

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА»**
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов
 Кафедра педагогики и психологии начального образования

Шадрина Юлия Владимировна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Групповое психологическое консультирование как средство коррекции
синдрома самозванца у студентов-медиков

Направление подготовки: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Магистерская программа «Мастерство психологического консультирования»

ДОПУЩЕНА К ЗАЩИТЕ:
Заведующий кафедрой
к.пс.н., доцент Мосина Н.А.

Руководитель магистерской программы
к.пс.н., доцент Сафонова М.В.

Научный руководитель
к.пс.н., доцент Мосина Н.А.

Магистрант
Шадрина Ю.В.

Оценка _____

Красноярск, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕФЕРАТ	3
ВВЕДЕНИЕ.....	10
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА САМОЗВАНЦА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	16
1.1. Подходы к изучению синдрома самозванца в зарубежной и отечественной психологии.....	16
1.2. Особенности проявления синдрома самозванца у студентов- медиков.....	32
1.3. Возможности применения группового психологического консультирования студентов-медиков для коррекции синдрома самозванца.....	44
Выводы по главе 1.....	53
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ГРУППОВОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ КАК СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА САМОЗВАНЦА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	57
2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента.....	57
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента	96
2.3. Анализ результатов формирующего эксперимента	109
Выводы по главе 2.....	116
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	118
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	120
Приложение А	132
Приложение Б	138
Приложение В.....	156
Приложение Г	158

РЕФЕРАТ

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Групповое психологическое консультирование как средство коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков».

Объем – 160 страниц, включая 22 рисунка, 21 таблицу, 4 приложения. Количество использованных источников – 92.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу группового психологического консультирования студентов-медиков с целью коррекции синдрома самозванца.

Объект исследования: процесс коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

Предмет исследования: групповое психологическое консультирование как средство коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

Гипотеза исследования:

Синдром самозванца у студентов-медиков связан с искаженным восприятием собственных достижений, низким уровнем самоотношения и внутренними конфликтами, что приводит к снижению мотивации и увеличению страха неудач.

Мы предполагаем, что групповое психологическое консультирование будет являться результативным, если будет организовано психологическое воздействие, направленное на комплексную коррекцию синдрома самозванца через использование следующих методов и приемов: психологическая (тематическая) беседа, групповая дискуссия, ситуационно-ролевые игры, приемы когнитивно-поведенческой терапии, экзистенциальной терапии и телесно-ориентированной терапии.

Теоретико-методологические основания исследования:

- в области исследования синдрома самозванца: Л.И. Булгаковой, А.И. Вишнякова, А.А. Золотаревой, Д.С Корниенко, Т.М. Пермяковой, Н.А. Рудновой, О.Б. Симатовой, М.С. Шевелевой, С. Аймс, С. Кац, П. Клэнс, Дж. Коллигиана, М. Леонгардта, Р. Мак-Элви, Р. Стернберга, Дж. Харвей, В. Янг;
- в области группового психологического консультирования: Ю.М. Забродина, В.А. Маниной, В.Ю. Меновщикова, Д. Кори, Р. Кочюнаса, И. Ялома.

Методы исследования:

- теоретические: анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение, систематизация;
- эмпирические: тестирование, беседа, эксперимент (групповое консультирование);
- статистические: количественный и качественный анализ данных, методы математической обработки.

Экспериментальная база исследования: эксперимент проводился на базе ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. В исследовании приняли участие 122 студента 1 и 3 курсов, обучающиеся по специальностям 31.05.02 Педиатрия и 31.05.01 Лечебное дело, в возрасте от 17 до 22 лет. Всего было проведено 8 консультаций.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что оно вносит вклад в понимание деструктивной сущности синдрома самозванца, препятствующей полноценному психическому развитию студентов и эффективности их деятельности.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что программа групповых консультаций, направленная на коррекцию синдрома самозванца, может быть использована в работе психологов психологических центров учреждений высшего образования, среднего профессионального образования, а также в работе педагогов-психологов в

общеобразовательных учреждениях, способствуя реализации потенциала обучающихся, повышению их личной эффективности и уровня удовлетворенности жизнью.

Структура диссертации:

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы проведенного исследования. Представлены научные позиции исследователей при изучении синдрома самозванца. Рассмотрены аспекты синдрома самозванца у студентов и способы его коррекции. Раскрыты возможности использования группового психологического консультирования с целью коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

В Главе 2 представлены особенности организации и реализации опытно-экспериментальной работы по теме исследования. Представлена методическая организация исследования. Последовательно приведены результаты констатирующего этапа исследования, суть и характеристики формирующего этапа исследования, сведения, полученные в ходе контрольного этапа исследования. Сформулированы выводы на основе полученной информации.

В заключении сформулированы основные результаты.

В Приложениях приведены результаты диагностики на констатирующем и контрольном этапах исследования, программа групповых консультаций, расчеты статистико-математической обработки полученных исследовательских данных.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

ABSTRACT

Dissertation for the Master's degree in the field of Psychological and pedagogical education «Group Psychological Counseling as a Means of Correcting the imposter Syndrome in Medical Students».

Volume: 160 pages, including 22 figures, 21 tables, and 4 appendices.
Number of references: 92.

Study objective: to theoretically substantiate and experimentally test a group psychological counseling program for medical students to correct impostor syndrome.

Object of study: the process of correcting impostor syndrome in medical students.

Subject of study: group psychological counseling as a means of correcting impostor syndrome in medical students.

Research hypothesis:

The impostor syndrome in medical students is associated with a distorted perception of their own achievements, low self-esteem, and internal conflicts, which leads to decreased motivation and increased fear of failure.

We assume that group psychological counseling will be effective if psychological interventions are organized, aimed at comprehensively correcting the impostor syndrome through the use of the following methods and techniques: psychological (thematic) conversation, group discussion, situational role-playing games, techniques of cognitive-behavioral therapy, existential therapy and body-oriented therapy.

Theoretical and methodological foundations of the study:

- in the field of research on the impostor syndrome: L.I. Bulgakova, A.I. Vishnyakova, A.A. Zolotareva, D.S. Kornienko, T.M. Permyakova, N.A. Rudnova, O.B. Simatova, M.S. Sheveleva, S. Imes, S. Katz, P. Clance, J. Kolligian, M. Leonhardt, R. McElwee, R. Sternberg, J. Harvey, V. Young;
- in the field of group psychological counseling: Yu.M. Zabrodin, V.A. Manina, V.Yu. Menovshchikov, D. Kori, R. Kochyunas, I. Yalom.

Research methods:

- Theoretical: analysis of the psychological literature on the research problem, generalization, and systematization;
- Empirical: testing, interviews, experiments (group counseling);
- Statistical: quantitative and qualitative data analysis, mathematical processing methods.

The experimental study was conducted at the Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky, part of the Russian Ministry of Health. The study involved 122 first- and third-year students majoring in 31.05.02 Pediatrics and 31.05.01 General Medicine, aged 17 to 22. A total of eight consultations were held.

The theoretical significance of the study lies in the fact that it contributes to the understanding of the destructive nature of the impostor syndrome, which hinders the full mental development of students and the effectiveness of their activities.

The practical significance of the study is that the group consultation program aimed at correcting the impostor syndrome can be used in the work of psychologists in psychological centers of higher education institutions and secondary vocational education institutions, as well as in the work of educational psychologists in general education institutions, contributing to the realization of students' potential, increasing their personal effectiveness and level of life satisfaction.

Dissertation Structure:

The description of the presented research includes an introduction, two chapters, a conclusion, a list of references, and appendices.

The Introduction discusses the relevance of the work, the goals and objectives of the research, the theoretical and practical significance of the dissertation, and formulates the theses submitted for defense. The dissertation's content is briefly presented.

Chapter 1 describes the theoretical basis of the study. The scientific positions of researchers in studying the impostor syndrome are presented. This article examines aspects of the impostor syndrome in students and methods for its correction. The potential of using group psychological counseling to correct the impostor syndrome in medical students is explored.

Chapter 2 presents the specifics of organizing and implementing experimental work on the research topic. The methodological organization of the study is presented. The results of the ascertaining phase of the study, the essence and characteristics of the formative phase of the study, and the information obtained during the control phase of the study are presented in sequence. Conclusions are formulated based on the information obtained.

The conclusion summarizes the main findings.

The appendices provide descriptions of the diagnostic results from the ascertaining and control stages of the study, the group consultation program, and statistical and mathematical calculations for the obtained research data.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research objectives were solved, and the goal was achieved.

ВВЕДЕНИЕ

В современном динамично меняющемся и развивающемся мире человеку необходимо быть адаптивным, постоянно развиваться в личностном и профессиональном плане. Это определяет необходимость совершенствования определенных навыков, позволяющих выстроить эффективную стратегию жизни.

Актуальность исследования синдрома самозванца обусловлена социокультурными тенденциями современного общества, которые стимулируют к профессиональному росту, ориентируют на успех и высокую эффективность.

В современной экономической ситуации перед работодателями стоит задача повышения производительности труда, поддержания высокой конкурентоспособности организации, развития профессионального потенциала сотрудников, удержания высокоэффективных специалистов, такими часто являются сотрудники с выраженным синдромом самозванца.

В последние годы неуклонно растет интерес к синдрому самозванца со стороны исследователей и общества, увеличивается количество исследований и публикаций в научной и научно-популярной литературе. В исследованиях отмечается широкая распространенность синдрома самозванца, не ограниченная возрастными рамками, социальным статусом или полом. В частности, большой интерес вызывает вопрос структурно-содержательных особенностей синдрома самозванца у студентов и методы целенаправленного воздействия на него.

Учитывая вышеизложенное, актуальность исследования обусловлена растущим академическим интересом к практической направленности коррекции синдрома самозванца. Нами отмечено наличие большого количества современных исследований, рассматривающих в различных аспектах корреляционные связи синдрома самозванца с самооценкой, прокрастинацией, перфекционизмом, мотивацией, уровнем

удовлетворенности жизнью, профессиональным и эмоциональным выгоранием, нарциссизмом, самоотношением, самоэффективностью и т.д. При этом в рамках психолого-педагогических исследований мало внимания уделяется проблематике формирования программ целенаправленной коррекции синдрома самозванца и их применения в образовательных и иных организациях.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу группового психологического консультирования студентов-медиков с целью коррекции синдрома самозванца.

Объект исследования: процесс коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

Предмет исследования: групповое психологическое консультирование как средство коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

Гипотеза исследования:

Синдром самозванца у студентов-медиков связан с искажённым восприятием собственных достижений, низким уровнем самоотношения и внутренними конфликтами, что приводит к снижению мотивации и увеличению страха неудач.

Мы предполагаем, что групповое психологическое консультирование будет являться результативным, если будет организовано психологическое воздействие, направленное на комплексную коррекцию синдрома самозванца через использование следующих методов и приемов: психологическая (тематическая) беседа, групповая дискуссия, ситуационно-ролевые игры, приемы когнитивно-поведенческой терапии, экзистенциальной терапии и телесно-ориентированной терапии.

Исходя из цели, объекта, предмета и гипотезы были сформулированы задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы синдрома самозванца в зарубежной и отечественной психологии на основе анализа научной литературы.

2. Описать специфику синдрома самозванца, определить основные приемы и способы работы, адаптировать их к участникам исследования.
3. Составить диагностический комплекс для проведения констатирующего этапа исследования.
4. Провести первичную диагностику в рамках констатирующего этапа исследования и описать актуальный уровень синдрома самозванца у студентов-медиков.
5. Составить и реализовать программу групповых консультаций по коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.
6. Провести вторичную диагностику в рамках контрольного этапа исследования и оценить сдвиги значений исследуемых показателей после формирующего эксперимента.
7. Проверить гипотезу с помощью методов математической статистики.

Для реализации поставленных задач в исследовании использовались следующие методы исследования:

- теоретические: анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение, систематизация;
- эмпирические: тестирование, беседа, эксперимент (групповое консультирование);
- статистические: количественный и качественный анализ данных, методы математической обработки.

В опытно-экспериментальной части использовались следующие диагностические методики:

1. Шкала феномена самозванца. Автор: П. Клэнс (1985). Адаптация: М.С. Шевелева, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермякова (2021).
2. Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите. Автор: Т. Элерс (1964). Адаптация: М.А. Котик (1981).
3. Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху. Автор: Т. Элерс (1964). Адаптация: М.А. Котик (1981).

4. Тест-опросник самоотношения, ОСО. Авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев (1987).

Экспериментальная база исследования: ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. В исследовании приняли участие студенты 1 и 3 курсов, обучающиеся по специальностям 31.05.02 Педиатрия и 31.05.01 Лечебное дело, в возрасте от 17 до 22 лет. Выборку респондентов констатирующего этапа составили 122 человека. Выборка респондентов экспериментальной группы проводилась по результатам констатирующего этапа и составила 7 студентов, у которых был выявлен высокий уровень проявления синдрома самозванца, и которые были согласны пойти в работу.

Апробация результатов исследования проводилась в ходе организации и проведения групповых консультационных встреч на базе учебной аудитории 4-60/2 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. Всего было проведено 8 групповых консультаций.

Теоретическую и методическую основу исследования составили работы зарубежных и отечественных ученых:

- в области исследования синдрома самозванца: Л.И. Булгаковой, А.И. Вишнякова, А.А. Золотаревой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой, Н.А. Рудновой, О.Б. Симатовой, М.С. Шевелевой, С. Аймс, С. Кац, П. Клэнс, Дж. Коллигиана, М. Леонгардта, Р. Мак-Элви, Р. Стернберга, Дж. Харвей, В. Янг;
- в области группового психологического консультирования: Ю.М. Забродина, В.А. Маниной, В.Ю. Меновщикова, Д. Кори, Р. Кочюнаса, И. Ялома.

Научная новизна исследования заключается в том, что при использовании указанных методик получены новые эмпирические данные о структурно-содержательных особенностях синдрома самозванца у студентов-медиков.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что оно вносит вклад в понимание деструктивной сущности синдрома самозванца, препятствующей полноценному психическому развитию студентов и эффективности их деятельности. В исследовании описана и использована методика «Шкала феномена самозванца» П. Клэнс, которая по согласованию с ее автором адаптирована и апробирована на российской выборке в 2021 г. М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко и Т.М. Пермяковой. Разработана и апробирована программа коррекции синдрома самозванца в условиях группового консультирования.

Практическая значимость работы заключается в том, что программа групповых консультаций, направленная на коррекцию синдрома самозванца, может быть использована в работе психологов психологических центров учреждений высшего образования, среднего профессионального образования, а также в работе педагогов-психологов в общеобразовательных учреждениях, способствуя реализации профессионального потенциала обучающихся, повышению их личной эффективности и уровня удовлетворенности жизнью.

Структура диссертации: данное исследование состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

Во Введении обоснована актуальность выбранной темы работы, сформулированы объект и предмет, цель и задачи исследования, выдвинута гипотеза, изложена научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования.

В Главе 1 приведены теоретические основы проведенного исследования. Представлены научные позиции исследователей при изучении синдрома самозванца. Рассмотрены аспекты проявления синдрома самозванца у студентов и способы его коррекции. Раскрыты возможности использования группового психологического консультирования с целью коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

В Главе 2 приведены особенности организации и реализации опытно-экспериментальной работы по теме исследования. Представлена методическая организация исследования. Последовательно приведены результаты констатирующего этапа исследования, суть и характеристики формирующего этапа исследования, а также сведения, полученные в ходе контрольного этапа исследования. Сформулированы выводы на основе полученных данных.

Заключение представляет собой обобщение основных выводов, полученных в ходе выполнения диссертации.

В Приложениях приведены результаты диагностики на констатирующем и контрольном этапах исследования, программа групповых консультаций, расчеты статистико-математической обработки полученных исследовательских данных.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА САМОЗВАНЦА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1. Подходы к изучению синдрома самозванца в зарубежной и отечественной психологии

Для каждого человека важное значение имеет психологическое благополучие. Если обратиться к термину, можно обнаружить, что он отражает не только интегральное системное состояние человека, которое предопределено рядом факторов [33], но и его способность воспринимать и оценивать собственную самореализацию относительно имеющегося потенциала.

Для его обеспечения необходим комплекс внутренних ресурсов личности, способных преодолевать препятствия внешнего характера. Одним из препятствий в достижении психологического благополучия может стать синдром самозванца. В литературе он часто упоминается как феномен самозванца. Он не позволяет оценивать себя объективно.

Синдром самозванца не считается пограничным расстройством личности и не содержится ни в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), ни в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-V) [35]. Однако, большое количество исследователей используют термин «синдром самозванца». В нашем исследовании мы будем использовать обе формулировки в связи с их широким применением в психолого-педагогической литературе.

Согласно исследованию Международного журнала поведенческой науки [89], около 70 процентов людей так или иначе сталкивались с проявлениями этого синдрома в своей жизни. Однако, согласно данным совместного исследования платформы онлайн-рекрутинга hh.ru и социальной сети для нетворкинга «Сетка» в июне 2025 года, почти половина респондентов приписывает карьерные успехи удаче или

стечению обстоятельств, а не собственным усилиям. В опросе участвовали почти 2 900 соискателей обоих полов старше 18 лет из крупных городов. Согласно результатам, оказавшимся в распоряжении Life.ru, наиболее часто синдром самозванца проявляется у младших специалистов, однако каждый четвёртый топ-менеджер также сталкивается с этой проблемой. Женщины подвержены синдрому значительно чаще мужчин, а для 45% респондентов он становится препятствием для карьерного роста. 59% респондентов считают себя компетентными специалистами, но лишь 17% абсолютно уверены в своих навыках. 42% проявляют умеренную уверенность, а каждый третий открыто сомневается в своих компетенциях. Согласно данному исследованию, синдром самозванца распространён среди всех категорий работников: 56% – начинающие специалисты, 48% – сотрудники среднего звена, 24% – ведущие специалисты и 28% – топ-менеджеры. Среди работников до 24 лет проблема наблюдается у 52%, в группе 25–34 лет – у 40%, а к 45 годам показатель снижается до 15–17%. Женщины чаще выражают сомнения в компетенциях (40% против 29% у мужчин) и реже демонстрируют уверенность (54% против 65%) [79].

В эпоху социальных сетей, где успех часто выставляется напоказ, а недостатки скрываются, люди, страдающие от синдрома самозванца, могут стать жертвами постоянных неблагоприятных сравнений. Это становится навязчивым фоном, где всегда попадаются на глаза более успешные в профессии люди, более популярные профессионалы и где собственная личность чаще всего проигрывает в режиме социального сравнения [35].

В современной науке синдром самозванца рассматривается в целом ряде концепций при отсутствии единого подхода к его природе, проявлениям и последствиям для развития и социально-психологической адаптации личности. В обобщённом виде сущность развернувшейся научной дискуссии можно определить как ось, полюсами которой

выступает рассмотрение синдрома самозванца, с одной стороны, как специфической личностной характеристики, а с другой – как варианта эмоционального состояния личности [6; 74].

Появление термина «феномен самозванца» связано с именами американских психологов П. Клэнс и С. Аймс, которые выявили его в результате систематических наблюдений во время терапевтических сеансов с женщинами. Согласно их определению, «феномен самозванца характеризуется внутренней убежденностью человека в том, что его успех зависит исключительно от случайности, внешней ошибки, личного обаяния». Они отметили «внутреннее переживание интеллектуальной фальшивости, присущее людям, которые не могут интернализировать свой успех» и «внутреннее ощущение сомнения в своих интеллектуальных способностях, которое особенно часто встречается среди женщин с высоким уровнем достижений». Они полагали, что данный феномен относится к людям, которые считают себя неадекватными и не верят в свои способности даже при наличии компетентности, достижений и квалификации [73]. По их мнению, феномен самозванца – это личностная особенность. Среди наиболее известных формулировок термина – то, которое они дали в данной статье.

