГО

Представлено интервью с Виктором Кирилловичем Зарецким — кандидатом психологических наук, профессором кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (Москва, Россия).

**Для цитаты:** Интервью с В.К. Зарецким: своим главным учителем я считаю Л.С. Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 136—151. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310107>

## INTERVIEW WITH V.K. ZARETSKY: VYGOTSKY IS MY MAIN TEACHER

We present an interview with Victor K. Zaretsky, PhD in Psychology, Professor, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education (Moscow, Russia).

**For citation:** Interview with V.K. Zaretsky: Vygotsky is my Main Teacher. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 136—151. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310107> (In Russ.).

### *Уважаемые читатели!*

*Вашему вниманию предлагается очередная публикация в рамках проекта «Дерево культурно-исторической психологии» (см. «Консультативная психология и психотерапия», выпуски 2017, № 3—4; 2018, № 1—2; 2022, № 4). В предшествующих публикациях интервью о том, каким видят «Дерево культурно-исторической психологии» и себя в его «кроне» дали В.В. Рубцов, Е.О. Смирнова, Н.Н. Толстых, Е.В. Филиппова, А.Б. Холмогорова, В.В. Николаева. Сегодня мы публикуем интервью на эту тему с Виктором Кирилловичем Зарецким, кандидатом психологических наук, профессором кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, и, что не менее важно, — с автором проекта «Дерево культурно-исторической психологии»!*

*Этот выпуск журнала готовился к печати в те дни, когда Виктор Кириллович отмечает свой юбилей! От имени редколлегии журнала и всего профессионального сообщества факультета консультативной и клинической психологии мы от души поздравляем Виктора Кирилловича с юбилеем, желаем ему бесконечного здоровья, а также долгих лет плодотворной творческой жизни и передачи следующим поколениям профессионалов своего уникального опыта, чтобы на «дереве» культурно-исторической психологии появилась еще одна ветвь!*

**Итак, Виктор Кириллович, первый и традиционный вопрос. Как возник Ваш интерес к психологии?**

Как возник интерес к психологии? — Как всегда случайно.

Все считали, что я технарь: я очень хорошо успевал по математике, по химии, по биологии, правда, в физике не понимал ничего. При этом физика меня интересовала больше всего, но смущало то, что я никак не мог понять даже содержание школьных параграфов. У меня возникло подозрение, что у меня нет способности к физике и тем более таланта. Я стал думать, где могут заниматься изучением проблемы способностей и таланта. Слово «психология» тогда, в конце шестидесятых, я еще не употреблял. Что есть такая наука, мне в голову не приходило (да и факультет тогда только-только был создан), пока весной 1970 года я не обнаружил следующую строчку в газете: «В воскресенье такого-то числа (это был уже, по-моему, апрель) состоится день открытых дверей на факультете психологии МГУ». И у меня закралась мысль, что, может быть, именно там-то и изучают способности!

На выбор повлиял Михаил Анчаров с его повестью «Сода-солнце». Я ее прочитал раньше. Собственно, он-то меня и вдохновил на поиск, потому что у него — идея, что все люди от природы талантливы, просто не всем удается этот талант раскрыть, но можно им помочь. Идея мне очень понравилась, потому что, если никто не может мне помочь раскрыть мои способности к физике, то, может быть, я сам научусь их раскрывать и кому-нибудь тем самым помогу. Я понял, что мне действительно хочется этим заниматься, и я поступил на вечернее отделение.

Эпохальной можно назвать встречу с Еленой Петровной Кринчик, которая состоялась во время собеседования. На собеседовании была вступительная анкета, заполняя которую я написал про эту идею способностей и таланта, про свою веру, что можно каждому помочь раскрыть свой талант. И она почему-то прониклась моей убежденностью. Елена Петровна посмотрела на меня и говорит: «Вам обязательно надо поступить на наш факультет». Я говорю: «Да я и сам хочу». «Нет, вам обязательно нужно к Гальперину!». Кто такой Гальперин я, естественно, не знал, но я запомнил, что мне нужно именно к нему.

Когда заканчивался первый курс, нужно было записываться на курсовую, я, конечно, пошел на кафедру к Гальперину. За три года обучения на кафедре мне удалось встретиться с Петром Яковлевичем только один раз. Была единственная, но долгая встреча. Гальперин был в хорошем настроении и очень весело провел со мной этот разговор, разыграв меня. Об этом я написал в статье «Думая о Петре Яковлевиче Гальперине...»<sup>1</sup>. Он мне сначала очень хорошо рассказал про всемогущий метод поэтапного формирования, с помощью которого можно сформировать абсолютно все у кого угодно, подтвердив тем самым мою идею, что способности человека неограничены. А потом сказал: «Вот Вы выбрали тему формирования творческого мышления, а я думаю, что Вы, после того, что я Вам рассказал, сами скажете, как надо формировать творческое мышление». Я напрягся. А они с Андреем Подольским сидели и вдруг видят, что я очень серьезно задумался, и так переглядываются, не лопну ли я от перенапряжения. Я чувствую, что пауза затянулась, надо что-то говорить: «Мне кажется, единственное, что мы можем сделать...». — И я замолчал. Гальперин сжалился, сказал: «Ну ладно, мы тоже пока не знаем, не переживайте!». И дал добро на то, чтобы я писал на кафедре курсовую.

Курсовой своей я был тогда разочарован, потому что я долго-долго читал, всех читал, рисовал схемы. Потом, как оказалось, эти схемы мне

---

<sup>1</sup> Зарецкий В.К. Думая о Петре Яковлевиче Гальперине... // Культурно-историческая психология. 2012. Том 8. № 4. С. 73—85.

пригодились в диссертации, потому что я рисовал схемы динамики творческого процесса. Мне тогда ни одна схема не понравилась, потому что они процесс описывали, но, опираясь на них, ничего нельзя было сделать; нельзя было помочь решить человеку творческую задачу. Способность к творчеству проявляется в том, что человек решает творческую задачу, но если у него не получается, как ему помочь? Выделяют «этап анализа». А что надо делать на этапе анализа, чтобы потом решение состоялось? Непонятно. Этап нахождения принципа решения. А что надо делать, чтобы его найти? Никто не говорит. Потом реализация. Здесь уже творчество закончилось.

**Виктор Кириллович, а я правильно понимаю, что Петр Яковлевич — это, по сути, ваш первый учитель?**

Да, Петр Яковлевич — мой первый учитель. Он дал мне в тот разговор заряд на всю оставшуюся жизнь. Но на пятом курсе я ушел с кафедры, не по «идейным соображениям», а из-за случайного стечения обстоятельств. Хотя к этому времени я уже считал, что методом поэтапного формирования сформировать творческое мышление нельзя. Аргумент был следующий: творческое мышление предполагает ошибку в начале. То есть оно имеет место тогда, когда сначала бывает ошибка. Но это не значит, что решать творческую задачу можно только методом проб и ошибок, против которого активно возражал Петр Яковлевич, призывая к действиям на полной ориентировочной основе, т. е. безошибочно с самого начала. Возникло противоречие, что в поэтапном формировании ошибка отрицается, а творческого процесса без изначально ошибочного действия и понимания задачи не бывает. Либо нужно признать ошибку, тогда нужно отказаться от одного из постулатов поэтапного формирования, либо надо интегрировать ошибку в учение о поэтапном формировании, что противоречит одному из его основных тезисов. Я был зажат в этих тисках противоречия, и не мог никак его разрешить.

Так получилось, что исследование творческого мышления я продолжил уже на кафедре педагогической психологии, на которой и защищал диплом. Обнаружилось, что там преподает человек, диплом которого я читал, который учился у Гальперина, который занимался формированием творческого мышления и продолжает заниматься творческими задачами, но не повторяя линию поэтапного формирования. Это был Игорь Никитич Семенов. Я к нему пришел и сказал, что я занимаюсь творческими задачами со второго курса, писал у Гальперина, сейчас вот должен был уйти, но хотел бы эту тему продолжать. Он сказал: «У меня уже два дипломника есть. Один занимается индивидуальным решением творческих задач, другой — коллективным. Я могу вам дать сравнитель-

ный анализ коллективного и индивидуального решения творческих задач». Я согласился. Так я стал изучать творческий процесс и именно в этом контексте впервые встретил слово «рефлексия», которое мы тогда произносили с ударением на втором слоге.

Для исследования использовался метод думанья вслух Карла Дункера, который был усовершенствован тем, что эксперимент записывался на диктофон и анализировалась вся речевая продукция, а не только переходы, «переструктурирования» одного гештальта в другой...

На защите диплома термин «рефлексия» вызвал вопросы у многих членов комиссии, но об этом событии уже не раз упоминалось в различных текстах<sup>2</sup>. Неудачная защита диплома еще больше укрепила мое желание заниматься практикой, а не наукой, и я пошел работать по распределению в Центр управления полетами, мечтал, что я буду заниматься реальными творческими проблемами и реальной практической психологией.

Благодаря диплому я встретил еще одного и главного своего учителя по жизни — Никиту Глебовича Алексеева, с которым мы работали после этого 28 лет<sup>3</sup>.

Игорь Никитич под руководством Никиты Глебовича проводил эксперименты по решению творческих задач и познакомил его с моим дипломом. Несмотря на занятость, Н.Г. внимательно прочитал диплом, в нескольких местах текст был помечен двумя черточками и стояли знаки «NB». Эти «NB» стояли против идеи интенсификации рефлексии перед инсайтом — то, что отличает динамику мышления решивших задачу от нерешивших. Были еще отмечены личностные заикливания, которые характерны для людей, у которых не происходила интенсификация рефлексии, заикливания разрушали процесс, и задача не решалась. Тогда еще не было идеи блокады и этапов в том смысле, как они потом появились в диссертации, тогда еще не был найден принцип, как анализировать речевую продукцию, чтобы эти этапы вычленить. Но я смог показать на графиках, что эти этапы есть. Также Никите Глебовичу очень понравилась идея о том, что два человека решают коллективную задачу эффективнее, чем один, в 6 раз: в 3 раза быстрее и в 2 раза продуктивнее.

Мы дали интерпретацию этому эффекту. Она заключалась в том, что когда задачу решают два человека и они организованы, то они попере-

---

<sup>2</sup> Н.Г.Алексеев описал этот курьезный случай в своей докторской диссертации, которую защищал в 2002 г.

<sup>3</sup> В журнале «Консультативная психология и психотерапия» 2022 г., № 4 опубликована статья В.К.Зарецкого «К 120-летию П.Я. Гальперина. К 90-летию Н.Г. Алексеева: у истоков рефлексивно-деятельностного подхода», в которой подробно рассказывается об учителях В.К.Зарецкого (прим. ред.).

менно меняются в своей позиции субъекта решения и позиции субъекта рефлексии, т. е. обе позиции присутствуют постоянно, а если человек решает сам, он должен выходить и возвращаться, выходить и возвращаться то в одну, то в другую позицию. Таким образом, процесс прерывается; в случае же решения вдвоем вторая позиция присутствует постоянно. Это как посмотреть одним глазом или двумя, двумя — сразу появляется объемное видение задачи.

Мы с Никитой Глебовичем обсуждали в июне мой диплом, а в июле я познакомился с Владимиром Яковлевичем Ворошиловым, который тогда безуспешно бился над телевизионной викториной, впоследствии ставшей всем известной телепередачей «Что? Где? Когда?». По его замыслу там люди решали что-то похожее на творческие задачи. При знакомстве я стал рассказывать ему о решении этих самых задач, и с ним мы уже слово «рефлексия» употребляли вполне осознанно. Семейная викторина, которую снимал Владимир Яковлевич, не получилась, и мы начали снимать «Клуб знатоков». Изначально в «Клубе знатоков» каждый отвечал на вопрос индивидуально, и если ответ был верный, то человек получал книгу.