Люди с феноменом самозванца считают, что окружающие люди в любой момент могут узнать, что они не настолько способны и трудолюбивы, как о них думают другие, поэтому испытывают постоянную тревогу. Они уверены, что их успех – это следствие удачного стечения обстоятельств, а не результат их труда и целеустремленности. В монографии П. Клэнс [20] были детально описаны основные проявления феномена самозванца:

1. Цикл самозванца (импостора) – определенный шаблон поведения, в котором присутствуют действия, реакции и объяснение результата. Это указывает на то, что в нем задействованы три сферы: эмоциональная, интеллектуальная и волевая. В основе данного цикла лежит

неуверенность в себе, что провоцирует высокий уровень тревожности при столкновении с новой задачей). Диаграмму, иллюстрирующую «Цикл самозванца» П. Клэнс, предложили в своей статье Дж. Сакулку и Дж. Александр [89] (см. рисунок 1).



Рисунок 1. – Цикл самозванца

2. Необходимость быть особенным или лучшим по сравнению с другими. На первом этапе эта позиция соблюдается, однако в дальнейшем, по мере осознания того, что данный человек не исключителен, он перестает замечать собственные таланты и даже может считать себя глупым.
3. Эффект супермена/суперженщины (относится к идеальному выполнению действий во всех сферах жизни и установлению высоких стандартов, зачастую нереализуемых. Итогом являются разочарование и низкая самооценка из-за невозможности достичь поставленных целей).
4. Страх неудачи (им определяется любое действие «самозванца». Зачастую данный мотив приводит к ситуации, когда, чтобы быть уверенной в отсутствии неудачи, личность склонна переусердствовать).
5. Отказ от компетентности и дисконтирование похвалы (неприятие собственной компетентности и похвалы, что выражается в поиске аргументов для доказательства своей непричастности к успеху).

6. Страх успеха и чувство вины при его достижении (такие люди чувствуют дискомфорт, если в их окружении находятся люди, более успешные, чем они. В этом случае возникает беспокойство, что они не могут соответствовать требованиям, предлагаемым обществом, с которым они находятся в непосредственном взаимодействии в данный период времени. Как следствие, они избегают любой дополнительной ответственности).

Часто родители выбирают, что и как нужно делать ребенку в точной последовательности, не учитывая мнение и желания ребенка. Синдром самозванца возникает при первых трудных ситуациях, провалах, когда ребенок начинает сомневаться в своих силах. Таким образом, для такого человека любая неудача, провал, становится проблемой, на преодоление которой необходимо много времени и сил. Это происходит из-за того, что ребенка не научили переживать потери.

В своей статье И.В. Кравец [25] пишет, что синдром самозванца происходит от ощущения человеком собственной недостаточности, которая проявляется особенно остро в детском и подростковом возрасте. Это связано с возрастающим уровнем стресса, когда ребенку приходится сталкиваться с различными проблемами и учиться самостоятельно их решать. При столкновении со стрессовыми ситуациями у ребенка происходит формирование копинг-стратегий, которые он будет использовать в дальнейшей жизни.

Первоначально в исследованиях П. Клэнс было выявлено, что данный феномен чаще проявляется у женщин на высоких позициях в организационной иерархии или имеющих успешную академическую карьеру [73]. В дальнейших исследованиях было доказано, что феномен самозванца распространен шире [84; 86]. Он характерен для групп расовых и этнических меньшинств [72], сексуальных меньшинств [82], профессиональных групп, где успех не поддается количественному исчислению [84], а также для тех, кто в обществе считается экспертами

или специалистами, благодаря возрасту или накопленным знаниям [71]. В современных исследованиях высказывается мнение, что распространенность феномена самозванца не зависит от пола или возраста [74].

До сих пор ученые не пришли к единому мнению о том, является ли феномен самозванца личностной характеристикой или аффективным состоянием [83], которое может проявляться в той или иной степени.

Некоторые исследователи полагают, что те авторы, которые используют понятие «синдром самозванца», больше ориентируются на дисфункцию, которая относится к медицинской тематике [75].

Человек с высоким уровнем проявления феномена самозванца демонстрирует трудоголизм, который приводит к истощению и увеличивает риск эмоционального выгорания. Награды и признание за работу всегда связаны с беспокойством, стрессом и проблемами баланса между работой и личной жизнью, из-за чего самозванец считает и то, и другое нежелательным [80].

Дж. Вонт и С. Клейтман считают, что синдром самозванца может быть следствием гиперопекающего типа воспитания [91].

Значительный вклад в исследования синдрома синдрома самозванца внесли Дж. К. Харви и К. Кац. В своей концепции они описали связь проявлений синдрома самозванца с атмосферой и взаимоотношениями в родительской семье. Родители навязывают детям конкретные роли, которым они должны соответствовать вне зависимости от наличия у ребенка внешних или внутренних ресурсов. Это способствует закреплению установки у ребенка на протяжении жизни. Чувство самозванства захватывает человека, когда он сталкивается с задачами достижения, независимо от его статуса, успеха или пола. Синдром самозванца возникает в ситуациях, которые предполагают момент оценивания со стороны окружающих, и является устойчивой формой поведения [76]. Таким образом, по мнению авторов,

несоответствие между собственными возможностями и ожиданиями окружающих дает основание для формирования синдрома самозванца.

М. Леонгардт с коллегами [78] в результате исследования выделили две группы личностей с феноменом самозванца:

1. Реальные «самозванцы» (высокий уровень тревожности, отрицательные эмоции при минимуме положительных, низкая самооценка, высокая степень перфекционизма и прокрастинации, высокий уровень стресса и напряжения в работе).
2. Стратегические «самозванцы» (отсутствие тревожности, положительные эмоции, тенденция к адекватной самооценке, отсутствие высоких стандартов и прокрастинации, а также стресса в работе).

Достаточно известной является классификация «самозванцев» В. Янг [92]. Она выделяет несколько типов людей в группе риска в отношении данного синдрома:

- Эксперт. Не чувствует себя удовлетворенным при завершении задачи, пока не ощутит, что знает все о предмете. Время, потраченное на поиск информации, может затруднить выполнение задач и проектов.
- Перфекционист. Испытывает высокий уровень беспокойства и сомнений, особенно когда ставит перед собой экстремальные цели, которых не может достичь. Перфекционист сосредоточивается на тех сферах, в которых он мог бы добиться большего, вместо того чтобы радоваться своим достижениям.
- Прирожденный гений. Быстро и легко овладевает многими новыми навыками и может чувствовать стыд и слабость, когда сталкивается со слишком трудной целью.
- Солист (яростный индивидуалист). Предпочитает работать в одиночку, опасаясь, что обращение за помощью покажет его некомпетентность. Он может отказаться от помощи, пытаясь доказать свою значимость.
- Супермен. Часто преуспевает благодаря чрезмерным усилиям, трудоголизму. Это нередко приводит к выгоранию, что может повлиять

на физическое и психическое благополучие, а также на отношения с другими людьми.

Также В. Янг выделяет типы людей, особенно подверженных риску развития синдрома самозванца, который отчасти обусловлен их типом личности, отчасти – их образом жизни:

- студенты, которые часто убеждены, что их однокурсники более компетентные, зрелые и трудолюбивые, чем они (многие искренне верят, что вообще не должны были оказаться в университете, или не вписываютя в коллектив; особенно это актуально для старшекурсников);
- представители науки и творческих профессий, которые постоянно сравнивают себя с другими – талантливыми и одаренными;
- очень успешные люди и люди, построившие карьеру в юном возрасте, среди которых чаще всего встречаются «самозванцы-гении»;
- специалисты, студенты университетов и аспиранты, на которых родственники возлагают большие надежды, хотя они не всегда могут оправдать ожидания;
- те, чья карьера развивалась нетипичным образом (чаще приписывают успех удаче, а не собственным усилиям);
- представители меньшинств (представители этнических меньшинств, ЛГБТИ, люди с ограниченными возможностями, приверженцы определенных религиозных культов и т. д.), которые представляют всю группу;
- дети успешных родителей;
- самозанятые и «одиночки» (для которых практически все общение происходит по электронной почте, не предполагающей проявления эмоций, в том числе душевной теплоты и поддержки, что затрудняет оценку результатов работы, а также соответствия ожидаемым стандартам. Отчасти это обусловлено ограниченными возможностями получения положительной обратной связи).

В последние годы повышается интерес к данному явлению, отмечается возрастание количества публикаций о феномене самозванца, как в научной, так и научно-популярной литературе. Одним из подтверждений растущего интереса к этому объекту стало почти одновременное появление в 2019 г. двух систематических обзорных статей по феномену самозванца [81; 87], а также опубликованного комментария к одному из систематических обзоров, расширяющего и дополняющего его [74].

Систематический обзор [87], опубликованный в США, объединяет статьи, касающиеся распространенности, предикторов и способов снижения выраженности феномена самозванца. В обзоре отмечается, что с 1990 по 2019 гг. было опубликовано 284 работы по феномену самозванца, причем половина из них появилась в период с 2014 по 2019 г. Исследования проводились в США, Канаде, Австрии, Австралии, Новой Зеландии, Германии, Иране, Великобритании, Бельгии и Корее; распространность феномена варьировалась от 9 до 82% в зависимости от используемой шкалы и границ нормы выраженности феномена.

Другой систематический обзор статей о феномене самозванца опубликован в Австралии и анализирует статьи, темой которых являются шкалы измерения данного феномена, психометрические свойства имеющихся шкал, адаптации на другие языки [81]. В обзоре было проанализировано шесть баз электронных научных ресурсов и показано, что с 1978 г. в зарубежных научных журналах опубликовано более 1200 исследований, посвященных феномену самозванца, при этом 80% работ появилось за последние 20 лет.

Анализ научной литературы показал, что в России исследования синдрома самозванца начали появляться недавно, наблюдается тенденция к их увеличению в научной и научно-популярной литературе, особенно после 2021 г., когда в российском научном пространстве появилась адаптированная стандартизированная методика для измерения синдрома

самозванца, которую мы использовали в данном исследовании. В массиве научных работ, посвященных синдрому самозванца, можно выделить несколько крупных направлений: 1) исследование синдрома самозванца в профессиональной среде; 2) связь его с другими явлениями психики; 3) психометрические свойства шкал для измерения данного синдрома [60].

О.Б. Симатова считает, что современные условия развития общества способствовали значительному расширению масштабов и скорости распространения феномена самозванца с его проекцией не только на профессиональную сферу жизни человека, как это было в самом начале изучения феномена, но и на сферы супружества и родительства [50].

Синдром самозванца находится в тесной взаимосвязи и с эффектом Даннинга-Крюгера. Е.К. Сергеева в своей статье описывает людей, подверженных данному эффекту как склонных быть уверенными в своей компетентности, притом, что их знания являются достаточно примитивными [49]. О нерелевантной оценке собственной компетентности также говорит А.А. Рочева [44], но в случае эффекта Даннинга-Крюгера человек не принижает себя, а наоборот, возвышает.

Показатель синдрома самозванца имеет прямую взаимосвязь с мотивацией избегания неудач. Данная связь характеризуется тем, что характерной чертой синдрома самозванца является отрицание собственной важности и обесценивание заслуженного личными усилиями успеха. Человек с синдромом самозванца с наибольшей вероятностью предпочтет бездействие, нежели попытается добиться большего [8].

М.С. Шевелева [60] пишет о том, что сотрудники с выраженным феноменом самозванца не могут объективно оценить свои достижения, верят, что у окружающих есть завышенные ожидания по отношению к их способностям и возможностям. Они испытывают страх оценки, так как опасаются разоблачения, и полагают, что не соответствуют

организационной среде, несмотря на высокую квалификацию и впечатляющие объективные профессиональные результаты.

Новикова Н.Д., Симатова О.Б. [37] выделяют следующие социальные причины формирования феномена самозванца:

- социальные (стиль семейного воспитания, например, ситуации сравнения ребенка с братом или сестрой в детстве, гиперопекающий тип воспитания, семейный неглект, культ интеллекта в семье; обстановка в рабочем коллективе, где человек находится в меньшинстве; положение женщины в то время, когда считалось, что она может реализоваться лишь в рамках семьи);
- биологические (такие нарушения психической деятельности как невротизм, сопровождающийся эмоциональной неустойчивостью, а иногда и вегетативными расстройствами);
- психологические (такие черты характера и индивидуальные особенности как перфекционизм, высокий уровень тревожности, низкая самооценка, интровертированность).

За последние несколько лет появилось много публикаций, подтверждающих взаимосвязь синдрома самозванца: с перфекционизмом [61; 37; 41], самоэффективностью [28], типом темперамента [38], тревожностью и эмоциональной устойчивостью [15], самоотношением [8; 66], мотивацией достижения успеха и избегания неудачи [8; 50], с чертами личности в пятифакторной модели [66], уровнем профессионального выгорания [53], прокрастинацией [37], самооценкой [34] и т.д. Повышенный интерес к изучению синдрома самозванца и выраженная тенденция роста количества научных публикаций на эту тему подтверждают высокую научную актуальность и социальную значимость данного явления.

Рассмотрев научную литературу по теме исследования, выделим основные подходы зарубежных и отечественных ученых к изучению синдрома самозванца (таблица 1).

Таблица 1. – Подходы отечественных и зарубежных исследователей к изучению синдрома самозванца

Авторы	Описание
П. Клэнс, С.Аймс	<p>Феномен самозванца является не патологической болезнью, а личностной особенностью, оказывающей негативное влияние на психологическое благополучие человека, вызывая тревожность, депрессивность и неуверенность в собственной компетентности.</p> <p style="text-align: center;">Феномен самозванца характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> – внутренней убежденностью человека в том, что его успех зависит исключительно от случайности, внешней ошибки, личного обаяния; – внутренним переживанием интеллектуальной фальшивости; – неумением присвоить себе свой успех; – внутренним ощущением сомнения в своих интеллектуальных способностях. <p style="text-align: center;">Феномен самозванца относится к людям, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> – чаще всего являются женщинами с высоким уровнем достижений; – считают себя неадекватными и не верят в свои способности даже при наличии компетентности, достижений и квалификации; – считают, что окружающие в любой момент могут узнать, что они не настолько хороши, как о них думают, вследствие чего испытывают постоянный страх и тревогу; – уверены, что их успех – это лишь результат удачного стечения обстоятельств, а не плата за их тяжелый труд; – склонны думать, что повторить прошлый успех, даже если приложить все усилия, невозможно; – уверены, что их собственные способности и компетенции гораздо ниже, чем думают о них окружающие; – испытывают страх разочаровать других, что в свою очередь вызывает: страх перед неудачами, страх перед успехом, страх не повторить собственный успех, страх большей ответственности, страх обнаружить перед другими пробелы в своих знаниях, т.е. показать некомпетентность, страх не следовать традициям семьи, расы, пола, местности проживания); – испытывают вину за свой успех; – не принимают похвалу за результаты своей деятельности, при этом переоценивая достижения других людей; – приписывают успех внешним факторам (случайности, стечению обстоятельств) и неспособны признать собственные достижения; – ощущают неуверенность в себе, высокий уровень тревожности при столкновении с новой задачей; – постоянно стремятся сравнивать себя с другими: в интеллекте, в компетентности, степени своего успеха, и данное сравнение происходит не в их пользу; – хотят быть особыми/лучшими; – стремятся к идеальному выполнению действий по завышенным стандартам («эффект супермена/суперженщины»);

Продолжение таблицы 1

Авторы	Описание
	<ul style="list-style-type: none"> — отказываются от признания своей компетентности, отказываются от похвалы; — чувствуют дискомфорт, если в их окружении находятся люди, более успешные, чем они; — регулярно проживают «цикл самозванца» в ситуациях, связанных с достижениями и оцениванием результатов. Он начинается с повышения уровня тревоги и нагнетания сомнений в собственных компетенциях. В этом состоянии человек избирает для себя одну из двух противоположных тактик поведения: либо он начинает усиленно трудиться, прилагая усилия сверх меры – до изнеможения, либо откладывает выполнение задания до последнего момента, когда и начинает судорожно действовать. Когда цель успешно достигается, поступает позитивная обратная связь в форме похвалы, люди с феноменом самозванца склонны ее обесценивать, а собственные достижения отвергать как незаслуженные. Те, кто избрал стратегию прокрастинации – говорят, что им просто повезло. А те, кто прилагал усилия по подготовке сверх меры – и успех объясняет тяжелым трудом, ничего общего не имеющим с личными способностями, навыками и компетенциями. Для человека с выраженными характеристиками феномена самозванца трудно сделать работу хорошо, затратив на нее адекватное количество сил. Заканчивается «Цикл самозванца» ощущением собственной неудачливости, еще большими сомнениями в себе и тревогой.
Дж. Коллиган и Р.Дж. Штернберг	Феномен самозванца представляется как «воображаемое мошенничество» (или, в зависимости от перевода, как «субъективный обман»), концептуализируется как многомерный конструкт и характеризуется когнитивными искажениями, самокритикой, потребностью постоянно доказывать и повторять свой успех, негативными эмоциями. Также подчеркивается важность умения производить впечатление и самоконтроля со стороны людей, которые обеспокоены своей самооценкой и социальным имиджем. Авторы предложили заменить термин «феномен самозванца» термином «воображаемое мошенничество» («субъективный обман»), чтобы отличать людей, которые бояться быть разоблаченными по причине когнитивных искажений от тех, чьи подобные страхи реально обоснованы. Кроме того, по мнению данных авторов, сам термин «феномен самозванца» похож на название личностного расстройства, психиатрического заболевания.
Р.О. Мак-Элви и Т. Дж. Юрак	Феномен самозванца – это аффективное состояние, которое возникает ситуативно и является типом реакции, а не особенностью личности.
Л.И. Булгакова	Автор рассматривает синдром самозванца как социальный дискурс, предписывающий быть успешным в обществе. В качестве таких условий автор называет: смещение ценностных ориентаций в сторону успешности, продуктивности, профессиональной и личностной самореализации; стремление к соответствию определённым стандартам внешности, сохранению здоровья и молодости; виртуальную социализацию личности, характеризующуюся

Продолжение таблицы 1

Авторы	Описание
	высокой степенью контраста при сравнении собственной жизни с жизнью других людей; изменение характера общения; культ социальной и профессиональной конкуренции и т.д.
Г.Ф. Садыкова	По мнению автора, синдром самозванца подразумевает перцептивное искажение идентичностей личного и профессионального характера, которые выражаются в отрицании успеха и собственных способностей.
Д.М. Бравата с коллегами	Синдром самозванца - состояние, характеризующееся людьми, добивающимися больших успехов, которые, несмотря на свои объективные успехи, не способны осознать свои достижения и испытывают постоянную неуверенность в себе и страх быть разоблаченными как мошенник или самозванец.
Н.П. Туровский, Г.И. Могилевская	Синдром самозванца - особое явление, свойственное психике человека. Суть его заключается в невозможности личности признать свои достижения как результат собственной работы. Человек будет до последнего уверен в том, что его успех был или случайностью, или везением, или заслугой другого человека. Даже заметные для других людей успехи и достижения будут оценены им как незаслуженные.
Т.В. Зобнина и Л.П. Кислякова	Причина синдрома самозванца связана с локусом контроля. Интернальный локус контроля подразумевает, что все достижения и неудачи человек приписывает себе, в то время как экстернальный локус контроля предполагает отказ человека брать на себя ответственность за свои действия. Интернальный локус контроля представляется как более гармоничный и зрелый. У людей с синдромом самозванца искаженный вариант локуса контроля. Когда у них что-то получается, они уверены, что никакой их заслуги в этом нет. А когда все идет не так, они всю вину берут на себя.
М.С. Шевелева с коллегами	Феномен самозванца (от англ. impostorsyndrome; синдром, комплекс самозванца) – личностная диспозиция, описывающая предрасположенность человека к недооценке собственных способностей, компетенций и достижений; непринятие одобрения собственной деятельности со стороны других и преувеличение их достижений; приписывание успеха внешним факторам.
С. Манн	Синдром самозванца – психологическое явление, при котором человек не способен приписать свои достижения собственным качествам, способностям и усилиям. Несмотря на внешние доказательства их состоятельности, люди, подверженные этому синдрому, продолжают быть уверенными в том, что они не заслуживают успеха, которого достигли, как правило, объясняя всё ситуативной удачей, попаданием в нужное место и время или введением других в заблуждение, создав образ более умного и компетентного человека, чем есть на самом деле.
О.В. Симатова	Феномен самозванца – сложный многофакторный социально-психологический феномен, основой которого выступает внутренний конфликт, обладающий специфической сущностью и существенно повышающий риск дезадаптации личности.
М.С. Шевелева	Феномен самозванца - комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих особенностей, проявляющихся в убежденности человека в том, что его успех зависит исключительно от случайного

Окончание таблицы 1

Авторы	Описание
	стечения обстоятельств, непредвиденной ошибки или личного обаяния.
Н.В. Наумова	В основе синдрома самозванца лежат несколько когнитивных искажений, видоизменяющих самовосприятие человека: пренебрежение достижениями (преуменьшение своих успехов, приписывание их внешним факторам), чрезмерное обобщение (единичная неудача или критика могут привести к убеждению о своей некомпетентности во всех сферах жизни, ментальная фильтрация (сосредотачивание на своих предполагаемых недостатках, отфильтровывание положительных отзывов), преувеличение и преуменьшение (преумножение незначительных ошибок, затмевание значительных достижений)

Проанализировав различные подходы к определению синдрома самозванца, мы выявили, что большинство исследователей считают, что синдром самозванца описывает людей с высокими результатами деятельности, которые даже при объективных признаках успеха не могут принять собственные достижения и испытывают постоянный страх перед тем, что окружающие узнают, что они не настолько хороши, как о них думают. Они испытывают сложности с тем, чтобы верно соотнести собственные знания, компетентность и результаты своей профессиональной деятельности, часто приписывают свои успехи внешним факторам (удаче, помощи других лиц, сложившимся обстоятельствам, личному обаянию, знакомствам и т.д.), а также испытывают тревогу по поводу возможного разоблачения в будущем и осознания необходимости прилагать еще больше усилий для избегания этого разоблачения.

Касаемо самого термина, нам близка позиция М.С. Шевелевой [60], которая приводит следующее определение феномена самозванца: «Феномен самозванца - комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих особенностей, проявляющихся в убежденности человека в том, что его успех зависит исключительно от случайного стечения обстоятельств, непредвиденной ошибки или личного обаяния», оно дает нам понимание компонентов указанного феномена. Данного определения мы и будем придерживаться в нашем исследовании.

Выводы по параграфу:

1. Несмотря на отсутствие единого научного подхода к синдрому самозванца, большинство исследователей говорят о негативном влиянии рассматриваемого синдрома на развитие и социально-психологическую адаптацию личности.
2. Синдром самозванца описывает людей с высокими результатами деятельности, которые даже при объективных признаках успеха не могут принять собственные достижения и испытывают постоянный страх перед тем, что окружающие узнают, что они не настолько хороши, как о них думают. Они испытывают сложности с тем, чтобы верно соотнести собственные знания, компетентность и результаты своей профессиональной деятельности, нередко приписывают свои успехи внешним факторам (удаче, помощи других лиц, сложившимся обстоятельствам, личному обаянию, знакомствам), а также испытывают тревогу по поводу возможного разоблачения в будущем и осознания необходимости прилагать еще больше усилий для избегания этого разоблачения.
3. В качестве причин возникновения и развития синдрома самозванца исследователями рассматриваются:
 - А). Условия семейного воспитания (пренебрежение эмоциональными потребностями ребёнка, сравнение родителями ребёнка с более успешными сиблингами, неадекватное преувеличение родителями способностей ребёнка и создание вокруг него атмосферы похвалы и восхищения, культ интеллекта в семье, завышенные родительские ожидания, ориентация только на успех и продуктивность ребёнка, отказ в праве совершать ошибки).
 - Б). Интрапсихологические условия (ценностно-мотивационные и эмоциональные особенности личности, свойства характера, личностные качества). В научной литературе описаны типы личности, склонные к развитию данного синдрома, среди которых: перфекционисты с завышенным уровнем притязаний; эксперты, которые опасаются выглядеть непрофессионально; нарциссические личности с чувством собственной

грандиозности; люди, расценивающие обращение за помощью как собственную несостоятельность; одарённые люди, которым в детстве всё давалось легко и которые расценивают ситуации, требующие значительных усилий, как свою некомпетентность.

В). Специфика гендерных, расовых, национальных и социальных свойств личности.

4. В важных для настоящего момента условиях отсутствует однозначное представление сущности и содержания данного синдрома, его психологической структуры, условий, факторов и механизмов развития. Противоречивость изучаемого синдрома заключается в трудности закрепления «чистого» факта его проявления, а также в неоднозначности трактовки понятия «синдром самозванца», что констатирует о необходимости проведения дополнительных исследований в данной области.

1.2. Особенности проявления синдрома самозванца у студентов-медиков

Новикова Н.Д., Симатова О.Б. [37] говорят о том, что феномен самозванца распространяется на многие стороны жизни людей, нарушая психологическое благополучие и препятствуя достижениям в различных сферах жизнедеятельности. Возникает необходимость проведения превенции феномена на начальных этапах, а именно, в студенческой среде, с целью предотвращения рисков возникновения и развития широкого спектра психологических характеристик, составляющих феномен самозванца.

Период студенчества — это время профессионального самоопределения, активного развития и познания нового. Важное значение в этот период имеет общение, в том числе межличностное общение в группе. Студенты активно овладевают знаниями, практическими профессиональными умениями, что требует реализации внутренних психологических ресурсов. В этот период происходит проецирование социальной позиции и рисуется перспектива связи с обществом.

Студенческий возраст является кризисным периодом в жизни человека, периодом встречи со взрослостью [2].

В данной работе мы будем ориентироваться на то, что студенческий возраст охватывает период примерно с 17 до 22 лет. Он не имеет единого названия, так как является переходным. Это важный период становления личности, когда завершается подготовка к самостоятельной взрослой жизни и закладывается фундамент будущей карьеры и семейных отношений.

Обозначим возрастные периоды с точки зрения разных возрастных периодизаций (таблица 2).

Таблица 2. – Возрастные периоды с точки зрения разных возрастных периодизаций

Автор возрастной периодизации	Наименование периода
Э. Эриксон	12-19 лет (подростковый) – «идентичность против путаницы ролей»
	20-25 лет (ранняя взрослость) – «интимность – изоляция».
Д. Бромлей (Бромли)	15-21 год - поздняя юность
	21 – 25 лет – ранняя взрослость
Дж. Биррен	17 – 25 лет – ранняя зрелость (ранняя взрослость)

Мы разделяем позицию Д. Бромлей (Бромли) - возраст студенчества чаще всего охватывает период поздней юности и ранней взрослости. В течение этих двух периодов происходит активное становление личности, ее интеллектуальное развитие и переход к самостоятельной жизни. Это время характеризуется сочетанием юношеского максимализма с появлением зрелых черт, с профессиональным и личностным самоопределением, формированием мировоззрения и принятием важных решений.

Специфика периода поздней юности. Социальная ситуация развития юноши/девушки достаточно специфична, этот возраст является переходом от детства к самостоятельной взрослой жизни. В процессе кризиса 17 лет (от 15 до 18 лет) решается задача становления человека как субъекта собственного развития. В 17 лет происходит ценностно-смысловая саморегуляция поведения. Если человек научится объяснять, а следовательно, регулировать

свои действия, то потребность объяснить свое поведение приводит к подчинению этих действий новым законодательным схемам [59].

В юношеском возрасте происходят существенные морфофункциональные изменения, завершаются процессы физического созревания. Расширяется спектр социальных ролей и интересов, появляется все больше взрослых ролей с соответствующей им мерой автономии и ответственности. На этот возрастной этап приходится много социально-нормативных событий: наступление уголовной ответственности, реализация активного избирательного права, правоспособность в брачно-семейных отношениях. Значительная часть представителей данной возрастной категории приступает к профессиональной деятельности. Однако, наряду с элементами взрослого социального статуса, юноша/девушка сохраняет определенную степень зависимости от родителей: материальная зависимость, и инерция родительских паттернов регуляторного характера. Психологический критерий «вхождения» в юность связан с трансформацией внутренней позиции личности, с изменением отношения к будущему как системы координат для оценки настоящего. В юности происходит расширение временного горизонта – будущее становится главным измерением. Кризис 17 лет представляет собой критический период в становлении личности как субъекта собственного развития.

В психологических периодизациях Д.Б. Эльконина и А.Н. Леонтьева ведущей деятельностью в юности признается учебно-профессиональная деятельность [13]. По мнению Д.И. Фельдштейна, в юношеском возрасте характер развития определяют труд и учение как основные виды деятельности [13]. Другие психологи говорят о профессиональном самоопределении как ведущей деятельности в ранней юности. На данном этапе онтогенеза наблюдается интенсификация когнитивной активности, выражаясь в возрастающей потребности в освоении знаний. Индивидуальная направленность и избирательность интересов связана с перспективными жизненными стратегиями. Для юношей/девушек становятся

характерными установление причинно-следственных связей, систематичность, устойчивость и критичность мышления, самостоятельная творческая деятельность. Возникает тенденция к обобщенному пониманию мира, к целостной и абсолютной оценке тех или иных явлений действительности.

Л.С. Выготский [9] в качестве центрального психологического новообразования юношеского возраста рассматривал жизненный план как показатель овладения личностью своим внутренним миром и как систему приспособления к действительности. Жизненный план – широкое понятие, которое охватывает всю сферу личного самоопределения (род занятий, стиль жизни, уровень притязаний, уровень доходов и т. д.).

Общение юношей/девушек со взрослыми, с родителями предполагает растущую демократизацию взаимоотношений поколений, решение проблемы автономии выросших детей и авторитета родителей, проблемы взаимопонимания между ними. Несмотря на возникающие коммуникативные сложности, родительское влияние сохраняет свою доминантную позицию при решении значимых жизненных вопросов. Общение со сверстниками продолжает играть большую роль в жизни юношей/девушек, круг общения расширяется, отношения становятся более избирательными, тесными и глубокими.

Таким образом, юношеский этап онтогенеза является периодом формирования личности, возникновения активной жизненной позиции, осознанием собственной значимости и самоопределения. Формирование личности в юношеском возрасте усложняется социальными кризисами, особенностями межличностного взаимодействия и внутренними противоречиями [5].

Момент пересечения границы взрослости определить трудно, так как сам термин «взрослость» многозначен. Биологическая взрослость определяется достижением половой зрелости, способностью к деторождению; социальная — экономической независимостью, принятием

ролей взрослого человека, понятие психологической взрослости связывают со зрелой личностной идентичностью. Критерием достижения взрослости (взросления) в человеческом обществе становится овладение культурой, системой знаний, ценностей, норм, социальных традиций, подготовленность к осуществлению разных видов труда [59].

Специфика периода ранней взрослости. Период с 21 до 25 лет, на который чаще всего выпадает завершение процесса обучения в университете, Д. Бромлей определяет, как раннюю взрослость. Учитывая многомерность процесса развития и гетерохронность достижений в разных сферах, можно выделить ряд характерных для периода ранней взрослости признаков: развитие менее связано с физическим ростом, развивается способность быть гибким к изменениям и быстро на них реагировать, совершенствуются навыки решения актуальных жизненных задач, возрастает способность брать ответственность за себя и других, развиваются некоторые черты характера (твердость, благородство, надежность и т.д.), появляются новые социальные роли, отношения и т.д.

Данный этап онтогенеза характеризуется принятием экзистенциально значимых решений и формированием долгосрочных жизненных стратегий, продолжается или завершается получение профессионального образования, осваиваются профессиональные роли и складывается соответствующий круг общения. Как правило, в социальном плане достигается относительная материальная независимость, происходит активное развитие в профессиональном плане, многие люди создают собственную семью и осваивают родительские роли. Социальная ситуация развития в период взрослости определяется стремлением к самостоятельности, автономии, формированием ответственной позиции. Осознание личной ответственности за свою жизнь и жизнь близких и готовность принять эту ответственность – ключевое переживание социальной ситуации развития зрелости.

Г. Шихи [67] говорит о том, что в возрасте 20-22 лет происходит кризис «отрывания от родительских корней», переход к ранней взрослости,

характеристиками которого являются: уточнение жизненных планов и начало их осуществления, процесс экзистенциального самоопределения, выработка индивидуальности, окончательная идентификация себя со статусом взрослого человека со своими правами и обязанностями, выбор супруга и создание собственной семьи, специализация и приобретение мастерства в профессиональной деятельности.

Понятия «взросłość» и «зрелость» не тождественны. Зрелость – это самый социально активный и продуктивный период жизнедеятельности, когда может осуществляться тенденция к достижению наивысшего уровня развития интеллекта и личности. Древние греки называли этот возраст и состояние духа «акме», что означает «вершина», высшая ступень, цветущая пора. В теории Э. Эрикссона [69] зрелость – это возраст «совершения деяний», наиболее полный расцвет, когда человек становится тождественным самому себе.

Таким образом, мы рассмотрели периодизации разных авторов и специфику возраста, соответствующего студенческому периоду (17-22 года), остановившись на периодизации Д. Бромлей и дав характеристику периоду поздней юности (15-21 год) и периоду ранней взрослости (21 – 25 лет).

Синдром самозванца в студенческой среде. Касаемо рассмотрения вопроса распространенности синдрома самозванца у студентов в нашей стране, следует сказать, что первым исследованием, посвященным изучению синдрома самозванца среди российских студентов, была работа К. Ван, М.С. Шевелевой, Т.М. Пермяковой в 2019 году [90]. С этого момента в России появился целый ряд научных работ, показывающих, что коррекция синдрома самозванца у студентов является актуальным направлением психологической работы, так как синдром самозванца сопряжен с высоким уровнем стресса, прокрастинацией, профессиональным выгоранием, отсутствием удовлетворения от выполнения работы или построения карьеры, с избеганием ответственности, тревогой и прикладыванием неоправданного количества усилий для выполнения разного рода задач.

Наумова Н.В. [35] пишет, что феноменом самозванца часто страдают студенты, курсанты, получающие последипломное образование, молодые учёные, специалисты, начинающие свою карьеру. Некоторые с ходом времени и накоплении профессионального опыта всё равно остаются с этим синдромом на долгие годы, несмотря на расширяющийся опыт и стаж работы.

Трудности, с которыми сталкиваются студенты университетов вне зависимости от их профиля. С.В. Чербиева пишет, что наибольшие адаптационные сложности наблюдаются на начальном этапе обучения, что обусловлено выраженным стрессогенным эффектом кардинальных жизненных изменений. На первом курсе студент приобретает новый статус, приспосабливается к новой системе межличностных отношений, новому социальному окружению и новой образовательной среде. Третий курс можно охарактеризовать началом формирования профессиональных ориентаций для практики будущего вида практической деятельности; у студента формируются новые материальные и гражданские ценности, связанные с финансами, будущей занятостью, местом работы [57].

Ю.В. Щербатых пишет, что в студенческой жизни имеется целый комплекс стрессогенных факторов: высокая учебная нагрузка, проявляющаяся в большом объеме учебного материала, частоте контрольных работ и экзаменов, а также сложность образовательных программ. Социальные причины связаны с особенностями студенческой жизни: проживание вдали от семьи, трудности формирования межличностных коммуникаций с однокурсниками, конфликтные ситуации в академической группе. Психологические факторы включают в себя: повышенный уровень ситуативной и личностной тревожности, связанной с будущим, нереалистичные (занятые) ожидания от процесса обучения, неуверенность в себе, низкая самоэффективность, а также проблемы в личной жизни. Экономические трудности, связанные с ограниченными финансовыми ресурсами и необходимостью совмещать учебу с работой,

также оказывают значительное влияние на эмоциональное состояние студентов [68].

Как отмечает Т.А. Сапата Руис, значительное число обучающихся испытывают дефицит мотивации на различных этапах образовательного процесса. Отсутствие четких целей, диссонанс между профессиональными ожиданиями и реальностью, трудности в адаптации к новой учебной среде – все это может привести к потере интереса к обучению и, как следствие, к низкой успеваемости или даже отчислению. Для сохранения мотивации важно учитывать индивидуальные особенности студента, создавать психологически комфортную обучающую среду и помогать студентам находить свои цели и смыслы в образовании [48].

Ю.В. Скоробогатова обращает внимание на то, что интенсивность учебного процесса является одним из ключевых факторов, негативно сказывающихся на психическом благополучии обучающихся. Сочетание большого объема учебной нагрузки, высоких академических требований и необходимости систематической самостоятельной работы создает условия для развития психологического напряжения. Стремление к высокому уровню успеваемости и внешние стимулирующие механизмы, такие как получение повышенной стипендии, дополнительно повышают уровень стресса [51].

Особенности проявления признаков синдрома самозванца у студентов-медиков. Синдром самозванца приобретает в контексте медицинского образования особую значимость. Высокий уровень профессиональной ответственности, интенсивность учебной нагрузки и специфика будущей профессиональной деятельности делают студентов-медиков относительно уязвимой группой. Проявления исследуемого синдрома неоднородны и находятся во взаимосвязи с возрастной спецификой и особенностями профессионального становления будущих врачей.

Студенты-медики, предъявляющие к себе завышенные требования, значительно чаще испытывают хроническое недовольство своими академическими результатами, что значительно подпитывает синдром

самозванца. Неопределенность клинических ситуаций, необходимость принимать решения при ограниченном объеме информации и страх совершить ошибку с реальными последствиями усугубляют внутреннее чувство некомпетентности. Неконструктивная или негативная обратная связь от преподавателей укрепляет убежденность студента в своей некомпетентности. В то же время, даже положительная обратная связь может интерпретироваться через призму данного синдрома («Сегодня мне повезло»). Студенты с синдромом самозванца могут демонстрировать высокую академическую успеваемость, достигаемую ценой чрезмерных усилий и «сверх-подготовки». Однако это приводит к хроническому стрессу.

Т. В. Калинина, Э. Г. Патрикеева [18] в своей статье говорят о том, что начальный этап обучения в высшей школе сопровождается комплексом адаптационных трудностей: необходимостью освоения принципиально новых образовательных технологий и методов работы, отличающихся от школьных, трудностями установления межличностных контактов как с академической группой, так и с преподавательским составом, недостаточным знанием своих интеллектуальных ресурсов и профессиональных требований к ним. Для обучающихся третьего-четвертого курсов в большей степени характерны сомнения в себе относительно собственной профессиональной компетентности, сомнения в способности стать специалистом высокого уровня в предстоящей самостоятельной профессиональной деятельности, а также осознание и понимание меры личной ответственности за свой выбор и дальнейшую карьерную траекторию.

Особенности проявления признаков синдрома самозванца у студентов-медиков первого курса. По результатам исследования А.Н. Султановой с коллегами, получены высокие показатели по шкале феномена самозванца у студентов-медиков первого года обучения. Они связаны с сильным давлением и конкуренцией при поступлении в медицинские вузы. Так же это связано с высокими учебными нагрузками и, соответственно, более высокими интеллектуальными требованиями по сравнению с их

сверстниками из других вузов, а также престижностью будущей профессии [53]. Факт поступления в вуз создает у первокурсника ощущение веры в свои возможности, но дальнейшее обучение в вузе сменяется скептическим отношением к преподаванию, системе оценивания и др.

Успешность учебной деятельности студента определяется освоением новых для него особенностей процесса обучения в вузе. В процессе обучения складывается студенческий коллектив,рабатываются навыки организационной работы, формируется система работы по выработке профессионально значимых качеств. Многие сложности первокурсников в начале процесса обучения связаны с отсутствием у них навыков самостоятельной работы: в первую очередь, это неумение конспектировать лекционный материал, работать с источниками, анализировать полученный материал, ясно и логично излагать свои мысли и т.д.

Бывший школьник сталкивается с высокой конкуренцией и новыми требованиями, что подрывает его уверенность в себе. Сложности в освоении таких предметов, как анатомия, гистология, химия, интерпретируются как доказательство собственной профнепригодности. Из-за отсутствия клинического опыта возникает ощущение «я - не настоящий медик». Предстоящее столкновение с реальными пациентами, даже в роли помощника младшего медицинского персонала, вызывает страх «разоблачения».