Весной 1976 года, уже после того, как были показаны первые передачи с «Клубом знатоков», как-то уже за полночь мне звонит Ворошилов и говорит: «А что, если люди будут сидеть в кругу за столом, а стрелка волчка будет указывать не на отвечающего, а на вопрос? И вся команда будет его обсуждать». Я говорю: «И что?» — «Ну, а мы будем показывать, как они это делают». Я сказал, что это очень интересно и тут же поехал к Владимиру Яковлевичу.

Мы с ним сидели полночи, обсуждали, как будем показывать процесс рождения идеи. Встал вопрос о том, сколько можно дать времени игрокам на обсуждение вопроса. Ворошилов серьезно сказал: «Одну минуту». Я стал его убеждать, что такое невозможно — у меня один человек решает творческую задачу 24 минуты, а если их двое, то нужно 8 минут. Он говорит: «Но у нас же будет шесть человек. А если двое решают эффективнее чем один в шесть раз, то 6 могут решить за минуту?». Я только и смог ответить: «Надо проверять!».

Мы собрали команды кандидатов на передачу, стали давать им творческие задачи, и некоторые команды действительно стали решать их за одну минуту! Когда я понял, что за одну минуту можно развернуть на телевидении полноценный процесс рождения творческой идеи — это стало событием совершенно фантастической важности. Было понятно, что аналогов такой передачи просто не существует! На мой взгляд, уникальность передачи в том, что в условиях отсутствия прямого эфира (в СССР он был запрещен) она показывала живое событие — это и должно показывать телевидение.

### **А что еще Вы можете рассказать о своих учителях, ближайших коллегах?**

Сейчас основным учителем я считаю Выготского... Когда я учился, к Выготскому относились несерьезно, как к чему-то, что покрыто толстым слоем пыли и к современности отношения никакого не имеет.

Владимир Петрович Зинченко в лекциях любил пошутить, что в нашей стране хорошую вещь понятием «зона» не назовут, — это он так о зоне ближайшего развития отзывался. Георгий Петрович Щедровицкий откровенно издевался над всем, в том числе и над культурно-исторической психологией. Никита Глебович меня убеждал, что Выготский не понимал, а потому не ставил проблему рефлексии. Но тогда еще не был опубликован шеститомник Л.С.Выготского, не было исследования Е.Ю. Завершневой его архива...

На мой взгляд, Петр Яковлевич Гальперин был прямым продолжателем идей Выготского, потому что Выготский высказал идею интериоризации, а Гальперин фактически показал механизм — и как он работает, и как его использовать на практике.

Я свою линию начинаю от Гальперина, а дальше идет пересечение с Алексеевым, но до последнего времени я плохо понимал, как они соединяются, потому что Никита Глебович никогда не считал себя представителем культурно-исторической психологии, и в этом смысле нужно было еще понять, есть ли точка, которая соединяет Выготского, Алексеева и Гальперина. Выготский действительно не ставил проблему рефлексии и не употреблял этот термин, Гальперин не употреблял термин «рефлексия», а для Алексеева это было центральное понятие — сейчас говорю о рефлексии, поскольку это центральный, узловой момент вот этого процесса мышления при решении творческих задач. Никита Глебович еще в 1960-е годы проводил уроки, опираясь на рефлексю, и в кандидатской диссертации 1975 года у него было это слово, а докторская была посвящена рефлексивному мышлению.

Отрефлексированный способ — это была та самая точка, которая для меня соединила Алексеева, Гальперина и Выготского. Для Выготского прогресс внутренних психических функций — это превращение натуральных в произвольные, т. е. осознанные функции, которыми человек овладевает. Для Гальперина осознанность — это овладение способом, осознание связей компонентов действия между собой. Другими словами сейчас бы сказали, осознанность — это отрефлексированный способ. А у Никиты Глебовича — это напрямую отрефлексированный способ, и единственно только не понятно, какое отношение это имело к творческой задаче. Выготский этим не занимался, Гальперин же снял проблему, сказав, что творческое мышление — дисциплинированное мышление и надо упорядочить процесс анализа. Никита Глебович поддерживал эти

исследования, но его самого интересовало мышление в другом ключе, как коллективный процесс, хотя схему четырех уровней он очень высоко оценивал, поддерживал исследования Семенова и мои...

Ответ на этот вопрос пришел позже, когда от исследования творческих задач мы перешли к разработке способов помощи в преодолении учебных трудностей и стали называть свой подход «рефлексивно-деятельностным». И здесь аналогия с процессом решения творческой задачи очень красиво сработала. Как говорил Никита Глебович, «... пока способ не осознан, он владеет человеком». Мы это видим и в процессе решения творческой задачи, когда человек попадает в тупик и бьется в неадекватных формах понимания задачи, не в состоянии их преодолеть пока не включится рефлексия. Мы это видим у ученика, который постоянно допускает одни и те же ошибки, находясь во власти неадекватного способа, который им владеет. Таким образом, главным в творческой задачке стало не то, что она моделирует творческий процесс, а то, что она моделирует проблемную ситуацию, в которой человек, находящийся во власти неадекватного способа, наступает «на одни и те же грабли», допускает одну и ту же ошибку и не может освободиться от этого способа... пока не включится рефлексия, не наступит осознание способа, и человек тем самым не обретет способность его осознанно изменить. Осознанность (способа, действия, функции) — это та идея, которая была одной из ключевых и у Выготского, и у Гальперина, и у Алексеева.

Завершая тему учителей, хочу вспомнить про Якова Александровича Пономарева, которому я особенно благодарен, как научному руководителю моей диссертации. Он вряд ли относится к традиции КИП, он сам по себе традиция, один свою линию продвигал от и до. Но и в его концепции творческое решение наступало как осознание идеи, вызревшей в глубинах сознания (подсознания) в виде побочного продукта. Понятие осознанности и рефлексии, на мой взгляд, связывает все воедино — движение мысли Алексеева, Гальперина, Выготского, исследования творческих задач, разработку рефлексивно-деятельностного подхода к преодолению учебных трудностей...