Особенности проявления признаков синдрома самозванца у студентов-медиков третьего курса. Первокурсники, адаптируясь в новой для себя ситуации обучения в вузе, имеют нечеткие представления о профессии, смутно представляют свои возможности к освоению профессии и своих возможностях, часто испытывают затруднения в социальной роли студента, которая в значительной мере отличается от роли школьника.

К старшим курсам (как правило, в середине третьего года обучения) у студентов возрастает осознание меры ответственности за результат своей профессиональной деятельности, происходит осознание отсутствия четких

алгоритмов и шаблонов, обеспечивающих гарантию успешности профессиональной деятельности [18]. Третьекурсники начинают осознавать сложность и неоднозначность профессиональной деятельности, что ведет к повышению уровня тревожности. Часто случается так, что некоторые обучающиеся начинают сомневаться в возможности своей профессиональной самореализации и дальнейшей профессиональной успешности. В процессе получения знаний и отработки практических навыков постепенно формируется приближенное к реальности представление о самом себе в выбранной профессии, о своих возможностях, профессиональной траектории и карьерных перспективах [39].

Для абитуриентов при поступлении в вуз и младшекурсников часто характерно иллюзорное представление о профессии. В процессе обучения, прохождения учебных и производственных практик, обучающийся со временем обнаруживает неочевидные стороны выбранной специальности, получает представление об особенностях профессиональной деятельности, которые ранее были не видны.

К третьему курсу синдром самозванца приобретает более «профессионализированный» характер, смещаясь с общих академических страхов на область формирующихся клинических компетенций. На 3 курсе, в момент начала изучения клинических дисциплин, у студентов обостряется конфликт между образом компетентного врача и студентом, не имеющим навыков работы, что поддерживает синдром самозванца.

Сравнение особенностей проявления признаков синдрома самозванца у студентов-медиков первого и третьего курсов. Подводя итог вышесказанному, отметим различия в проявлении синдрома самозванца у студентов-медиков в зависимости от курса обучения (таблица 3):

Таблица 3. – Характеристика проявления синдрома самозванца у студентов-медиков в зависимости от курса обучения

Характеристика	1 курс	3 курс
Возраст	17-18 лет	19-20 лет

Окончание таблицы 3

Этап	Этап адаптации	Этап первичного погружения в профессию после прохождения учебных и производственных практик на 1 и 2 курсах
Причина	Академическая неуспешность	Формирующаяся клиническая некомпетентность, разрыв между теорией и практикой
Убеждения	«Я недостаточно умный для медицины», «Мои школьные успехи были обманом».	«У меня нет клинического мышления», «Я не смогу быть врачом»
Страхи	Страх неудачи на зачете с оценкой/экзамене, страх не соответствовать общему уровню группы	Страх ошибки с последствиями для пациента, страх оценки со стороны преподавателей-клиницистов
Требования к себе	Стремление к идеальным академическим результатам.	Стремление к идеальным клиническим знаниям и навыкам.

Таким образом, синдром самозванца у студентов первого курса в значительной степени обусловлен трудностями адаптации к новой социальной роли и непривычным академическим требованиям, а на третьем курсе синдром самозванца трансформируется, приобретая специфически профессиональную окраску и связываясь с началом формирования клинического компонента профессиональной идентичности.

Полученные данные имеют важное практическое значение для психолого-педагогического сопровождения учебного процесса. Профилактика и коррекция синдрома самозванца на первом курсе должна быть направлена на облегчение адаптации, нормализацию трудностей перехода и формирование адекватной оценки своих академических успехов. Для третьего курса ключевыми становятся нормализация ошибки как части учебного процесса, целенаправленное формирование позитивной профессиональной идентичности, система конструктивной обратной связи, мероприятия по развитию клинического мышления в безопасной образовательной среде (например, симуляционное обучение).

Выводы по параграфу:

1. Синдром самозванца представляет собой широко распространенное и значимое явление в среде медицинского образования. Его проявления у студентов-медиков отличаются высокой интенсивностью и специфической

связью с компетенциями и профессиональной ответственностью. Ключевыми причинами являются особенности академической среды (конкуренция, характер обратной связи), личностные черты и социально-демографические факторы. Последствия синдрома самозванца многогранны и наносят вред психическому здоровью будущих врачей и ограничение их профессионального роста.

2. Это обуславливает необходимость разработки и внедрения в медицинских вузах целенаправленных психолого-педагогических интервенций, направленных на профилактику и коррекцию проявлений синдрома самозванца. К ним можно отнести создание поддерживающей образовательной среды, нормализацию опыта неудачи, внедрение системы конструктивной обратной связи и проведение специальных мероприятий.

1.3. Возможности применения группового психологического консультирования студентов-медиков для коррекции синдрома самозванца

Р. Кочюнас говорит о психологическом консультировании как о комплексе взаимодействий, направленных на содействие клиенту в преодолении жизненных трудностей и достижении личностного роста. Этот процесс включает в себя оказание поддержки в решении проблем, связанных с профессиональной ориентацией, межличностными отношениями, семейной жизнью, а также в развитии самопознания и самореализации [24].

Консультирование может проходить в форме индивидуального и группового взаимодействия. Индивидуальное психологическое консультирование появилось раньше, чем групповое. Однако, психологи стали замечать, что люди рядом с другими людьми, имеющими похожие запросы, чувствуют себя иначе, чем в одиночестве. Курт Левин проводил исследования и эксперименты, которые помогали выявить закономерности динамики в группе. Эти исследования стали основой группового консультирования. Он заметил, что групповая работа, помимо эффективного

решения поставленных задач, помогает обратить внимание каждого участника на межличностные отношения. Присутствие различных людей расширяло возможности для проработки запроса, усиливая терапевтический эффект.

А.Ю. Раковская [43] говорит о том, что групповой подход демонстрирует наибольшую результативность, поскольку поддержка и одобрение со стороны группы обеспечивают людям, столкнувшимся с феноменом самозванца, стабильную уверенность в возможности позитивных изменений. Кроме того, такой подход позволяет участникам объективно анализировать собственные поступки и их обоснованность, опираясь на сравнение с действиями других членов группы. Обмен личными историями в групповом формате также способствует осмыслинию и подтверждению индивидуального опыта участников.

В.А. Манина определяет психологическое консультирование как динамический процесс взаимодействия, в ходе которого клиент играет активную роль в формировании изменений. В ходе работы он приобретает не только поддержку, но и практические инструменты для самостоятельного преодоления трудностей. Содержание и цели группового консультирования определяются коллективным взаимодействием, в котором учитывается личный вклад каждого участника, его взгляды и запросы. Ключевая функция такой группы — изучение межличностных коммуникаций и формирование комфортных условий для саморазвития. Благодаря раскрытию внутреннего потенциала участники обретают способность успешнее разрешать жизненные проблемы [30].

В. Ю. Меновщиков [32] понимает групповое консультирование как метод психологической помощи, при котором участники группы работают над своими проблемами путем прямого взаимодействия в специально организованных условиях. Это взаимодействие поддерживается и направляется консультантом с целью достижения терапевтических изменений.

И. Ялом [70] описывает групповую терапию как психотерапевтическую практику, в которой группа людей, находящихся в благоприятной и безопасной обстановке, работает вместе над расширением понимания себя и других, улучшением межличностных отношений и разрешением личных конфликтов. В его представлении акцент часто делается на «исцеляющей силе» группового опыта и важности межличностного обучения.

Как отмечает Д. Кори, групповая форма работы обладает рядом существенных преимуществ перед индивидуальным консультированием. В ходе группового процесса участники получают многогранную обратную связь о том, как их воспринимают другие члены группы, что зачастую способствует более глубокому самопознанию, недостижимому в обычных жизненных ситуациях. Это способствует повышению самопринятия, осознанию ценности и уникальности каждого участника. Кроме того, группа также обеспечивает внимание и поддержку каждого участника. В определенный момент время уделяется каждому участнику группы, и такой фокусированный подход повышает ресурсные возможности каждого человека и помогает ему преодолевать трудности. Наряду с указанными преимуществами групповой работы, можно добавить, что групповое консультирование базируется на естественной потребности человека в общении, обмене мнениями и чувствами [22].

Таким образом, мы можем выделить следующие преимущества группового консультирования:

- получение поддержки от остальных членов группы;
- осознание своих эмоций;
- выработка новых моделей поведения для использования его в своей повседневной жизни;
- безоценочное слушание;
- отсутствие советов;
- запуск процессов изменения личности;
- безопасность;

- доверительная атмосфера, дающая возможность безопасно «прожить» ситуацию, которую участник группы не может повторить в реальной жизни, и отреагировать «застрявшим» эмоции;
- схожесть запросов;
- искренняя заинтересованность остальных участников группы;
- понимание и сопереживание со стороны других участников;
- возможность увидеть свой уникальный способ взаимодействия с другими людьми, а также при необходимости откорректировать его в безопасном пространстве;
- возможность обсудить то, как участники воспринимают друг друга «с стороны», получить отклик о восприятии их самих;
- прожить модель привычного мира
- усилить мотивацию к разрешению проблемы благодаря поддержке и пониманию и т.д.

Учитывая психологические особенности клиентов периода поздней юности и ранней взрослости, целью психологического консультирования является оказание им поддержки в постижении самих себя, решении проблем межличностного и эмоционального характера, установлении значимых личностных решений по достижению установленной цели на основании исполнения осознанного выбора своей системы жизненных ценностей, мировоззренческих убеждений и взглядов, самоутверждения и самоопределения в профессии, в отношениях со сверстниками и взрослыми. В связи с этим задачей психологического консультирования в этом возрасте является формирование позитивного самопринятия и самоотношения, поддержка в поисках нравственных и жизненных направлений, а также навыков саморефлексии, формирование действующих способов одоления жизненных затруднений (применение транзактного анализа, сказкотерапии, психотерапевтических методов гештальт-терапии). Консультирование лиц данного возраста в работах Ю.М. Забродина [14] рассматривается в тесной взаимосвязи с преодолением кризиса «зрелости», со статусной и ролевой

определенностью, понижением двойственности переживания чувств. По его мнению, психолог-консультант, в первую очередь, должен оказать поддержку для клиента в принятии перехода к взрослости и помочь в изменении привычных неадаптивных моделей поведения, переживаний одиночества, которые возникают как раз как следствие обыкновенных способов реагирования и поведения на жизненные трудности. Таким образом, основным моментом в консультативном взаимодействии выступает оказание клиенту поддержки в осознании, озвучивании и понимании собственных чувств и переживаний, которые связаны с кризисом, фокусирование внимания на дальнейших возможностях развития личности.

В процессе работы в рамках консультативной группы важны:

- безусловное принятие;
- положительное отношение;
- высокая степень эмпатии;
- приобретение в ситуациях жизненных трудностей;
- помочь в выражении переживаний, их вербализация и своевременное отреагирование;
- последовательный анализ существующих способов поведения и выработка новых стратегий реагирования;
- возможность обучиться способам преодоления возникающих внутренних конфликтов и противоречий, которые обычно обусловлены повышенной тревожностью, различными страхами;
- помочь в развитии в себе способности к принятию самостоятельных и волевых решений;
- возможность научиться самопомощи и интеграции новых навыков и умений в жизнь;
- помочь в принятии ими собственной ответственности, собственного потенциала и уникальности своей личности.

Перед началом работы в группе обсуждаются и, в случае необходимости, уточняются правила групповой работы:

1. Конфиденциальность является основным правилом, на котором строится работа консультативной группы. Каждый участник обязуется сохранять в тайне личную информацию, обсуждаемую в процессе встреч. Это правило обеспечивает безопасность и доверие, позволяя членам группы открыто делиться своими проблемами и переживаниями, не опасаясь последствий за пределами группы. Участники доверяют друг другу и группе в целом.
2. Другим важным принципом является общение по принципу «здесь и теперь», что подчёркивает необходимость сосредотачиваться на текущих чувствах и переживаниях. Это способствует более глубокому и продуктивному взаимодействию внутри группы. Правило помогает участникам быть в настоящем моменте, снижая отвлекающее влияние прошлого или будущего и фокусируясь на том, что происходит непосредственно в процессе обсуждения.
3. Участники группы также должны проявлять уважение и терпение. Это выражается в терпимости к различным точкам зрения и готовности выслушивать друг друга без осуждения. В основе данного принципа лежит признание уникальности каждого участника и стремление к созданию поддерживающей, безопасной среды, где все могут чувствовать себя комфортно.
4. Правило искренности и открытости. Общение, обратная связь и взаимодействие между участниками служат катализатором изменений и роста в каждом типе группы.
5. Правило «Я». Все высказывания необходимо строить с использованием «Я...», а не «Все считают...».
6. Каждый член группы имеет право на участие, то есть возможность активно взаимодействовать, делиться своим опытом и получать обратную связь. Это право способствует развитию более глубокого самопонимания и личностного роста, обеспечивая каждому возможность быть услышанным.
7. Обсуждаем, не осуждая. Оцениваем конкретные действия, а не личность.

8. Во время встречи участники стараются взаимодействовать со всеми членами группы.

9. Правило «Стоп». Участники имеют право на отказ от обсуждения тем, которые вызывают у них сильный дискомфорт или являются слишком личными. Это правило позволяет каждому чувствовать себя комфортно в групповой обстановке, не подвергаясь давлению со стороны других участников. Уважение к личным границам укрепляет доверие и способствует более искренним и эффективным взаимодействиям внутри группы.

10. После выполнения каждого упражнения результат принято обсуждать. Мнение каждого участника важно.

11. Организационные правила: работа происходит в кругу, отключаются звуковые сигналы мобильного телефона, общение происходит на «ты».

В рамках группового консультирования выделяют различные подходы, например:

1. Когнитивно-поведенческий подход (Аарон Темкин Бек) используется для работы с широким спектром запросов, он фокусируется на изменении негативных автоматических мыслей, а также на изменении поведения через практику и упражнения в группе. Техники в рамках данного подхода позволяют изменить искаженные когнитивные схемы, поддерживающие феномен самозванца [55]. Участники группы учатся распознавать и трансформировать негативные автоматические мысли, развивают навыки наблюдения за мыслями без их оценки и вовлечения. Для коррекции синдрома самозванца могут использоваться такие техники, как: «Оспаривание автоматических мыслей», дневник наблюдения или таблица «Ситуация — мысль — эмоция — реакция» (СМЭР) и т.д. Участники учатся применять когнитивные и поведенческие техники и получают обратную связь от группы. Важной частью процесса является выполнение домашних заданий, которые помогают закрепить новые знания и навыки.

2. Экзистенциальный подход (Виктор Франкл) используется, чтобы участники группы могли осознать личные и профессиональные ценности,

активировать мотивационные ресурсы, осознать свои внутренние конфликты и существующие ограничения для принятия более осмысленных решений, не противоречащих их системе ценностей. Участники осознают, что они свободны в своих выборах и несут ответственность за последствия своих решений. Процесс консультирования помогает участникам находить личный смысл жизни. Процесс сосредотачивается на честной и глубокой коммуникации между участниками. Консультант создает безопасное пространство, в котором группа может делиться своими экзистенциальными проблемами и исследованиями. Обсуждения направлены на размышление о жизни, смерти, изоляции, свободе и их влияние на повседневные решения. Экзистенциальный подход ориентирован на поддержку личностного роста и усиления внутренней свободы, направляя участников в сторону более осознанной жизни. В рамках данного подхода для работы с синдромом самозванца могут использоваться такие техники, как «Колесо жизненных ценностей», терапевтические сказки, эссе на тему наличия противоречий между тем, что человек имеет сейчас и хочет иметь в будущем и т.д.

3. Телесно-ориентированный подход (Вильгельм Райх) основывается на интеграции работы с телесными ощущениями и ментальными процессами. Телесно-ориентированная терапия особенно эффективна в работе со стрессом и тревожностью, сопровождающими синдром самозванца. Поскольку многие из этих состояний могут проявляться или усугубляться через телесные симптомы, работа с телесными ощущениями позволяет клиентам не только лучше понять свои эмоции, но и обрести контроль и регуляцию над своими реакциями. Эффективность телесно-ориентированной терапии основана на принципе, что тело хранит память о пережитых эмоциональных переживаниях и стрессах. Осознанная работа с телом помогает выявить и проработать эти воспоминания, приводя к более глубокому пониманию себя и своим эмоциональным реакциям. В рамках данного подхода для решения задач нашего исследования возможно

использование таких техники, как: «Диафрагмальное дыхание», «Мягкое растяжение и расслабление мышц», «Сканирование тела» и т.д.

В рамках нашей магистерской работы по коррекции синдрома самозванца мы будем придерживаться интегративного подхода, используя методы когнитивно-поведенческой терапии, экзистенциального подхода и телесно-ориентированной терапии, которые позволяют посредством группового консультирования решить задачи по обучению работе с изменениями мыслительных паттернов, снятию тревоги и напряжения, формированию более эффективных мотивов и стратегий поведения, развитию самопонимания и самопринятия.

Выводы по параграфу:

1. Групповое консультирование является эффективным методом коррекции синдрома самозванца, так как сочетает в себе обратную связь, нормализацию переживаний, социальную поддержку и обучение копинг-стратегиям.
2. Использование интегративного подхода способствует эффективной коррекции синдрома самозванца на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях через работу с ценностями, принятие себя, выработку новых поведенческих стратегий, регуляцию стресса и изменение мышления.

Выводы по главе 1

Анализ и обобщение зарубежной и отечественной научной психолого-педагогической литературы, описывающей компоненты и феноменологию синдрома самозванца, особенности исследуемого возрастного периода и подходы к групповому психологическому консультированию позволил нам сделать следующие выводы:

1. Феномен самозванца был впервые описан в 1978 году П. Клэнс и С. Аймс, и с тех пор стал предметом многочисленных исследований, актуальность которых усиливается в эпоху глобализации и широкого доступа к информации.
2. Синдром самозванца проявляется через совокупность характерных признаков: устойчивую неуверенность в своих профессиональных качествах и способностях, склонность игнорировать и обесценивать положительную оценку своих результатов со стороны окружающих, а также повышенную тревожность. Для людей с данным синдромом типичны чрезмерная педантичность и скрупулёзность в работе, сочетающиеся с тенденцией откладывать важные задачи на потом. Они часто демонстрируют парадоксальное сочетание ярко выраженного стремления к совершенству со слабой мотивацией к достижениям и сильным страхом перед неудачами. Характерными особенностями являются искаженное восприятие собственных возможностей, включая убежденность в легкости выполнения любых задач, а также специфический паттерн реагирования на успехи — чувство вины и ожидание «разоблачения». В процессе деятельности наблюдается особая динамика эмоциональных состояний и поведения («цикл самозванца»), при этом успехи не связываются с личными качествами и усилиями. Кроме того, для данного синдрома типичны хронический стресс, высокая предрасположенность к эмоциональному истощению, отсутствие удовлетворения от профессиональной деятельности. Люди с таким синдромом склонны приписывать свои достижения внешним

обстоятельствам, случайностям или помощи других, при этом устойчиво отрицая собственную роль в своих успехах.

3. В основе синдрома самозванца лежит внутренний конфликт, обладающий специфической сущностью. При ярко выраженных его проявлениях и отсутствии механизмов их контроля существенно повышается риск социально-психологической дезадаптации личности.

4. Причины возникновения и развития синдрома самозванца исследователями разделяются на 3 группы:

- условия семейного воспитания (пренебрежение потребностями ребёнка, сравнение родителями с другими детьми, слишком высокие ожидания родителей и т.д.),
- интрапсихологические условия (особенности личности, индивидуальные качества);
- специфика гендерных, национальных свойств личности.

5. Исследования синдрома самозванца обнаруживают отрицательные связи с самооценкой, положительные: с высоким уровнем тревожности, перфекционизмом и самосаботажем, как сознательным торможением своей карьеры. Люди с синдромом самозванца часто сталкиваются с повышенным напряжением, склонны откладывать дела, страдают от эмоционального истощения на работе и не получают удовольствия от своих профессиональных достижений. Они редко стремятся к повышению, предпочитая оставаться на привычных позициях, и обычно избегают ситуаций, требующих принятия решений или дополнительных обязательств.