Защита диссертации была в октябре 1984 года, спустя полгода был мартовский пленум ЦК КПСС, где выбрали М.С. Горбачева, начали говорить про гласность, перестройку, про новое мышление и началась какая-то новая эра. Я почувствовал, что можно попытаться заняться реальным делом, потому что сейчас будет много проблем, и понять, как можно помогать людям решать разные проблемы.

Психология повернулась лицом к практике. Началось испытание на прочность того, что было наработано в психологических теориях. Культурно-историческая психология это испытание выдержала. Расскажу, как мы, наконец, пришли к Выготскому.



В конце восьмидесятых, в начале девяностых стала распространяться практика помощи в коллективном решении проблем. Наиболее распространенной формой были организационно-деятельностные игры. Через участие в этих играх группа учеников Н.Г. Алексеева, в которую входил и я, глубоко вошла в практику помощи в разработке проектов педагогических инноваций, посвященных различным проблемам образования. Одной из таких острых проблем в 1990-е годы стала проблема отстающих в учебе детей, а также детей с особенностями развития и инвалидностью, которым было отказано в возможности получения образования наравне со «здоровыми» сверстниками. Еще не было инклюзивного образования, дети считались необучаемыми. На одном из наших семинаров в Перми появился проект школы для особенных детей. Потом мы постепенно начали понимать, что дети с особенностями развития нуждаются в каком-то особом педагогическом процессе, особой психологической поддержке, но главным препятствием этому является убежденность учителей в необучаемости детей. **Если учитель считает ребенка необучаемым, он его никогда не обучит и никогда ему не поможет.** Таким образом появилась практика летних школ, которая была направлена на опровержение "когнитивного убеждения" о необучаемости некоторых детей.

Здесь впервые прошла линия соприкосновения с Выготским. В проекте «Общественный договор об условиях нормального развития особенного ребенка» мы употребили понятие, которым начали пользоваться в работе с детьми, — зона посильной трудности. Мы поняли, что ребенок может учиться в девятом классе, но иметь пробелы за первый класс, и тогда нужно с ним работать по материалу первого класса.

Эта зона посильной трудности меня насторожила, и я подумал, что слышал что-то подобное, будучи студентом. Я открыл для себя заново Выготского, изучил все про зону ближайшего развития и осознал, что мы изобрели велосипед. Мы стали изучать и другие его тезисы, когда заметили странные эффекты — дети, с которыми мы занимались русским языком, стали успешными по всем предметам. Дети, которые занимаются шахматами, полностью меняли психологический строй, а мы даже не могли отследить траекторию этих изменений! И вот в поисках объяснения мы стали искать ответы на вопрос: как это возможно, что преодоление одной учебной трудности (один шаг в обучении) может приводить ко многим изменениям в ученике (к многим шагам в развитии)? По времени это как раз совпало с периодом, когда начались работы наших психологов — Н.И. Белопольской, Г.А. Цукерман, Л.Ф. Обуховой, И.А. Корепановой, Е.Е. Кравцовой, в которых содержалась важная идея о том, что зона ближайшего развития может иметь разные измерения. Об этом много написано, поэтому не останавливаюсь.

Работая над статьей о многовекторной модели зоны ближайшего развития, я вдруг понял, что Выготский не был тем маститым ученым, который проработал десятки лет и оставил бесконечное множество трудов. Это был молодой человек, который умер в 37 лет, проработавший десять лет в психологии, из которых всего семь лет осмысленно, потому что три года ушли на поиск собственной позиции. Выготского пытались интерпретировать как систему научных психологических понятий. Прелесть понятия «зона ближайшего развития» не в том, что оно объясняет процесс — объяснять можно тысячу разных способов, а в том, что его можно построить. С этой точки зрения этапы формирования умственного действия, по Гальперину, можно интерпретировать как этапы движения в зоне ближайшего развития: сначала ребенку доступно (в ЗБР) только действие в материальном плане, затем — в речевом и, наконец, — в идеальном. Работая с учебными трудностями, помогая детям их преодолевать, мы на это опираемся.

Я понял, что Выготский большинство подавляющих своих ключевых идей разработал в последние несколько лет жизни, и он понимал, что не успевает. Его фраза, которую приводит Екатерина Юрьевна Завершнева в «Записных книжках Выготского», показывает, как сам Выготский видел то, что делал, и когда он уходил из жизни, написал: «Я как Моисей привел людей на землю, но сам я ее уже не увижу, сам я туда не вступлю». Он его видел — этот образ, поэтому он лихорадочно описывал образ этой психологии, но он не успевал его передать, потому что идеи были настолько эвристичны, что каждая рождала за собой новую, цепляла.

И вот эта идея: «Один шаг в обучении — сто шагов в развитии». Фраза, за которую мы зацепились, когда нас в 2012 году пригласили работать с детьми-сиротами с инвалидностью. Я подумал, что это уже точно нам не по зубам, т. е., рефлексивно-деятельностный подход — замечательная технология, но здесь мы бессильны. Но оказалось, что можно помочь и этим детям, если верить в бесконечность развития, теоретическое обоснование которой есть у Выготского, и искать механизмы, которыми эта идея реализуется...

Этот механизм подобен четвертому измерению. Мы можем по плоскости двигаться сколь угодно долго, но это путь невозможный, эти дети никогда не смогут пройти так школьную программу, а вот если найти другое измерение, тогда шансы появляются. А в многовекторной модели зоны ближайшего развития такое измерение есть — это измерение проходит через субъектную позицию, рефлексия ученика, и возвращается новым ресурсом, в том числе и в учебной деятельности, и в любом другом аспекте развития.