6. К настоящему времени в научной литературе существуют несколько ведущих концепций, описывающих синдром самозванца, и консенсус в вопросе: рассматривать ли его как личностную особенность характера, сформированную в детстве под влиянием определенных обстоятельств, или как вариант аффективного состояния, с которым в определенный момент каждый может столкнуться в большей или меньшей степени – до сих пор не был достигнут. Разные авторы предлагают рассматривать синдром самозванца как:

«воображаемое мошенничество», перцептивное искажение идентичностей личного и профессионального характера, психическое явление, искаженный вариант локуса контроля, личностную диспозицию, внутренний конфликт, комплекс когнитивных искажений, социальный дискурс и т.д.

7. В рамках данного исследования мы будем рассматривать феномен самозванца как «комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих особенностей, проявляющихся в убежденности человека в том, что его успех зависит исключительно от случайного стечения обстоятельств, непредвиденной ошибки или личного обаяния» в соответствии с определением М.С. Шевелевой.

8. Высокая распространенность синдрома самозванца среди студентов подтверждает актуальность проблемы и необходимость дальнейших исследований для разработки эффективных методов диагностики и коррекции с учетом гендерных, этнических и личностных факторов.

9. В данной работе мы будем опираться на подход к периодизации Д. Бромлей (Бромли) - возраст, на который чаще всего выпадает период студенчества (примерно с 17 до 22 лет), частично попадает на период поздней юности (15-21 год) и частично – на период ранней взрослости (21 – 25 лет). В течение этих двух периодов происходит активное становление личности, ее интеллектуальное развитие и переход к самостоятельной жизни. Это время характеризуется сочетанием юношеского максимализма с появлением зрелых черт, с профессиональным и личностным самоопределением, формированием мировоззрения и принятием важных решений. Студенческие годы представляют собой переломный этап в жизни человека, время столкновения с реальностью взрослой жизни. Это значимый период личностного формирования, когда завершается подготовка к самостоятельной жизни и закладываются основы будущей профессиональной деятельности и семейного уклада. Осознание собственной ответственности за свою судьбу и благополучие близких, а также внутренняя готовность принять эту ответственность становятся центральными переживаниями социального развития. В возрасте около 20-22 лет происходит кризис сепарации от родительской опеки, переход к этапу ранней зрелости,

который характеризуется конкретизацией жизненных целей и первыми шагами к их достижению, процессом самопознания, формированием индивидуального стиля жизни, окончательным принятием своей взрослой идентичности с соответствующими правами и обязательствами, выбором партнера для создания семьи, а также профессиональной специализацией и совершенствованием мастерства в выбранной сфере деятельности.

10. Синдром самозванца представляет собой широко распространенное и значимое явление в среде медицинского образования. Его проявления у студентов-медиков отличаются высокой интенсивностью и специфической связью с компетенциями и профессиональной ответственностью.

11. Синдром самозванца у студентов первого курса в значительной степени обусловлен трудностями адаптации к новой социальной роли и непривычным академическим требованиям, а на третьем курсе синдром самозванца трансформируется, приобретая специфически профессиональную окраску и связываясь с началом формирования клинического компонента профессиональной идентичности.

12. Групповое психологическое консультирование способствует созданию социальных связей, улучшению навыков общения, личностному росту, повышению психологического благополучия, уменьшению интенсивности проявления признаков синдрома самозванца.

13. Для эффективной коррекции синдрома самозванца в отношении когнитивного, мотивационного и эмоционального компонентов мы будем придерживаться интегративного подхода, используя методы когнитивно-поведенческой терапии, экзистенциального подхода и телесно-ориентированной терапии, которые позволят посредством группового консультирования решить задачи по изменению неэффективных установок, снятию тревоги и напряжения, формированию более эффективных мотивов и стратегий поведения, развитию самопонимания и самопринятия.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ГРУППОВОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ КАК СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА САМОЗВАНЦА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

2.1. Методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента

На основании анализа литературы по теме синдрома самозванца нами был организован констатирующий эксперимент, целью которого было выявления уровня проявления признаков синдрома самозванца у студентов-медиков.

Общую выборку исследования составили 122 студента 1 и 3 курсов ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, обучающиеся по специальностям 31.05.02 Педиатрия и 31.05.01 Лечебное дело. Респонденты распределились следующим образом:

- по специальности: 31.05.02 Педиатрия – 111 человек (91% от общего числа респондентов), 31.05.01 Лечебное дело – 11 человек (9%);
- по курсу: 1 курс – 69 человек (57% от общего числа респондентов), 3 курс – 53 человека (43%);
- по гендеру: девушки – 93 человека (76% от общего числа респондентов), парни – 29 человек (24%);
- по возрасту: 17–22 года (среднее значение – 19,0 лет);
- по уровню успеваемости: троичники (средний балл 3,0–3,5) – 12 человек (10% от общего числа респондентов), хорошисты (средний балл 3,6–4,5) – 103 человека (84% от общего числа респондентов), отличники (средний балл 4,6–5,0) – 7 человек (6% от общего числа респондентов).

При составлении психодиагностического комплекса мы руководствовались требованиями к его валидности, надёжности и соответствуя возрасту испытуемых. Важным критерием была доступность

методик для четкого понимания участниками, что подтверждается их широким использованием в практике психоdiagностики. Основными измеряемыми параметрами стали выраженность синдрома самозванца, уровни мотивации избегания неудач и стремления к успеху, а также характеристики самоотношения. Эти интрапсихологические показатели были отобраны для исследования, поскольку они являются ключевыми компонентами феномена самозванца и признаны таковыми большинством специалистов в данной области. [50].

Для проведения констатирующего эксперимента нами был подобран следующий диагностический комплекс в соответствии с возрастом испытуемых:

1. Шкала феномена самозванца. Автор: П. Клэнс (1985). Адаптация: М.С. Шевелева, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермякова (2021) [66]. Цель: выявить наличие феномена самозванца и измерить степень выраженности его признаков.
2. Опросник для оценки мотивации к избеганию неудач — к самозашите. Автор: Т. Элерс (1964). Адаптация: М.А. Котик (1981) [23]. Цель: диагностировать преобладающую мотивационную тенденцию у испытуемых, количественно измерить интенсивность проявления боязни неудач.
3. Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху. Автор: Т. Элерс (1964). Адаптация: М.А. Котик (1981) [23]. Цель: диагностировать мотивационную направленность испытуемых к достижению цели и стремлению к успеху.
4. Тест-опросник самоотношения, ОСО. Авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев (1987) [3]. Цель: диагностировать уровень отношения испытуемых к себе, выявить структуру самоотношения и охарактеризовать ее отдельные компоненты.

Опрос проводился добровольно на платформе Google Forms, где до его начала:

- респонденты были ознакомлены с целью исследования и правилами конфиденциальности;
- была обозначена высокая степень важности ответственного подхода к предоставлению честных ответов;
- было обозначено, что, заполняя форму, испытуемые подтверждают согласие на обработку персональных данных;
- были даны инструкции по заполнению предлагаемых форм.

Полученные результаты были обработаны в Microsoft Excel и Google Colab.

На основании анализа научной литературы мы выделили компоненты и уровни проявления синдрома самозванца, которые приведены в таблице 4.

Результаты констатирующего эксперимента и его обсуждение

Необходимо отметить, что в нашем исследовании преобладающий состав респондентов — девушки (93 человека, что составляет 76% от общего числа респондентов). Парни — 29 человек (24%) из 122 опрошенных студентов, поэтому выделять гендерный аспект мы считали нецелесообразным. Изучение синдрома самозванца по соотнесенности студентов к специальности и возрасту не входило в задачи данного исследования. Анализ результатов методик проходил:

- 1) в контексте показателей по всей выборке в целом,
- 2) в сравнении показателей у студентов 1 и 3 курсов,
- 3) во взаимосвязи с успеваемостью.

Результаты по методике «Шкала феномена самозванца» (автор: П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой). Анализ результатов опросника по всей выборке (122 чел.) показал, что синдром самозванца имеет широкую распространённость в среде студентов-медиков.

Таблица 4. – Компоненты и уровни проявления синдрома самозванца

Компонент	Уровень проявления синдрома самозванца			Методики
	Высокий	Средний	Низкий	
Эмоциональный	Повышенная тревожность. Сильный страх потерпеть неудачу, показать свою некомпетентность перед другими людьми, возложить на себя большую ответственность. Скованность, застенчивость. Сильные переживания из-за неидеального результата.	Беспокойство перед важными событиями, периодические приступы тревоги. Умеренное проявление неуверенности в своих силах. Умеренные переживания из-за неидеального результата. Могут проявлять черты, свойственные людям как с высоким, так и низким уровнем синдрома самозванца, в зависимости от ситуации.	Легкое волнение перед сложными ситуациями. Нет сильных переживаний по поводу достижений и неудач. Успехи приносят удовлетворение. Спокойное отношение к получению негативной обратной связи. Выдержанность, устойчивость, непринужденность, приспособляемость.	Тест-опросник самоотношения, ОСО (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев). Шкала феномена самозванца (автор: П.Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой).
Мотивационный	Выбор заведомо неуспешных стратегий действия, принятие собственного «Я» как неудачника. Постановка недостижимых целей. Регулярное проживание «цикла самозванца». Преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха. Постоянное откладывание задач. Чрезмерное прикладывание усилий. Стремление всё выполнять идеально. Избегание новых задач и	Ситуативные проявления выбора неуспешных стратегий действия, частичное принятия собственного «Я» как неудачника. Периодическое проживание «цикла самозванца». Частое сравнение себя с другими. Цели, которые способствуют позитивной оценке собственных действий, зависят от внешних факторов.	Отсутствие образа непродуктивных стратегий действия и принятия собственного «Я» как неудачника. Преобладание мотивации достижения успеха над мотивацией избегания неудачи. Адекватная подготовка. Постановка достижимых целей, осознание своих возможностей. Инициатива к новым, в т. ч. сложным задачам.	Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи — к самозащите (автор: Т. Элерс, в адаптации М.А. Котика). Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху (автор: Т. Элерс, в адаптации М.А. Котика). Шкала феномена самозванца (автор:

Окончание таблицы 4

	<p>проектов.</p> <p>Избегание ситуаций оценивания.</p> <p>Трудоголизм.</p> <p>Пренебрежение отдыхом.</p> <p>Самосаботаж. Непоспособность делегировать задачи.</p>		<p>Цели, которые способствуют позитивной оценке собственных действий.</p>	<p>П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой).</p>
Когнитивный	<p>Искаженное самовосприятие в негативном направлении, ошибочные представления о себе, иррациональные убеждения, установки, говорящие о своей незначимости, недовольство собой, самовербализации с негативным содержанием.</p> <p>Ожидания, направленные на неудачу.</p> <p>Выражено самообвинение.</p> <p>Критическое отношение к себе, своему жизненному опыту, способностям и достижениям, излишняя строгость в оценке.</p> <p>Успех приписывается внешним факторам (удача, везение, помощь).</p>	<p>Самоотношение, самовосприятие, самопринятие, установки и предположения, которые придают вес собственным целям и способностям, подверженны ситуативности.</p> <p>Самовербализация с позитивным и реалистичным содержанием обусловлена средой.</p> <p>Нестабильное отношение к собственной личности.</p> <p>Признание достижений, но сомнения собственной роли в них.</p>	<p>Позитивное самоотношение.</p> <p>Адекватное самовосприятие, самопринятие.</p> <p>Установки, которые придают вес собственным целям и способностям.</p> <p>Ожидания, направленные на успех собственных действий.</p> <p>Присутствует в большей степени самопонимание, самоинтерес, саморуководство, самопринятие.</p> <p>Извлечение опыта из ситуаций неуспеха.</p> <p>Отношение к успехам как к результату собственных усилий, знаний и навыков.</p>	<p>Шкала феномена самозванца (автор: П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой).</p> <p>Тест-опросник самоотношения, ОСО (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев).</p>

Признаки данного синдрома были выявлены у 79% (74 чел.) испытуемых, что позволяет считать его значимым психологическим синдромом в нашей выборке:

- ярко выраженные характеристики синдрома самозванца (80–89 баллов) были выявлены у 2,5% (3 чел.) респондентов;
- выраженные характеристики синдрома самозванца (61–78 баллов) выявлены у 25,5% (31 чел.) респондентов;
- средняя степень выраженности данного синдрома (41–60 баллов) обнаружена у 51% (62 чел.) респондентов;
- отсутствие характеристик синдрома (0–40 баллов) характерно для 21% (26 чел.) респондентов.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

В нашем исследовании мы объединим показатели с ярко выраженными характеристиками синдрома самозванца (2,5% респондентов) с показателями с выраженными характеристиками синдрома самозванца (25,5% респондентов). Объединенные значения (28 %) мы обозначим как высокий уровень проявления признаков синдрома самозванца (выявлен суммарно у 34 респондентов).

21% (26 чел.) респондентов, у которых отсутствуют признаки синдрома самозванца, мы условно обозначим как низкий уровень проявления признаков данного синдрома, чтобы получить значения по трем уровням (высокий, средний, низкий) в рамках обобщения результатов по всем использованным в нашем исследовании методикам.

Таким образом, по результатам проведения опроса по методике «Шкала феномена самозванца» (автор: П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой) мы выявили по всей выборке респондентов (рисунок 2):

- высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца – у 28% респондентов (34 чел.);

- средний уровень – у 51% (62 чел.) респондентов;
- низкий уровень – у 21% респондентов (26 чел.).

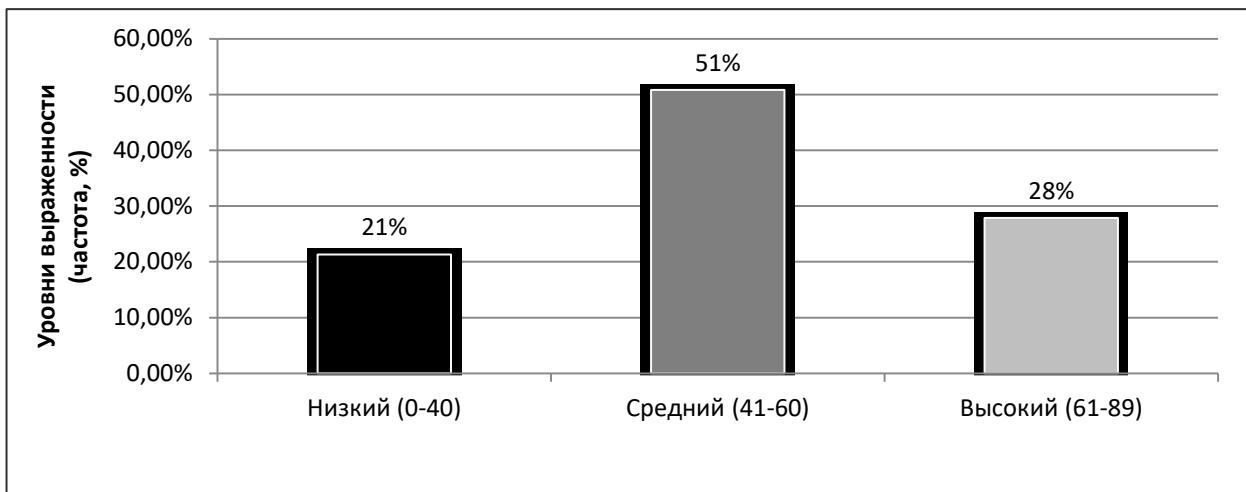


Рисунок 2. – Распределение респондентов по методике «Шкала феномена самозванца», П.Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой по всей выборке (частота встречаемости в %)

Как мы видим, для более половины опрошенных студентов (51%) характерны периодические сомнения в собственной компетентности, страх разоблачения и частое сравнение себя с другими. Этот уровень можно охарактеризовать как фоновый, который может ситуативно обостряться в ситуациях повышенной ответственности и оценки (например, зачеты, зачеты с оценкой, экзамены, отработка практических навыков, начало работы с реальными пациентами и т.д.).

Почти каждый третий респондент (28%) испытывает повышенную тревожность, страх возложить на себя большую ответственность, слишком критично относится к себе и своим способностям, приписывает успехи внешним обстоятельствам, имеет иррациональные убеждения о своей некомпетентности и регулярно проживает «цикл самозванца». Это может серьезно влиять на психологическое благополучие, приводить к обесцениванию своих достижений, трудоголизму и ограничивать будущий профессиональный рост из-за страха неудачи и избегания новых вызовов.

Меньшая часть выборки (21%) обладает устойчивым восприятием собственных достижений и компетенций. У респондентов нет сильных

переживаний по поводу достижений и неудач, отсутствует образ непродуктивных стратегий действия и принятия собственного «Я» как неудачника. Ожидания направлены на успех собственных действий.

Полученные данные согласуются с современными международными исследованиями, подтверждающими, что синдром самозванца широко распространен в академической среде, а также в медицинском сообществе, начиная с этапа обучения. Высокие показатели объясняются действием нескольких факторов: высокая конкурентная среда, большой объем и сложность информации, ответственность за жизнь и здоровье людей, частое столкновение с различными ситуациями оценки [29].

Далее мы проанализировали частоту встречаемости исследуемого синдрома на основании результатов опроса по данной методике у студентов первого курса в сравнении с третьим.

Среди опрошенных студентов 1 курса (69 человек): у 30,5% (21 чел.) был выявлен высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, у 42% (29 чел.) респондентов – средний уровень, у 27,5% (19 чел.) – низкий.

Среди опрошенных студентов 3 курса (53 человека): у 24,5% (13 чел.) был выявлен высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, у 62,3% (33 чел.) респондентов – средний уровень, у 13,2% (7 чел.) – низкий (рисунок 3).

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Проведенное сравнительное исследование выявило статистически значимую динамику в структуре и выраженности синдрома самозванца у студентов-медиков в зависимости от курса обучения. Несмотря на то, что общая распространенность данного синдрома (сумма среднего и высокого уровней) остается высокой на обоих курсах, ее качественное проявление различается, что указывает на влияние процесса профессиональной адаптации и получения академического опыта.

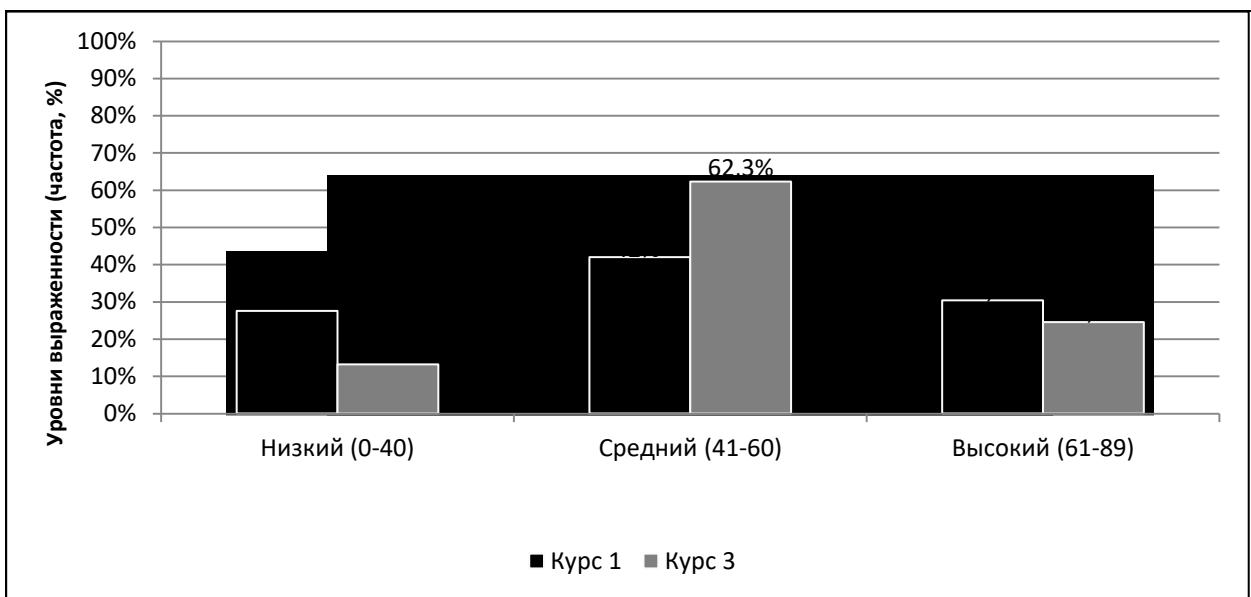


Рисунок 3. – Распределение респондентов по методике «Шкала феномена самозванца», П.Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой по всей выборке среди студентов 1 и 3 курсов (частота встречаемости в %)

На первом курсе наблюдается более поляризованная картина: высокая доля студентов как с высоким (30,5%), так и с низким (27,5%) уровнем проявления синдрома самозванца. Это характерно для периода адаптации, когда студенты сталкиваются с резким увеличением академической нагрузки и погружаются в новую, высококонкурентную среду. Реакция на эти процессы является неоднородной: часть студентов испытывает сомнения в себе, в то время как другая часть сохраняет уверенность.