**Виктор Кириллович, а если говорить о дереве, кого бы Вы поместили в корне. Кто был до Выготского, на Ваш взгляд?**

Это очень трудный для меня вопрос, которым я никогда не занимался целенаправленно. На этот счет очень мало серьезных исследований, по крайней мере, мне они неизвестны. Изучая биографию Выготского, я пришел к выводу, что важную роль в его интересе к психологии сыграл Павел Петрович Блонский, потому что Выготский совершенно точно его лекции прослушивал. В статье Блонского, например 1916 года, «Задачи и методы новой народной школы» говорится про ученика как субъекта, про рефлексию, про самоопределение. То есть это совершенно другое представление о школе, чем как было тогда, и мы можем увидеть все эти идеи, а Выготский и Леонтьев в письмах пишут друг другу, что они понимают ребенка как субъекта собственного развития, но эту идею нельзя сейчас продвигать. «Субъект собственного развития!» Когда мы стали про это говорить? Только шестьдесят лет спустя. 1992 год, статья «Младший школьник как субъект своей учебной деятельности» (авторы В.В. Давыдов, В.И. Слободчиков, Г.А. Цукерман). Но за этим же идет изменение всей парадигмы.

Я думаю, что помимо психологов и философов того времени, которые, конечно же, оказывали влияние на Выготского, огромную роль сыграл его опыт работы театральным рецензентом. В 1923 году он знакомится с А.В. Запорожцем и они обсуждают основную идею театра — передать в движении все богатство переживания, все богатство психических процессов. Как это сделать, когда есть только слово и действие! Они очень много это обсуждали. Уже через два года Запорожец приходит к Выготскому заниматься психологией, чтобы глубже изучить этот процесс, действие, и всю жизнь занимается психологией действия. Всю жизнь, понимаете! Когда во время войны они работают над восстановлением движений, Запорожец пишет про субъектную позицию (в современной терминологии) раненого по отношению к собственной реабилитации. То есть когда человек хочет, верит и делает, прилагает усилия, чтобы восстановить движения, он только в этом случае восстанавливается. Эта идея субъектности все время где-то витала в воздухе. Блонский в 1916 году, встреча Запорожца и Выготского в 1923, переписка Выготского и Леонтьева в 1932...; а потом идет яма, и выбираться из нее мы начали только в девяностые, мы и сейчас на этом пути.

**Касаемо этого пути, Виктор Кириллович. Переоткрытие культурно-исторической психологии произошло совсем недавно. Как Вам кажется, какое будущее ждет это направление?**

Я очень верю в культурно-историческую психологию. Я верю в самоопределение Выготского — человек, который понимает, что он со дня

на день умрет, не будет заниматься ни ерундой, ни карьерой, ни вписыванием своего имени в историю, он будет заниматься тем, что считает самым главным. А самым главным он считал, что психология — это практика содействия развитию и должна именно так себя и выстраивать. В книге «Исторический смысл психологического кризиса» он долго пишет «новая наука» и никак ее не называет, и только в самых последних главах он говорит: «Как же нам называть эту науку? Назовем ее психология!» Понимаете? При этом под психологией он понимал именно новую психологию; для меня это практика содействия развитию. Давайте смотреть: развитие это процесс, в котором мы непрерывно существуем, мир меняется вокруг нас каждую секунду, мы каждый день живем в новом мире. Человек не только решает, кто он такой, но он еще отвечает на вопрос о том, в каком мире он живет. Развитие — это центральный процесс. Это гарантия культурного движения, развитие — это гарантия, страховка выживания, развитие — это неперемное условие психического здоровья, не только человека, но, я думаю, и сообщества в этом смысле.

Развитие происходит через преодоление трудностей. Почему, по Выготскому, обучение ведет за собой развитие? Потому что в обучении ребенок должен прыгать выше головы, он постоянно должен делать, пытаться делать то, чего еще не умеет, и это нормальный процесс. А что делается во многих педагогических системах? Ни в коем случае не говорите, что ребенок ошибся, ни в коем случае не говорите ему о том, что он не успешен, что ему надо что-то менять. Он должен чувствовать себя психологически комфортно успешно, это нормально. Это не нормально. Это патологический процесс, с моей точки зрения. При этом ближайший источник опыта, который помогает развиваться, это человек рядом со мной, взрослый и другой человек, более развитый, у которого я могу черпать этот ресурс, а потом сам становиться более развитым.

Поэтому, мне кажется, что недалеко то время, когда культурно-историческая психология займет положенное место, если она не будет дискредитирована людьми, которые не понимают подход, но объявляют себя авторитетами в нем. С моей точки зрения, Выготского и его концепцию может понять только человек, который занимается практикой. Изучать культурно-историческую психологию и не заниматься практикой — это все равно что, не умея плавать, описывать процесс, заниматься методологией плавания. Все совершенно меняется, как только вы выходите в практику.

**Виктор Кириллович, как автор проекта «Дерево культурно-исторической психологии», расскажите о том, как у вас возник такой замысел?**

Замысел возник, как и всё, о чем я рассказывал, абсолютно случайно. После одного семинара с Борисом Даниловичем Элькониным мы об-

суждали перспективу культурно-исторической психологии, и он сказал, что существует уже четыре-пять поколений последователей Выготского. Я стал уточнять, что он имеет в виду. «Первое поколение — это сам Выготский. Второе — это его ближайшие ученики и соратники, Леонтьев, Лурия, Гальперин, Зейгарник и другие. Третье поколение — это их ученики, тут и В.В. Давыдов, и В.П. Зинченко». Я тогда сказал, что мы получаемся, поколение «три плюс», потому что учились у Гальперина, у Леонтьева, у Зейгарник, у Эльконина и у их учеников. Борис Данилович с этой мыслью согласился.

Дальше идет уже четвертое поколение, те, кто учится у нас. Некоторые наши ученики уже преподают, так что существует и пятое поколение с нынешними студентами. Мне эта идея показалась не просто «образом», она важна, потому что неочевидна. Также эта идея показалась мне очень важной именно для развития культурно-исторической психологии на западе. Кристель Манске часто говорила о том, что может понимать что-то неправильно, потому что читала все только на английском и немецком языках. Недавно мне пришло письмо из Бразилии — коллега сказала, что она начала учить русский язык после того, как осознала, что на португальский с английского Выготский переведен неправильно. На английский-то неправильно, на португальский тем более. Теперь она изучает русский, чтобы перевести прямо с русского языка Выготского.