На третьем курсе структура становится более зрелой: доля студентов с высоким уровнем данного синдрома снижается (24,5%), как и доля студентов с низким уровнем (13,2%), при этом значительно возрастает доля студентов со средним уровнем (62,3%). Это свидетельствует о том, что по мере обучения первоначальная острые неуверенность у части студентов трансформируется в хроническую, фоновую форму.

Мы предполагаем, что это может быть связано с тем, что к третьему курсу студенты сталкиваются с изучением клинических дисциплин и начинают осознавать всю сложность и ответственность будущей профессии. Это приводит к более реалистичной, часто заниженной оценке собственных

компетенций. Уверенность, основанная на школьных успехах и абстрактных представлениях о медицине, закономерно снижается. Постоянное нахождение в ситуации проверки знаний и практических навыков, страх ошибки способствуют тому, что чувство неуверенности становится распространенным. Кроме того, увеличение доли среднего уровня к третьему курсу может интерпретироваться как признак профессионального взросления. Умеренные сомнения могут мотивировать к более глубокому изучению материала и критическому отношению к своим действиям, что является важным качеством для врача. Риск заключается в том, что средний уровень является нестабильным и может легко перерасти в высокий в условиях повышенного уровня стресса.

Также мы обратили внимание на уровень академической успеваемости испытуемых. В рамках нашего исследования респонденты по уровню успеваемости распределились следующим образом (рисунок 4):

- троечники (средний балл 3,0-3,5) – 12 человек (10% от общего числа респондентов). Из них у 33,3 % (4 чел.) был выявлен высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, у 50% (6 чел.) респондентов – средний уровень, у 16,7% (2 чел.) – низкий;
- хорошисты (средний балл 3,6–4,5) – 103 человека (84% от общего числа респондентов). Из них у 27,2% (28 чел.) был выявлен высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, у 51,5% (53 чел.) респондентов – средний уровень, у 21,3 % (22 чел.) – низкий;
- отличники (средний балл 4,6–5,0) – 7 человек (6% от общего числа респондентов). Из них у 28,6% (2 чел.) был выявлен высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, у 42,8% (3 чел.) респондентов – средний уровень, у 28,6% (2 чел.) – низкий.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

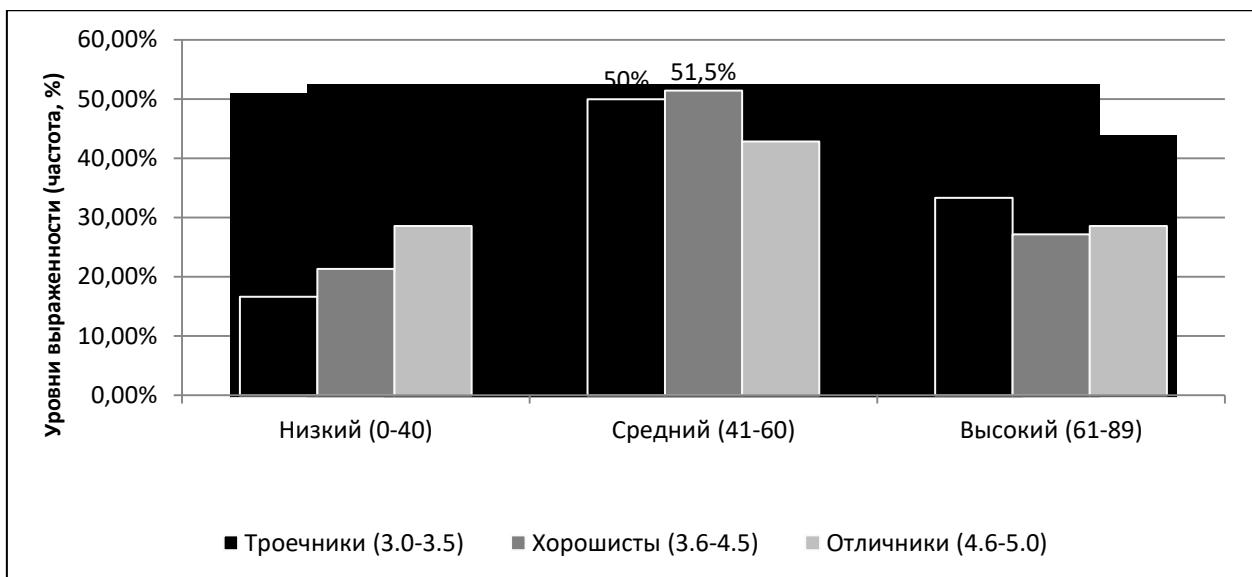


Рисунок 4. – Распределение респондентов по методике «Шкала феномена самозванца», П.Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой по всей выборке по уровню успеваемости (частота встречаемости в %)

Анализ взаимосвязи синдрома самозванца с академической успеваемостью позволяет сделать следующие выводы: не выявлено прямой зависимости между уровнем академической успеваемости и выраженностью синдрома самозванца. Наличие данного синдрома характерно как для студентов-отличников, так и для хорошистов и троичников, что подтверждает его природу как психологического явления, слабо связанного с объективными показателями компетентности.

Для отличников (6% выборки) характерно наиболее сбалансированное распределение по уровням проявления синдрома самозванца и наивысший процент студентов с низким уровнем синдрома (28,6%), при этом сохраняется высокий процент студентов с высоким уровнем данного явления (28,6%). Сочетание высокого уровня успеваемости и выраженного синдрома самозванца у значительной части отличников соответствует классическому пониманию синдрома самозванца – тенденции приписывать свои успехи внешним обстоятельствам, а не собственным способностям и усилиям.

Для хорошистов (84% выборки) распределение практически идентично общевыборочному, при этом также характерно преобладание среднего уровня признаков данного синдрома (51,5%).

У троичников (10% выборки) наиболее неблагополучный профиль с точки зрения проявления признаков синдрома самозванца: наивысший процент высокого уровня синдрома (33,3%) и наименьший процент низкого уровня (16,7%).

Мы предполагаем, что это может быть связано с тем, что у отличников высокая успеваемость может как сглаживать проявления синдрома (через формирование адекватной самооценки), так и усиливать его (через механизмы наличия завышенных ожиданий). Низкая успеваемость у троичников может являться как причиной (подтверждение собственной «некомпетентности»), так и следствием синдрома самозванца - страх неудачи приводит к избегающему поведению и откладыванию задач, что в итоге негативно оказывается на академических результатах. Для большинства студентов средний уровень синдрома самозванца становится фоновым состоянием, сопровождающим процесс обучения.

Таким образом, синдром самозванца представляет собой универсальное явление в студенческой среде, проявляющееся специфическим образом в различных академических группах и требующее целенаправленной психолого-педагогической работы.

Результаты по методике «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи — к самозащите» (автор: Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика). Мотивация выбора стратегии поведения для нас будет являться мотивационным компонентом (таблица 4), так как через него мы сможем увидеть, насколько испытуемый изначально мотивирован на негативные ожидания от различных жизненных ситуаций. Данный компонент будет рассматриваться нами через методику «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи — к самозащите», которая является классической

при рассмотрении выбора человеком негативных стратегий действия как к показателю негативного отношения к себе и обесценивания заслуженного личными усилиями успеха. Личность, мотивированная на неудачи, ставит приоритетом не допускать ошибок, даже при условии, что имеющая для него значение цель не будет достигнута [8].

Следует отметить, что при внесении стимульного материала по данной методике на платформе Google Forms мы предположили, что некоторые студенты (особенно иностранные) могут неправильно понимать значение ряда слов, поэтому рядом с этими словами мы указали более понятные синонимы (малодушный – слабовольный, жеманный – манерный, опрометчивый – необдуманный, предприимчивый – находчивый, малодушный – слабовольный).

Анализ результатов опросника по всей выборке (122 чел.) показал, что у испытуемых проявлены все 4 уровня мотивации к избеганию неудачи:

- слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи (20–28 баллов) был выявлен у 28,7% (35 чел.) студентов;
- высокий уровень мотивации к избеганию неудачи (17–20 баллов) характерен для 20,5% (25 чел.) респондентов;
- средний уровень мотивации к избеганию неудачи (11–16 баллов) обнаружен у 35,2% (43 чел.) респондентов. Это свидетельствует о том, что тенденция к избеганию неудачи в той или иной степени присуща большому количеству студентов-медиков, даже если она не достигает выраженных, дезадаптивных форм. Синдром самозванца может ярко проявляться в ситуациях повышенной ответственности и оценки (например, промежуточная аттестация по дисциплинам клинических кафедр и практикам, первые дежурства в клинике, отработка практических навыков у авторитетных преподавателей);
- низкая мотивация к избеганию неудачи (2–10 баллов) характерна для 15,6% (19 чел.) респондентов. Это говорит о том, что эта группа,

вероятно, в большей степени ориентирована на достижение успеха и менее подвержена страху разоблачения. Эти студенты обладают более здоровой мотивационной структурой, ориентированной на достижение цели. Они в меньшей степени зависят от внешней оценки, более устойчивы к неудачам и склонны рассматривать их как опыт для обучения. Их профессиональное становление может проходить более комфортно для них и более продуктивно.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 49,2 % опрошенных студентов (60 чел.) (рисунок 5). Это указывает на то, что данная мотивационная тенденция является массовой и структурно значимой в исследуемой выборке. Эти студенты с наибольшей вероятностью испытывают классические проявления синдрома самозванца. Их учебная и будущая профессиональная деятельность будет в значительной степени определяться страхом неудачи, а не стремлением к мастерству. Для них характерно: стремление выполнять все задачи идеально, эмоциональный фон, связанный с ожиданием неуспеха, выбор заведомо неуспешных стратегий действия, принятие собственного «Я» как неудачника, постановка недостижимых целей, откладывание задач из-за страха не справиться, самосаботаж и избегание ситуаций оценивания. Доминирование мотивации к избеганию неудачи является фактором профессионального риска. Оно может приводить к: снижению академической и клинической эффективности, выгоранию, отказу от карьерного роста и специализации в сложных областях медицины, формированию неконструктивных коммуникативных моделей с коллегами и пациентами.

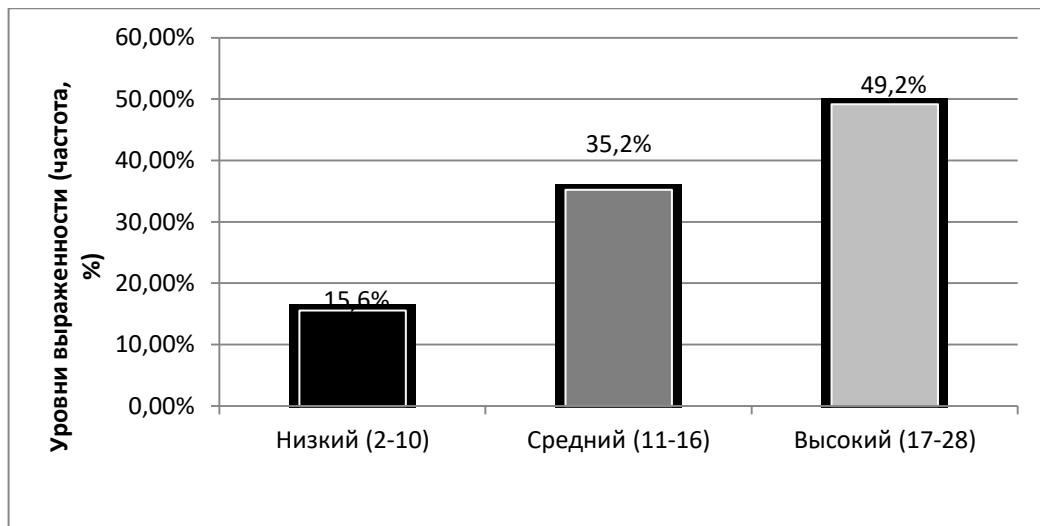


Рисунок 5. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к избеганию неудачи», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке (частота встречаемости в %)

Следующим нашим шагом был анализ частоты встречаемости мотивации к избеганию неудачи на основании результатов опроса по данной методике у студентов первого курса в сравнении с третьим (рисунок 6).

Среди опрошенных студентов 1 курса (69 человек): у 21,7% (15 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи, у 26,1% (18 чел.) респондентов – высокий уровень, 36,2% (25 чел.) респондентов – средний уровень, у 16% (11 чел.) – низкий.

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 47,8 % опрошенных студентов 1 курса (33 чел.).

Среди опрошенных студентов 3 курса (53 человека): у 37,8% (20 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи, у 13,2% (7 чел.) респондентов – высокий уровень, у 34% (18 чел.) респондентов – средний уровень, у 15% (8 чел.) – низкий.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как объединенный высокий уровень

проявления, который характерен для 51% опрошенных студентов 3 курса (27 чел.).

На первом курсе высокий и слишком высокий уровень демонстрируют 47,8% студентов, на третьем курсе этот показатель возрастает до 51%. Хотя прирост не показывает слишком большой величины (+3,2%), сама тенденция к росту является психологически значимой.

На 1 курсе высокий уровень (26,1%) преобладает над слишком высоким (21,7%). Мы это связываем с адаптационным процессом. Студенты сталкиваются с новыми, высокими требованиями, что закономерно порождает страх неудачи, но еще в относительно управляемой форме.

На 3 курсе происходит качественный сдвиг в сторону дезадаптивных форм. Доля студентов со слишком высоким уровнем резко возрастает до 37,8% (самый высокий показатель среди всех групп), в то время как доля с высоким уровнем снижается до 13,2%.

Таким образом, мы выявили, что к третьему курсу не просто становится больше студентов с выраженной мотивацией неудачи, у значительной части студентов мотивация к избеганию неудачи из просто высокой превращается в слишком высокую, что указывает на усиление дезадаптивных проявлений синдрома самозванца.

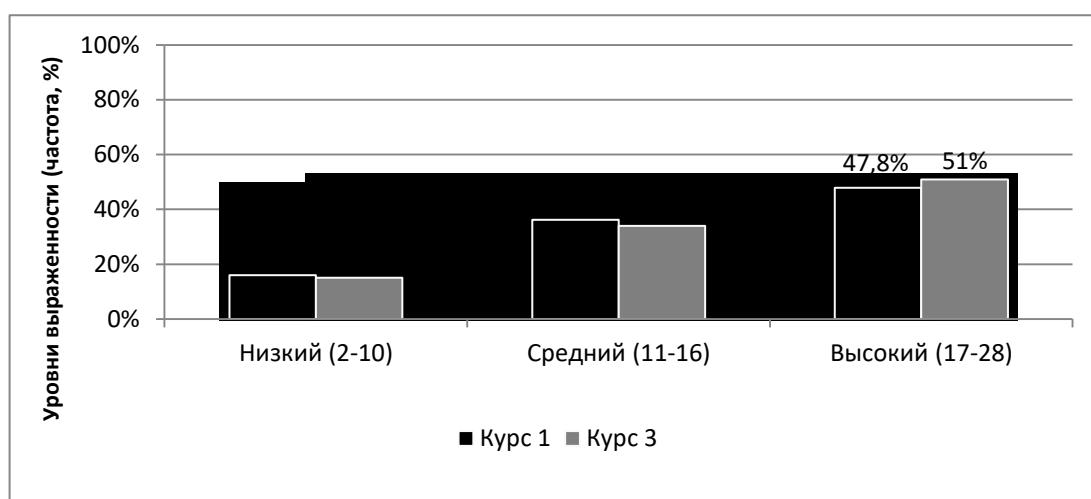


Рисунок 6. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к избеганию неудачи», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке среди студентов 1 и 3 курсов (частота встречаемости в %)

Что касается взаимосвязи успеваемости и уровня мотивации к избеганию неудачи, мы выявили следующее (рисунок 7):

- среди 12 троекников (средний балл 3,0-3,5) у 8,3% (1 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи, у 16,7% (2 чел.) респондентов – высокий уровень, у 50% (6 чел.) респондентов – средний уровень, у 25% (3 чел.) – низкий. Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен также для 25% опрошенных студентов (3 чел.).
- из 103 хорошистов (средний балл 3,6-4,5) у 30,1% (31 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи, у 22,3% (23 чел.) респондентов – высокий уровень, у 33% (34 чел.) респондентов – средний уровень, у 14,6% (15 чел.) – низкий. Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 52,4% опрошенных студентов (54 чел.).
- из числа 7 отличников (средний балл 4,6-5,0) у 42,9% (3 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудачи; не оказалось ни одного респондента с высоким уровнем, у 42,9% (3 чел.) респондентов – средний уровень, у 14,2% (1 чел.) – низкий. Значения по слишком высокому уровню мотивации к избеганию неудачи мы обозначим как высокий уровень проявления, который характерен для 42,9% опрошенных студентов (3 чел.).

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Полученные данные подтверждают распространенность синдрома самозванца среди объективно успешных людей, что подтверждает положения проанализированной нами научной психолого-педагогической литературы. Слишком высокий и высокий уровни мотивации к избеганию неудачи у отличников и хорошистов намного

более проявлены, чем у троичников. Распространенность высокого уровня мотивации к избеганию неудачи демонстрирует резкий скачок от группы троичников к группе хорошистов (с 25% до 52,4%).

Примерно каждый второй отличник (42,9%) имеет слишком высокий уровень мотивации к избеганию. При этом отсутствует высокий уровень. Это указывает на то, что для достижения наивысших академических результатов часто необходима (или сопутствует) не просто высокая, а чрезмерно высокая мотивация к избеганию неудачи.

Группа троичников - самая низкая доля объединенного высокого уровня (25%). Преобладает средний и низкий уровень мотивации к избеганию неудачи. Для этой группы характерна слабая вовлеченность в академическую среду или иные, не связанные с избеганием неудачи, причины низкой успеваемости (например, отсутствие интереса, внешние обстоятельства). Синдром самозванца здесь выражен минимально, так как их самооценка, вероятно, не завязана на академических достижениях. Они не боятся «разоблачения», потому что не претендуют на образ «успешного студента-медика».

Группа хорошистов показала наибольшую численность и максимальный процент объединенного высокого уровня (52,4%). Их успехи являются достаточными, чтобы считать себя успешными студентами. Это создает почву для страха перейти в категорию троичников и тем самым как бы подтвердить свою некомпетентность. Они могут проявлять черты,ственныеые людям как с высоким, так и низким уровнем синдрома самозванца, в зависимости от ситуации.

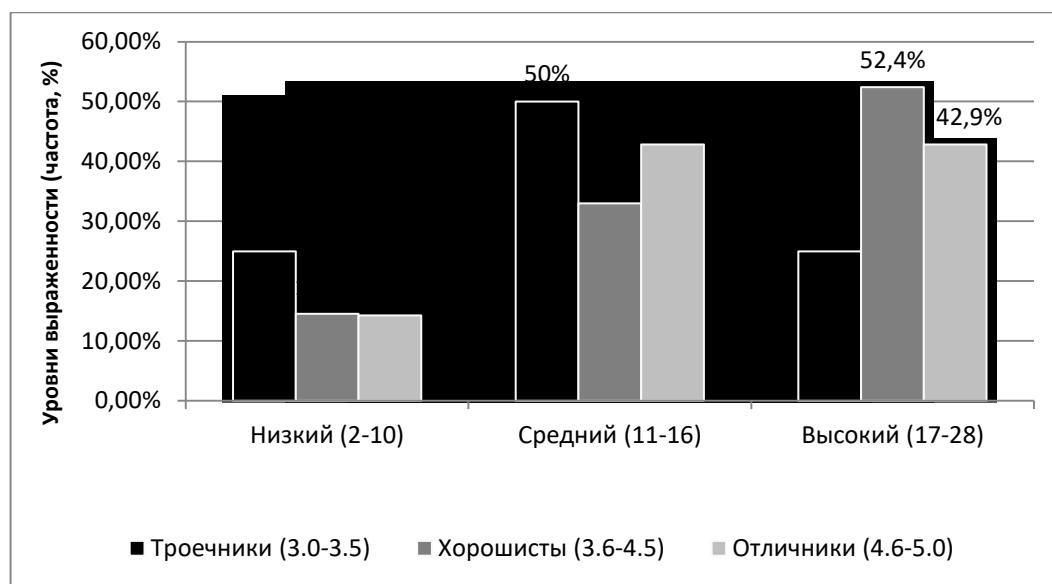


Рисунок 7. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к избеганию неудачи», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке по уровню успеваемости (частота встречаемости в %)

Таким образом, мы выявили, что наибольшая распространенность дезадаптивной мотивации к избеганию неудачи наблюдается именно среди студентов-медиков с высокой академической успеваемостью. Страх неудачи может выступать как дезадаптивный двигатель академических достижений. Это ставит перед системой медицинского образования важную задачу: выращивать не только компетентных, но и психологически устойчивых специалистов.

Результаты по методике «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» (автор: Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика). Методику «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» рекомендуют проводить совместно с другой методикой Т. Элерса по оценке мотивации к достижению цели – к успеху» [23]. Первая методика является диагностическим инструментом страха разоблачения при синдроме самозванца, вторая – позволяет оценить позитивный, целеориентированный потенциал личности. Их совместный анализ раскрывает внутреннюю мотивационную динамику студентов-медиков и позволяет выделить различные типы реагирования.

Показатели мотивации избегания неудач и синдрома самозванца оказывают негативное влияние на показатель мотивации к достижению успеха. У людей, страдающих синдромом самозванца, завышенные требования к себе и присутствует страх ошибиться. Это может только подкреплять нежелание добиваться успеха в какой-либо сфере [8].

Анализ результатов опросника по всей выборке (122 чел.) показал, что у респондентов проявляются все 4 уровня мотивации к достижению цели:

- слишком высокий уровень мотивации к достижению цели (21–26 баллов) был выявлен у 22,1% (27 чел.) студентов;
- высокий уровень мотивации к достижению цели (17–20 баллов) характерен для 35,3% (43 чел.) респондентов;
- средний уровень мотивации к достижению цели (11–16 баллов) обнаружен у 32,8% (40 чел.) респондентов;
- низкая мотивация к достижению цели (6–10 баллов) характерна для 9,8% (12 чел.) респондентов.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к достижению цели мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 57,4% опрошенных студентов (70 чел.) (рисунок 8).

Наиболее многочисленной является группа с высоким уровнем (35,3%), что можно считать оптимальной мотивационной моделью для успешного обучения. Это указывает на то, что в целом выборка характеризуется высоким уровнем целеустремленности и активности.

У группы со слишком высоким уровнем (22,1%) мотивация может носить нездоровый, перфекционистский характер.

Только 9,8% (12 чел.) демонстрируют низкую мотивацию к достижению. Это самая малочисленная группа, следовательно, результаты по

данной методике по всей выборке свидетельствует о достаточно высокой вовлеченности большинства студентов в учебный процесс.

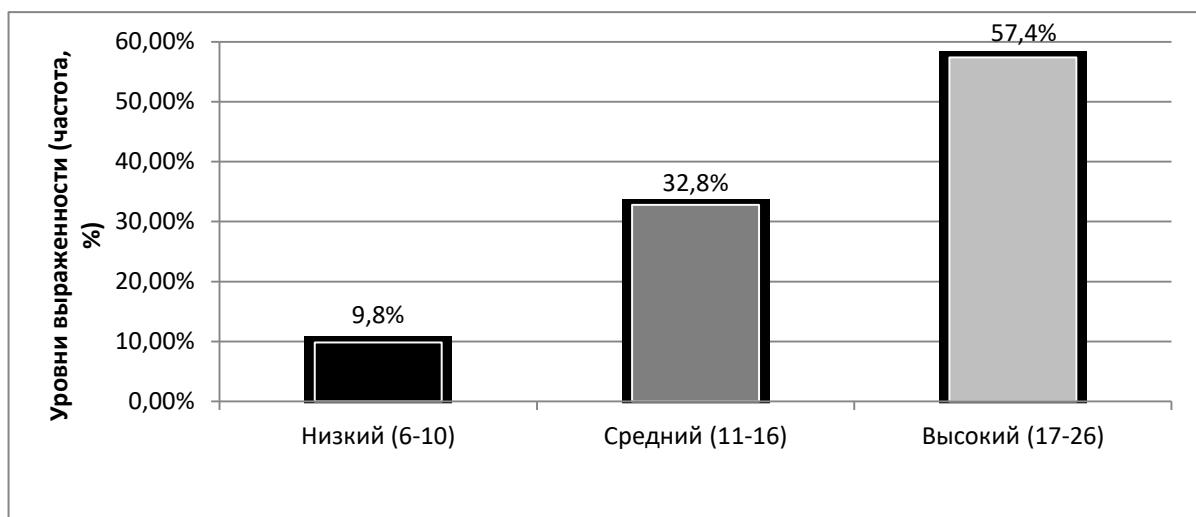


Рисунок 8. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к достижению цели», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке (частота встречаемости в %)

Синдром самозванца у студентов-медиков не сводится только к высокому уровню страха неудачи. Его ядром является противоречие между высоким стремлением к достижению и высоким страхом перед неудачей. Именно этот конфликт порождает тревогу и неудовлетворенность. Полученные данные показывают, что высокая мотивация к успеху сама по себе не является гарантией психологического благополучия. В сочетании со страхом неудачи она подпитывает синдром самозванца, приводя к снижению психологического благополучия. Анализ мотивации к достижению успеха, проведенный в комплексе с данными по избеганию неудачи, переводит понимание синдрома самозванца на новый уровень. Он позволяет увидеть за внешней академической успешностью глубокий внутренний разлад между «хочу» и «боюсь». Это доказывает, что синдром самозванца – это не просто отсутствие уверенности, а сложное явление, требующее целостного подхода к коррекции, направленного на гармонизацию всей системы личностных устремлений будущего врача.

Также мы провели анализ частоты встречаемости мотивации к достижению цели на основании результатов опроса по данной методике у

студентов первого курса и сравнили результаты с показателями студентов третьего курса.

Среди опрошенных студентов 1 курса (69 человек): у 26% (18 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к достижению цели, у 34,8% (24 чел.) респондентов – высокий уровень, 34,8% (24 чел.) респондентов – средний уровень, у 4,4% (3 чел.) – низкий.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к достижению цели мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 60,8 % опрошенных студентов 1 курса (42 чел.).

Среди опрошенных студентов 3 курса (53 человека): у 17% (9 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к достижению цели, у 35,8% (19 чел.) респондентов – высокий уровень, у 30,2% (16 чел.) респондентов – средний уровень, у 17% (9 чел.) – низкий (рисунок 9).

Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к достижению цели мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 52,8% опрошенных студентов 3 курса (28 чел.).

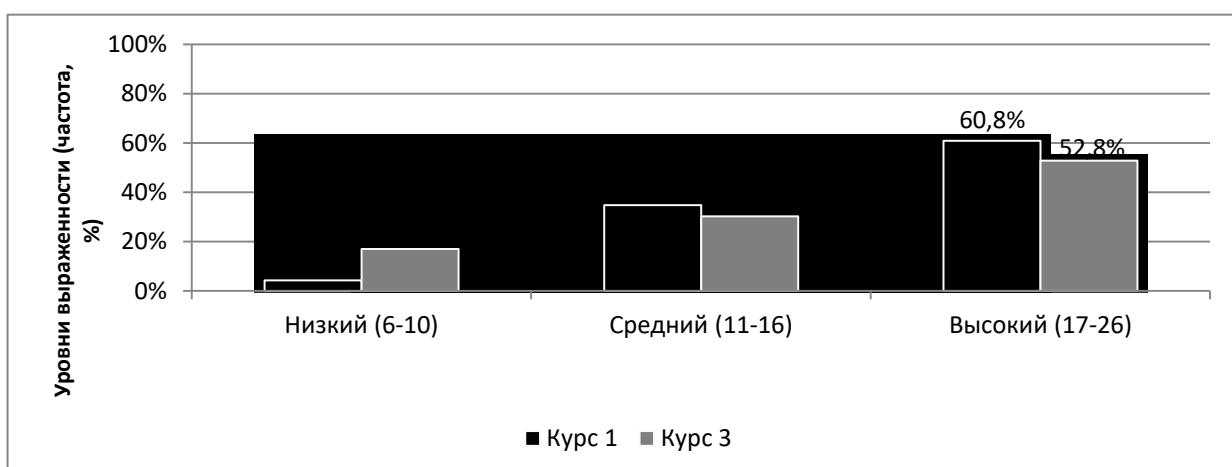


Рисунок 9. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к достижению цели», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке среди студентов 1 и 3 курсов (частота встречаемости в %)

На первом курсе высокий и слишком высокий уровень демонстрируют 60,8% студентов. На третьем курсе этот показатель снижается до 52,8%.

У студентов 1 курса высокий уровень (34,8%) является ядром, а группа со слишком высоким уровнем (26%) отражает несколько идеалистичный настрой студентов. На 3 курсе происходит качественный сдвиг в сторону снижения вовлеченности. Наблюдается резкое сокращение (на 9%) группы со «слишком высоким» уровнем (с 26% до 17%). Это наиболее значимое изменение, указывающее на снижение энтузиазма.

Наше внимание обратил на себя рост (более чем в 4 раза) группы с низким уровнем (с 4,4% до 17%). Это свидетельствует о появлении значительной прослойки студентов, утративших учебную мотивацию. Таким образом, к третьему курсу происходит не просто незначительное снижение мотивации, а структурная перестройка мотивационного профиля в сторону меньшей вовлеченности и большей апатии.

Мы сделали совместный анализ динамики мотивации к достижению и избеганию неудачи, что является ключом к пониманию усиления синдрома самозванца к третьему курсу. Мы ранее установили, что к 3-му курсу:

- мотивация к избеганию неудачи – растет (с 47,8% до 51%), причем качественно «утяжеляясь» (наблюдается рост слишком высокого уровня с 21,7% до 37,8%);
- мотивация к достижению цели – снижается (с 60,8% до 52,8%), качественно «ухудшаясь» (рост апатии и снижение энтузиазма).

Таблица 5. – Сравнение динамики мотивационных профилей

Мотивационная тенденция	1 курс	3 курс	Динамика
Высокая мотивация к достижению	60,8%	52,8%	Снижение
В т.ч. слишком высокий уровень	26,0%	17,0%	Резкое снижение
Низкая мотивация к достижению	4,4%	17,0%	Резкий рост
Высокая мотивация к избеганию	47,8%	51,0%	Рост
В т.ч. слишком высокий уровень	21,7%	37,8%	Резкий рост

Из таблицы 5 мы видим, что к третьему курсу у части студентов происходит мотивационный перекос: страх начинает доминировать над

надеждой, а избегание – над стремлением. Студент, который на 1-м курсе был энергичным и целеустремленным, к 3-му курсу может сохранить высокую академическую успеваемость, но движущим мотивом будет являться не интерес, а страх неудачи. Становится характерным обесценивание достижений, что подпитывает синдром самозванца. Падение мотивации к достижению целей напрямую связано с разочарованием в профессии или в себе как в будущем профессионале, возникает страх не справиться.

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать усиление синдрома самозванца к третьему курсу не только как результат накопления страха, но и как следствие утраты смыслов и интереса к учебно-профессиональной деятельности. По мере погружения в профессию, ради которой студенты пришли в вуз, их мотивация угасает, уступая место нарастающему страховому. Это создает идеальные условия для синдрома самозванца, когда будущий врач, теряя связь со своими первоначальными устремлениями, начинает чувствовать себя обманщиком на собственном месте.

Что касается взаимосвязи академической успеваемости и уровня мотивации к достижению цели, мы выявили следующее (рисунок 10):

- среди 12 троекников (средний балл 3,0-3,5) у 8,4% (1 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к достижению цели, у 33,3% (4 чел.) респондентов – высокий уровень, у 33,3% (4 чел.) респондентов – средний уровень, у 25% (3 чел.) – низкий. Значения по слишком высокому и высокому уровням мотивации к достижению цели мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 41,7% опрошенных студентов (5 чел.).
- из 103 хорошистов (средний балл 3,6-4,5) у 22,3% (23 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к достижению цели, у 36% (37 чел.) респондентов – высокий уровень, у 33% (34 чел.) респондентов – средний уровень, у 8,7% (9 чел.) – низкий. Значения по слишком высокому и

высокому уровням мотивации к достижению цели мы обозначим как объединенный высокий уровень проявления, который характерен для 58,3% опрошенных студентов (60 чел.).

– из числа 7 отличников (средний балл 4,6-5,0) у 42,8% (3 чел.) был выявлен слишком высокий уровень мотивации к достижению цели, у 28,6% (2 чел.) респондентов – высокий уровень, у 28,6% (2 чел.) респондентов – средний уровень. Низкий уровень мотивации к достижению цели среди отличников не выявлен. Значения по слишком высокому уровню мотивации к достижению цели мы обозначим как высокий уровень проявления, который характерен для % опрошенных студентов 71,4 (5 чел.).

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 1.

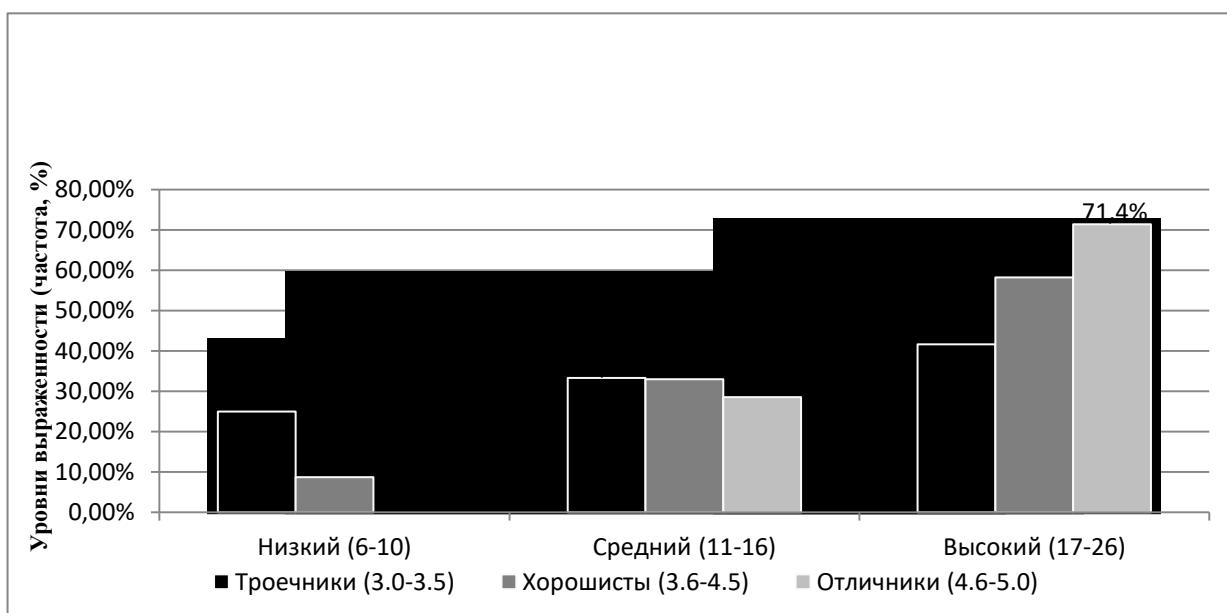


Рисунок 10. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к достижению цели», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) по всей выборке по уровню успеваемости (частота встречаемости в %)

Наблюдается четкая прямая зависимость между академической успеваемостью и уровнем мотивации к достижению цели. Доля студентов с объединенным высоким уровнем мотивации последовательно возрастает от троичников к отличникам: 41,7% (троичники) – 58,3% (хорошисты) – 71,4% (отличники). В группе отличников отмечается

максимальная доля студентов со слишком высоким уровнем мотивации (42,8%) при полном отсутствии студентов с низким уровнем. В группе троекников, напротив, каждый четвертый студент (25%) демонстрирует низкую мотивацию к достижению.

Наиболее значимые выводы мы можем сделать при совместном анализе с ранее полученными данными по мотивации к избеганию неудачи. Группа троекников показала самую низкую долю как высокой мотивации к достижению (41,7%), так и высокой мотивации к избеганию (25%). Учебная деятельность данной группы в наименьшей степени обусловлена как стремлением к успеху, так и страхом неудачи. Это позволяет предположить, что их академические результаты связаны с иными факторами (внешние обстоятельства, отсутствие интереса к профессии, иные жизненные приоритеты). Синдром самозванца в данной группе выражен минимально, поскольку их самоидентификация не завязана на академических достижениях.

Группа хорошистов проявила высокие и почти одинаковые показатели как мотивации к достижению (58,3%), так и мотивации к избеганию (52,4%). Студенты данной группы активно стремятся к успеху, но их деятельность в равной степени обусловлена страхом неудачи. Это создает внутреннее напряжение, при котором даже объективные достижения не приносят удовлетворения, а воспринимаются как избегание провала. Здесь формируется характерный для синдрома самозванца паттерн – стремление показывать высокие достижения в учебной деятельности не из «хочу достичь», а потому что «боюсь оказаться неудачником».

Группа отличников характеризуется максимальными значениями мотивации к достижению (71,4%) в сочетании с высоким, преимущественно слишком высоким уровнем мотивации к избеганию (42,9%). Их высокие академические результаты обеспечиваются одновременной работой двух мощных мотивационных механизмов:

позитивного (стремление к профессионализму, знаниям) и негативного (патологический страх перед ошибкой, потребность в идеальном результате как защите от разоблачения). Такой режим психической деятельности является очень энергозатратным.

Таким образом, наше исследование показало, что высокая академическая успеваемость студентов-медиков связана не только с мотивацией достижения успеха, но и часто обеспечивается за счет внутреннего напряжения, вызванного сочетанием стремления к успеху и страха перед неудачей. Наиболее уязвимой с точки зрения синдрома самозванца является не группа троичников, а группы хорошистов и отличников, чья внешняя успешность может маскировать глубокий внутренний конфликт и истощение. Это ставит перед системой медицинского образования задачу развития не только профессиональных компетенций, но и психологической культуры, позволяющей будущим врачам сохранять здоровое отношение к собственным достижениям и неудачам.

Результаты по методике «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев). Существует связь между уровнем выраженности синдрома самозванца и показателями самоотношения, а именно: чем выше показатель уровня выраженности синдрома самозванца, тем ниже показатели самоотношения (самоуважение, аутосимпатия, ожидание от других) [66]. Данная методика является важным инструментом для диагностики синдрома самозванца, так как позволяет выявить глубинные, часто неосознаваемые компоненты самоотношения. Если предыдущие методики (Т. Элерса) показывали мотивационные механизмы поведения самозванца, то ОСО раскрывает его личностный фундамент (как человек относится к самому себе). Синдром самозванца коренится не столько в реальной компетентности, сколько вискаженной, негативной структуре самоотношения.

Результаты опросника по всей выборке (122 чел.) представлены в таблице 6.