Когда я приехал в 2016 г. в Квебек, меня сопровождал студент, и я его спросил, знает ли он, откуда родом Выготский. Он ответил, что не знает. Я задал тот же вопрос насчет Лурии, а студент ответил, что тот был американцем. В период такого обилия информации люди часто пытаются схватить что-то важное, не задумываясь о том, какие у этого корни. В 2016 г. в Квебеке я рассказал про идею Дерева, и я видел реакцию президента ISCAR и его ближайших коллег: они другими глазами увидели Российскую психологическую традицию.

Я считаю, что отечественная психология абсолютно точно опережает других в плане понимания культурно-исторического подхода. Думаю, что в отношении применения тоже, потому что мы только сейчас обнаруживаем отдельных специалистов на западе, которые используют идеи культурно-исторического подхода в психотерапии. Главная ошибка психотерапевта — утверждает Стайлс — это работать вне зоны ближайшего развития. Некоторые опираются на этот подход, на Выготского, но скрывают, точнее не афишируют.

Когда мы рисуем «Дерево», то понимаем, каким причудливым образом развиваются те или иные идеи, преломляясь через конкретные фигуры, поэтому мне кажется важным, чтобы эта картинка была. Ориентир для тех, кто входит в этот мир культурно-исторической психологии. Еще одна важная функция этого проекта — предупредить идею «накрыть»

культурно-историческую психологию неким единым правильным видением и пониманием, которую сделает какой-то очень умный человек, все изучит, прочтает и опишет, как оно на самом деле развивалось. Такие люди есть, которые любят писать, фальсифицируя историю и искажая реальный процесс. Наглядно демонстрировать реальность можно только будучи внутри самого процесса, и это выстраивание делается из рефлексивной позиции. Я выхожу в рефлексивную позицию и простраиваю свою траекторию, а рядом со мной это делает другой человек. Устанавливая отношения между нами, мы начинаем понимать линию развития культурно-исторической психологии, видеть ее ближайшие и дальние перспективы. Я бы очень не хотел, чтобы она превратилась в теорию, где были бы люди, которые говорили, как надо правильно понимать Выготского и как пользоваться этими понятиями.

Еще один момент, может быть самый главный — культурно-историческая психология сохраняет контакт с практикой и развивается вместе с практикой, с миром, в котором она существует. Появляются новые проблемы, понятия, инструменты, появляется новое назначение старых инструментов, новое понимание, и весь этот эвристический потенциал вычерпывается. Картинка будет постоянно изменяться, развиваться, потому что изменяется и развивается мир, сами люди. При этом всегда остается предписанная Выготским функция содействия развитию, создания инструментов человеческого развития, и она тоже будет дальше развиваться, мне это как раз очень нравится.

**Виктор Кириллович, учитывая тот факт, что в основном за рубежом Выготский известен по переводам, какие-то понятия трактуются неверно и в целом, как будто есть недопонимание культурно-исторической психологии, как Вам кажется, насколько возможно дальнейшее сотрудничество?**

Сотрудничество, конечно, возможно. Но есть серьезные культурные препятствия. Квебек — это франкоговорящая часть Канады, но по-английски, конечно, там тоже говорят. Один профессор из Квебека держал две книги «Мышление и речь» на английском и французском языках и утверждал, что это две совершенно разные книги! Как на английский перевести рефлексивно-деятельностный подход, в котором ребенок является субъектом собственной деятельности, если в английском, строго говоря, нет верного перевода для слов «деятельность», «рефлексия», «субъект»? Как мне перевести схему Алексеева со словами «замысел», «реализация», «рефлексия», если нет в английском таких слов? Похожее есть, конечно, но ничто не попадает в тот смысловой оттенок, что мы вкладываем. Понимать друг друга очень сложно!

Я думаю, какой-то диалог, реальное взаимодействие возможно тогда, когда при помощи грамотно подготовленных текстов начнется об-

мен онтологическими картинками и их рефлексией, вот тогда мы начнем понимать, какая культурно-историческая психология в России, какая в Канаде, какая в Греции и так далее.

Этот процесс сложный, но интересный и перспективный. В какой-то момент картинка дерева начнет преобразовываться по мере того, как мы будем вставлять туда наших зарубежных коллег. Изображение будет расширяться и становиться более красочным, главное — не бояться сложностей.

**Виктор Кириллович, у меня к Вам на сегодня последний вопрос. Какое напутствие Вы дали бы современным студентам?**

Хм... Я бы напутствие дал словами Владимира Владимировича Маяковского, который, обращаясь к потомкам, говорит это в отношении своих стихов, а я бы сказал это в отношении культурно-исторической психологии:

«В курганах книг,  
похоронивших стих,  
железки строк случайно обнаруживая,  
Вы  
с уважением  
ощупывайте их,  
как старое,  
но грозное оружие».

**Очень сильно!**

Вот я этим занимаюсь регулярно — роюсь в курганах книг и пытаюсь найти эти железки и нахожу, кстати говоря. Вы знаете, что я недавно нашел?

**Что же?**

В «Записных книжках Л.С.Выготского» на с. 432 есть такая запись: «Осознание=обобщение=овладение=общение с собой=самосознание». Я вижу в этой схеме еще одну несостоявшуюся линию, которая идет от осознанности к рефлексии. А несколько лет назад там же в «Записных книжках» я обнаружил три идеи, высказанные Выготским в его единственном докладе про шахматы и психологию, которые у нас были положены в основу проекта «Шахматы для общего развития». Только проект начался в 2004 г., а «Записные книжки» вышли в 2017...

**Виктор Кириллович, спасибо Вам за нашу сегодняшнюю беседу! Скажете ли Вы что-то в завершении?**

Спасибо, только, мне кажется, я Вас утомил...