Таблица 6. - Результаты по методике «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев)

Шкала	Высокий показатель (75 и более)	Средний показатель (50-74)	Низкий показатель (0-49)
1.Шкала S (интегральная)	75,4% (92 чел.)	11,5% (14 чел.)	13,1% (16 чел.)
2.Шкала самоуважения (I)	49,2% (60 чел.)	22,9% (28 чел.)	27,9% (34 чел.)
3.Шкала аутосимпатии (II)	63,1% (77 чел.)	16,4% (20 чел.)	20,5% (25 чел.)
4.Шкала ожидания положительного отношения других (III)	19,7% (24 чел.)	49,2% (60 чел.)	31,1% (38 чел.)
5.Шкала самоинтереса (IV)	62,3% (76 чел.)	23% (28 чел.)	14,7% (18 чел.)
6.Шкала самоуверенности (1)	54,1% (66 чел.)	17,2% (21 чел.)	28,7% (35 чел.)
7. Шкала ожидания отношения других (2)	48,4% (59 чел.)	25,4% (31 чел.)	26,2% (32 чел.)
8. Шкала самопринятия (3)	64,8% (79 чел.)	22,1% (27 чел.)	13,1% (16 чел.)
9.Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4)	47,5% (58 чел.)	27,9% (34 чел.)	24,6% (30 чел.)
10. Шкала самообвинения (5)	26,2% (32 чел.)	20,5% (25 чел.)	53,3% (65 чел.)
11. Шкала самоинтереса (6)	71,3% (87 чел.)	9% (11 чел.)	19,7% (24 чел.)
12. Шкала самопонимания (7)	39,4% (48 чел.)	26,2% (32 чел.)	34,4% (42 чел.)

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 2. Обобщенные результаты представлены на рисунке 11.

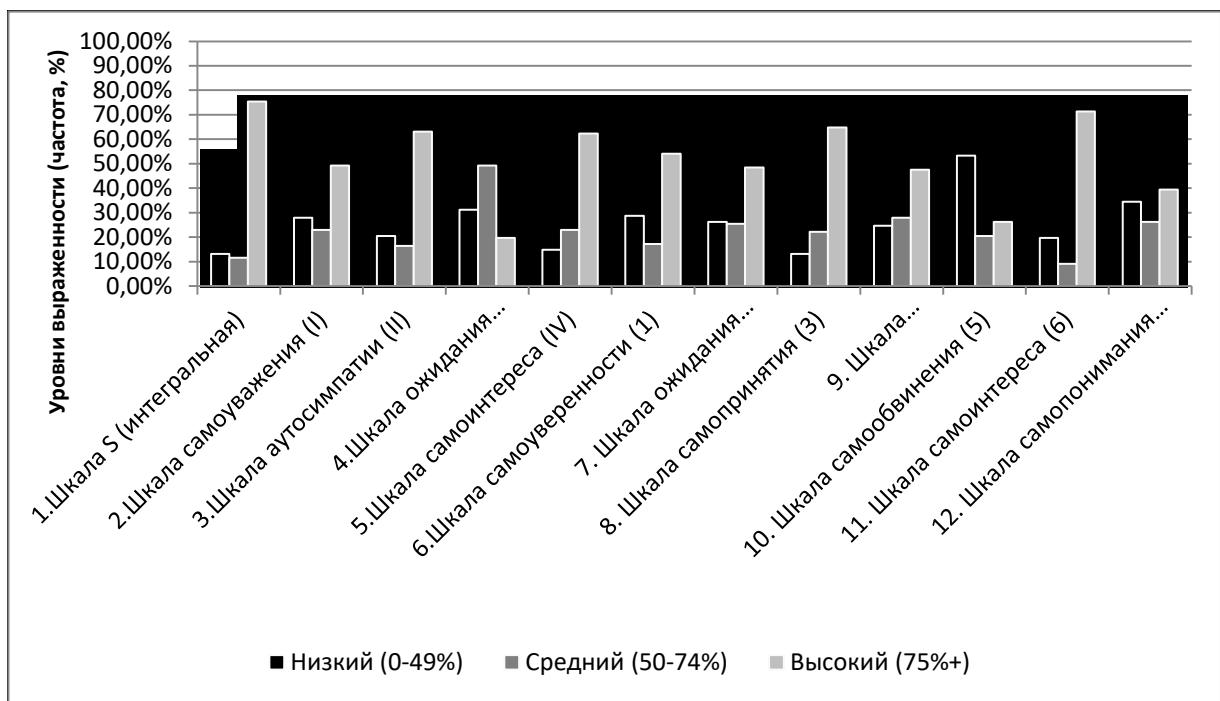


Рисунок 11. – Распределение респондентов по методике «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев) по всей выборке (частота встречаемости в %)

Шкала S (интегральное самоотношение): подавляющее большинство респондентов (75,4%) демонстрирует высокий уровень глобального самоотношения, то есть при внешне позитивном отношении к себе существует внутренняя, скрытая уязвимость. Это можно интерпретировать как картину, которую студенты создают для самих себя и окружающих, чтобы скрыть глубинные сомнения.

Шкала самоуважения (I): только 49,2% имеют высокий показатель. Это означает, что более половины выборки (50,8%) демонстрируют средний или низкий уровень уважения к себе, своей личности и своим способностям. Это прямое указание на почву для синдрома самозванца.

Шкала самоуверенности (1): 54,1% с высоким уровнем. Однако эта уверенность, судя по другим шкалам, носит хрупкий, ситуативный характер и сильно зависит от внешнего подтверждения.

Шкала аутосимпатии (II) и самопринятия (3): высокие показатели (63,1% и 64,8% соответственно). Студенты в целом относятся к себе с

симпатией и принимают себя. Однако это принятие существует в напряжении с тенденцией к самообвинению.

Шкала самообвинения (5): низкий показатель у 53,3% – это позитивный фактор. Тем не менее, у 26,2% уровень самообвинения высокий, а у 20,5% – средний. Эта значимая группа (почти половина выборки) склонна обвинять себя в неудачах, что является питательной средой для синдрома самозванца.

Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4): только 47,5% имеют высокий показатель. Более половины студентов ощущают, что они не являются хозяевами своей жизни, их действия не последовательны и не вытекают из их собственных убеждений. Это напрямую связано с синдромом самозванца (успехи воспринимаются студентами как случайность, а не как результат целенаправленных усилий).

Шкала ожидания положительного отношения других (III): низкий и средний показатель у 80,3% выборки. Это свидетельствует о глубокой неуверенности в оценке со стороны окружающих и страхе разоблачения.

Шкала самопонимания (7): низкий и средний уровень у 60,6%. Это указывает на трудности в рефлексии, в понимании собственных мотивов и состояний.

На основе полученных по методике «самоотношения» данных можно сделать вывод, что большинство студентов демонстрируют высокое глобальное самоотношение, самопринятие и самоинтерес. Внешне создается образ успешного, уверенного в себе студента-медика. За этим скрывается: низкий уровень самоуважения у каждого второго респондента, зависимость от внешней оценки, ожидание негативного отношения от других и слабое внутреннее саморуководство. Их самоощущение зависит от внешней оценки и похвалы, которые они при этом внутренне обесценивают. Склонность к самообвинению Недостаточное самопонимание: затруднения в осознании причин своих успехов и неудач. Это создает благоприятную почву для синдрома самозванца: студент выглядит хорошо и в целом себя принимает,

но внутри не чувствует себя хозяином своих успехов, ждет негативной оценки от других и считает, что его достижения – это обман.

Полученные данные объясняют мотивационные профили, выявленные ранее. Высокая мотивация к избеганию неудачи напрямую связана с низким саморуководством и ожиданием негативной оценки. Снижение мотивации к достижению у третьекурсников может быть следствием эмоционального истощения от поддержания внешней уверенности в условиях нарастающей учебной нагрузки, прохождения учебных и производственных практик и изучения клинических дисциплин.

Анализ по методике показал, что синдром самозванца у студентов-медиков обладает такой структурой самоотношения, где внешнее благополучие скрывает внутреннюю неуверенность, зависимость от оценок и слабое чувство личного контроля над своими достижениями. Это позволяет перейти от констатации синдрома к разработке целенаправленных программ психологического сопровождения, нацеленных на гармонизацию конкретных структурных компонентов самоотношения, выявленных в нашем исследовании.

Далее мы провели анализ показателей самоотношения по интегральной шкале у студентов первого курса и сравнили результаты с показателями студентов третьего курса.

Среди опрошенных студентов 1 курса (69 человек): у 79,7% (55 чел.) был выявлен высокий уровень самоотношения, у 8,7% (6 чел.) респондентов – средний уровень, у 11,6% (8 чел.) – низкий.

Среди опрошенных студентов 3 курса (53 человека): у 69,8% (37 чел.) был выявлен высокий уровень самоотношения, у 15,1% (8 чел.) респондентов – средний уровень, у 15,1% (8 чел.) – низкий.

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении А, таблица 2.

Интегральное самоотношение (шкала S) является обобщенным показателем того, как человек воспринимает и оценивает себя в целом. Его

динамика в процессе обучения отражает эффект от воздействия академического стресса, профессионального становления и переживания успехов и неудач. Мы выявили снижение позитивного самоотношения: доля студентов с высоким уровнем интегрального самоотношения снижается с 79,7% на 1-м курсе до 69,8% на 3-м курсе (снижение на 9,9%). Одновременно с этим наблюдается рост доли студентов со средним и низким уровнем самоотношения: группа со средним уровнем увеличилась с 8,7% до 15,1% (рост на 6,4%), группа с низким уровнем увеличилась с 11,6% до 15,1% (рост на 3,5%). Следовательно, мы можем сделать вывод, что за два года обучения происходит статистически и психологически значимое снижение общего уровня позитивного самоотношения и соответствующее увеличение доли студентов с неустойчивым и негативным самоотношением к себе.

Этот анализ приобретает максимальную значимость при интеграции с ранее полученными данными. Мы видим формирование тревожной тенденции (таблица 7).

Таблица 7. - Сводная таблица ключевых изменений по результатам анализа используемых методик у респондентов к 3-му курсу

Параметр	1 курс	3 курс	Динамика
Интегральное самоотношение (Высокий уровень)	79,7%	69,8%	Снижение (-9,9%)
Мотивация к достижению (Объединенный высокий уровень)	60,8%	52,8%	Снижение (-8,0%)
Мотивация к избеганию (Объединенный высокий уровень)	47,8%	51,0%	Рост (+3,2%)
В т.ч. слишком высокий уровень избегания	21,7%	37,8%	Резкий рост (+16,1%)

Таким образом, мы выявили снижение уровня общего позитивного самоотношения к третьему курсу, что приводит к падению уверенности в своих силах и интереса к обучению (снижение мотивации к достижению), повышение уровня тревожности (рост мотивации к избеганию, особенно ее дезадаптивной, слишком высокой формы), что напрямую связано с признаками синдрома самозванца. Первый курс характеризуется академическим самоотношением, основанным на общих успехах в учебном

процессе. К третьему курсу снижение самоотношения свидетельствует о трудностях в процессе выстраивания профессиональной идентичности.

Динамика интегрального самоотношения является важным звеном, которое связывает в единую систему ранее полученные данные по результатам анализа трех других рассмотренных нами методик. Она показывает, что синдром самозванца – это глубокое и многоаспектное явление, коррекция которого имеет важное значение для сохранения психического здоровья и позитивного самоощущения будущих врачей.

Касаемо взаимосвязи успеваемости и уровня самоотношения (по интегральной шкале), то мы выявили следующее:

- среди 12 троечников (средний балл 3,0-3,5) у 66,6% (8 чел.) был выявлен высокий уровень самоотношения, у 16,7% (2 чел.) респондентов – средний уровень, у 16,7% (2 чел.) – низкий.
- из 103 хорошистов (средний балл 3,6-4,5) у 75,7% (78 чел.) был выявлен высокий уровень самоотношения, у 10,7% (11 чел.) респондентов – средний уровень, у 13,6% (14 чел.) – низкий.
- из числа 7 отличников (средний балл 4,6-5,0) у 85,7% (6 чел.) был выявлен высокий уровень самоотношения, у 14,3% (1 чел.) респондентов – средний уровень. Низкий уровень самоотношения среди отличников не выявлен.

Мы видим, что наблюдается прямая взаимосвязь между академической успеваемостью и уровнем интегрального самоотношения. Доля студентов с высоким уровнем самоотношения последовательно возрастает: троичники - 66,6%, хорошисты - 75,7%, отличники - 85,7%. В группе отличников полностью отсутствуют студенты с низким уровнем самоотношения. Наибольший разброс показателей наблюдается в группе троичников.

Наименьший процент высокого самоотношения (66,6%) при наличии значимой доли среднего и низкого уровней (по 16,7%) мы наблюдаем у троичников. Низкая академическая успеваемость закономерно отражается на самоотношении. Синдром самозванца здесь может проявляться в форме

принятия роли «неудачника», однако это чувство является скорее следствием реальных трудностей, чем иррациональным убеждением.

Группа хорошистов характеризуется высоким самоотношением (75,7%) при сохранении групп со средним (10,7%) и низким (13,6%) уровнем. Студенты демонстрируют достаточно высокое самоотношение, но оно остается неустойчивым. Успехи могут восприниматься как случайные, а самоотношение поддерживается за счет постоянных усилий по доказательству своей состоятельности.

В группе отличников максимальный процент высокого самоотношения (85,7%) при полном отсутствии низких показателей, то есть отличники демонстрируют наиболее благополучную структуру самоотношения. Это может указывать на два возможных варианта: высокие достижения являются следствием реальных способностей и подкрепляют адекватное самоотношение, или высокое самоотношение поддерживается механизмами психологической защиты, где академические успехи используются как основной ресурс для поддержания высокого самоотношения.

Далее мы сравнили данные всех использованных нами методик (таблица 8).

Таблица 8. – Анализ результатов использованных методик по академической успеваемости

Параметр	Троичники	Хорошисты	Отличники
Высокий уровень самоотношения	66,6%	75,7%	85,7%
Высокий уровень мотивации к достижению цели – к успеху	41,7%	58,3%	71,4%
Высокий уровень мотивации к избеганию неудачи — к самозащите	25,0%	52,4%	42,9%
Высокий уровень синдрома самозванца	33,3 %	27,2%	28,6%

На основе полученных данных мы можем сделать следующие выводы: хорошисты, обладая достаточно высоким уровня самоотношения и мотивацией к достижению целей, демонстрируют максимальные показатели мотивации к избеганию неудачи. Это создает внутренний конфликт, характерный для синдрома самозванца. У отличников сочетание высокого уровня самоотношения с выраженной мотивацией к достижению целей

создает психологический ресурс для академической успешности, хотя наличие мотивации к избеганию (42,9%) указывает на определенную уязвимость. Низкие показатели у троичников по всем параметрам в сочетании с наиболее высокими показателями признаков синдрома самозванца могут проявляться как следствие реальных академических трудностей. Наиболее уязвимой группой оказались хорошисты, демонстрирующие противоречивый профиль с сочетанием высокого уровня самоотношения и выраженной мотивации к избеганию неудачи.

Далее нами был проведен корреляционный анализ с помощью непараметрического критерия Спирмена, так как большинство переменных не подчинялись нормальному распределению. Это позволило объективно оценить структуру взаимосвязей между показателями выборки, определить направления влияния одних характеристик на другие и выделить ключевые зависимости, имеющие статистическую значимость.

По результатам анализа выявлено, что между большинством шкал существуют устойчивые положительные связи, что указывает на согласованность отдельных психологических характеристик. Также были обнаружены несколько отрицательных корреляций, отражающих обратные зависимости между некоторыми. Все отобранные связи были статистически значимыми и имеют практическое значение для дальнейшей интерпретации психологической структуры исследуемой выборки.

Для интерпретации и визуализации были отобраны только сильные и очень сильные связи ($r \geq 0,5$) (рисунок 12). Такой подход позволяет сконцентрироваться на статистически значимых взаимосвязях, исключая слабые корреляции, которые могут возникать случайно и не иметь функциональной ценности для анализа. На рисунке 12 представлена схема корреляционных связей между шкалами четырех методик, использованных в нашем исследовании.

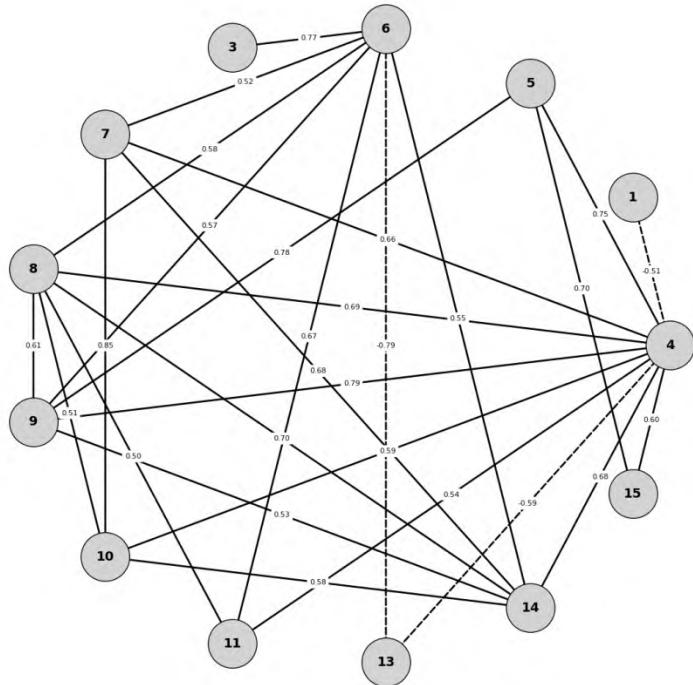


Рис. 12. - Схема корреляционных связей между шкалами использованных методик

1 – Шкала феномена самозванца, 2 – Шкала мотивации к избеганию неудачи, 3 – Шкала мотивации к достижению цели, 4 – Шкала S (интегральная), 5 – Шкала самоуважения (I), 6 – Шкала аутосимпатии (II), 7 – Шкала ожидания положительного отношения других (III), 8 – Шкала самоинтереса (IV), 9 – Шкала самоуверенности (1), 10 –Шкала ожидания отношения других (2), 11 – Шкала самопринятия (3), 12 – Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4), 13 – Шкала самообвинения (5), 14 – Шкала самоинтереса (6), 15 – Шкала самопонимания (7); —— – прямая зависимость на уровне значимости $r \geq 0,5$; ----- – обратная зависимость на уровне значимости $r \geq 0,5$

На представленной корреляционной сети изображены 13 из 15 заявленных шкал. Шкалы 2 (мотивация к избеганию неудачи) и 12 (самопоследовательность) не имеют связей с другими шкалами, превышающих порог $r > 0,5$. Мы видим высокую плотность связей между оставшимися шкалами, что указывает на их значительную взаимозависимость. Присутствуют как сильные положительные (сплошные линии), так и отрицательные (пунктирные линии) корреляции.

Шкала S (интегральная), отражающая общее самоотношение, является одним из центральных узлов сети, имея множество сильных положительных связей с различными аспектами самоотношения, при этом имеет сильную отрицательную связь со шкалой синдрома самозванца и шкалой самообвинения, что означает, что люди с высоким уровнем интегрального

самоотношения реже испытывают синдром самозванца и менее склонны к самообвинению. Положительные связи Шкалы S со шкалами самоуважения, ожидания положительного отношения других, самоинтереса, самоуверенности, ожидания отношения других, самопринятия и самопонимания, подтверждают, что высокий уровень интегрального самоотношения сопряжен с уверенностью в себе, интересом к своей личности, принятием себя, пониманием себя и позитивными ожиданиями от социального окружения. Это указывает на целостность и благополучие в структуре «Я-концепции».

Шкала самоуважения также является значимым фактором, положительно коррелирующим со многими положительными аспектами самоотношения (особенно с интегральным самоотношением, самоуверенностью и самопониманием), подтверждая его важность в формировании здорового образа себя.

Мотивация к достижению цели сильно связана с аутосимпатией, что подчеркивает, что забота о себе и позитивное самоотношение являются важными условиями для достижения целей.

Полученные результаты подтверждают нашу гипотезу и открывают возможности для выявления мишеней психологической работы: психологическая помощь может быть направлена на развитие и повышение самоотношения в целом, формирование и укрепление здорового образа себя, оказывая комплексное положительное влияние на различные аспекты благополучия и снижая проявление