...Если же попытаться нарисовать на «Дереве» ту ветку, на которой я вижу себя, то картинка выглядела бы примерно так. От Выготского идет

линия к Гальперину через идеи о связи обучения и развития, интериоризации, бесконечности развития. Через фигуру Гальперина тянется еще одна историческая линия — традиция психологии продуктивного мышления, которая изначально не связана с культурно-исторической психологией. Но через понятие осознанности, а затем и рефлексии (здесь ключевой фигурой является Н.Г. Алексеев) обе линии соединяются и образуют направление, которое мы теперь называем рефлексивно-деятельностным подходом к оказанию помощи в преодолении учебных трудностей, способствующей развитию. И сейчас есть довольно многочисленная плеяда молодых психологов, которые серьезно занимаются применением и развитием РДП. Это Маргарита Михайловна и Михаил Михайлович Гордоны, Юрий Викторович Зарецкий, Ирина Андреевна Николаевская, Петр Валерьевич Маслов, Оксана Владимировна Глухова, Анна Андреевна Сидоренко, Владимир Александрович Ушаков и другие. Каждый год ряды сторонников РДП пополняются, средства помощи, основанные на РДП, находят все новое применение, сфера практики расширяется, что способствует переосмыслению его глубокой укорененности в культурно-исторической психологии. Так что «крона» Древа культурно-исторической психологии становится все гуще, веточек на ней все больше, и это очень интересный процесс!

*Брала интервью: Д.Д. Ведмицкая*

*Над текстом работали:*

*Д.Д. Ведмицкая, Д. Савельева, М. Пашкевич*



---

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
И ПСИХОТЕРАПИИ**

---

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL  
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

## **ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ УЯЗВИМОГО НАРЦИССИЗМА**

Предлагаем вниманию читателей два материала об исследованиях связей уязвимого нарциссизма с гиперчувствительностью и ядром «темной триады».

**Для цитаты:** Исследования роли уязвимого нарциссизма // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 152—155. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310108>

## **INVESTIGATIONS ON THE ROLE OF VULNERABLE NARCISSISM**

This digest offers two research materials on the links between vulnerable narcissism and hypersensitivity and the core of the «dark triad».

**For citation:** Investigations on the Role of Vulnerable Narcissism. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 152—155. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310108> (In Russ.).

В исследованиях нарциссизма уязвимый нарциссизм изучен менее тщательно, чем грандиозный. Он описывает тенденцию к гиперчувствительному и тревожному поведению в дополнение к чувству собственной уникальности, которое характерно для обеих размерностей нарциссизма. По контрасту с грандиозным нарциссизмом уязвимый нарциссизм пред-

полагает также выраженную эгоцентричность, низкую самооценку, застенчивость, социальную отгороженность и эмоциональную ранимость. Исследования последних лет показывают, что уязвимый нарциссизм в большей мере вредит психическому здоровью, чем грандиозный нарциссизм. Он ассоциирован с психологическими проблемами и использованием таких неадекватных стратегий регуляции эмоций, как агрессия и подавление. Большинство экспертов считают, что нарциссическое личностное расстройство в DSM-5 касается в большей мере грандиозного нарциссизма, чем нарциссизма уязвимого. В настоящем дайджесте представлены два недавних исследования, посвященных изучению связи уязвимого нарциссизма с гиперчувствительностью и ядром «темной триады».

### **Высокая чувствительность и гиперсензитивный нарциссизм**

Высокая чувствительность обычно считается положительным качеством, тогда как нарциссизм считается чертой отрицательной. Однако исследование, выполненное учеными Австрии и Германии, говорит о значительной общности характеристик у людей высокочувствительных и у «уязвимых нарциссов».

Термин «высокочувствительная личность» был введен в употребление Elaine Aron в 1996 году. Этот конструкт описывает человека с повышенной чувствительностью к сенсорной стимуляции. Люди с этой особенностью считают ее как своим благословением, так и проклятием — она дает им уникальную способность, но она же осложняет их существование в обществе, имеющем совершенно иные потребности. По мнению исследователей, это чувство «инаковости» может вызвать у высокочувствительных людей чувство собственной исключительности и, как следствие, потребность в особом отношении к ним со стороны окружающих. Эти черты заставляют вспомнить о фундаментальных характеристиках нарциссизма — чувстве собственной уникальности и значимости. Более того, уязвимая грань нарциссизма предполагает чувствительность к социальным стимулам, что напоминает чувствительность к внешним стимулам среди высокочувствительных людей.

В рамках настоящего исследования две отдельные выборки взрослых — 280 человек из Германии и 310 человек из Соединенного Королевства — заполнили онлайн-опросники, оценивающие разнообразные личностные характеристики, а также психологические и соматические симптомы. Обе выборки заполнили шкалу оценки высокой чувствительности (Highly Sensitive Person Scale — HSPS), которая измеряет тенденцию к ощущению перегруженности (легкость возбуждения), чувствительность к внешним стимулам (низкий сенсорный порог) и

чувствительность к эстетической ценности. Кроме того, были выполнены измерения типов нарциссизма.

В обоих исследованиях высокая чувствительность положительно коррелировала с гиперсензитивным нарциссизмом и уязвимым нарциссизмом. Особенно сильно с двумя измерениями нарциссизма оказалась связан фактор легкости возбуждения. Другой общей чертой для высокой чувствительности и нарциссизма является чувство собственной уникальности. В обоих исследованиях высокая чувствительность и нарциссизм оказались связаны с невротизмом и интроверсией, а также сопряжены с более выраженными симптомами психологического дистресса и повышенной вероятностью диагноза в области психического здоровья.

Авторы отмечают, что по данным исследования высокая чувствительность и гиперсензитивный нарциссизм — это не одно и то же, но у них есть значимые общие характеристики, в частности, механизмы саморегуляции, которые в конечном итоге препятствуют личностному росту. Особенно это касается лиц, быстро впадающих в возбуждение. Исследователи подчеркивают, что выполненное исследование не является попыткой «патологизировать» высокую чувствительность — скорее, речь идет об изучении всех аспектов высокой чувствительности и нарциссизма, как благоприятных, так и неблагоприятных, как адаптивных, так и потенциально проблемных. Ограничением обоих исследований авторы считают оценку личностных черт по опросникам на основе самоотчета. В будущих исследованиях можно попытаться дополнить данные на основе самоотчета материалами, собранными из внешнего окружения, или даже получить поведенческие данные методом эксперимента.

Оригинал: *Jauk E., Knödler M., Frenzel J., Kanske Ph.* Do highly sensitive persons display hypersensitive narcissism? Similarities and differences in the nomological networks of sensory processing sensitivity and vulnerable narcissism // *Journal of Clinical Psychology*. 2023. № 79 (1). P. 228—254. DOI: 10.1002/jclp.23406

## **Уязвимый нарциссизм и темный фактор личности**

Научные исследования последних лет, посвященные социально аверсивным личностным чертам, все больше занимаются поиском общих элементов между этими конструктами. Так, введенное понятие «темной триады личности» объединяет психопатию, макиавеллизм и нарциссизм, с присущими им характеристиками: для психопатии — это бессердечность и отсутствие угрызений совести, для макиавеллизма — безразличие к конвенциональной морали и идеологиям и желание манипулировать другими, для нарциссизма — идеи величия, эксплуатация других и чувство собственной уникальности и избранности с претензией на большие права по сравнению с людьми «рядовыми». В поисках общего ядра «тем-

ной триады», или D-фактора (от англ. dark), ранее предлагалось рассматривать такие качества, как низкая степень честности-смирения, слабая готовность к компромиссам, манипулирование другими и бессердечие. Однако исследования этого фактора пока не обращались к роли уязвимого нарциссизма, ограничиваясь контекстом грандиозного нарциссизма.

Уязвимый нарциссизм изучен значительно хуже и не рассматривается как «темная» черта. Его помещали в отдельную «темную триаду», наряду с психопатией и пограничным расстройством личности, где общей чертой для всех — помимо межличностного антагонизма, характерного для более традиционных «темных» черт личности — является тенденция к негативной эмоциональности.

В новом исследовании ученые из Венского университета в поисках связи между уязвимым нарциссизмом и D-фактором использовали метод эксплораторного и репликационного факторного анализа на материале двух выборок с общим количеством участников более 2400 человек. Первое исследование было посвящено выявлению факторной структуры популярных инструментов для измерения черт «темной триады»: *Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS)*, используемой для оценки уязвимого нарциссизма; краткой версии *Narcissistic Personality Inventory (NPI-15)*, измеряющей характеристики грандиозного нарциссизма; шкалы *Self-report Psychopathy (SRP-III)*, применяемой для оценки психопатии и шкалы *MACH*, измеряющей уровень макиавеллизма.

Проведенное год спустя второе исследование проверяло установленную факторную структуру на новых данных и применило модель D-фактора. Авторы показывают, что в субклинических выборках шкала гиперсензитивного нарциссизма *HSNS* измеряет не один, а скорее два слабо коррелируемых между собой фактора: чувствительность к суждениям других и эгоцентричность. Чувствительность к суждениям других фиксирует тенденцию к легкой ранимости от замечаний других людей или неправильную их интерпретацию как враждебных. Эгоцентричность — это тенденция к полному погружению в собственные интересы и проблемы, игнорируя интересы и чувства других людей или просто забывая о них. При этом лишь эгоцентричность обладает значительным весом для D-фактора, что позволяет предположить, что именно эту черту следует относить к ядру «темной триады». Авторы обсуждают значение результатов исследования для организационной и промышленной психологии.

Оригинал: *Starlinger A., Voracek M., Tran U. Vulnerable narcissism and the dark factor of personality: Insights from a cross-validated item-level and scale-level factor-analytic approach // Personality and Individual Differences. 2022. № 185(1). DOI: 10.1016/j.paid.2021.111283*

## **ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**

*Холмогорова Алла Борисовна* — доктор психологических наук, профессор

## **ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

*Барabanников Владимир Александрович* — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

*Веракса Николай Евгеньевич* — доктор психологических наук, профессор

*Гаранян Наталья Георгиевна* — доктор психологических наук, профессор

*Головей Лариса Арсеньевна* — доктор психологических наук, профессор

*Зарецкий Виктор Кириллович* — кандидат психологических наук, доцент

*Лутова Наталия Борисовна* — доктор медицинских наук

*Майденберг Эмануэль* — доктор психологических наук, профессор

*Марцинковская Татьяна Давидовна* — доктор психологических наук, профессор

*Польская Наталия Анатольевна* — доктор психологических наук, профессор

*Сирота Наталья Александровна* — доктор медицинских наук, профессор

*Филиппова Елена Валентиновна* — кандидат психологических наук, доцент

*Холмогорова Алла Борисовна* — доктор психологических наук, профессор

*Шайб Питер (Германия)* — PhD, психотерапевт

*Шумакова Наталия Борисовна* — доктор психологических наук

*Ялтонский Владимир Михайлович* — доктор медицинских наук, профессор

## **ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА**

*Бек Джудит (США)* — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии

*Кадыров Игорь Максutowич* — кандидат психологических наук

*Карягина Татьяна Дмитриевна* — кандидат психологических наук, доцент

*Кехеле Хорст (Германия)* — доктор медицинских наук, профессор

*Копьев Андрей Феликсович* — кандидат психологических наук, профессор

*Ленгле Альфрид (Австрия)* — доктор медицинских наук, профессор

*Петровский Вадим Артурович* — доктор психологических наук, профессор

*Перре Майнрад (Швейцария)* — доктор психологических наук, профессор

*Соколова Елена Теодоровна* — доктор психологических наук, профессор

*Сосланд Александр Иосифович* — кандидат психологических наук, доцент

*Тагэ Сэфик (Германия)* — доктор медицинских наук, психолог

## **Требования к материалам, предоставляемым в редакцию<sup>1</sup>**

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: [moscowjournal.cpt@gmail.com](mailto: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](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](http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml)) является основанием для отправки материала на доработку автору.

---

<sup>1</sup> С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: [http://psyjournals.ru/info/homestyle\\_guide/index.shtml](http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml)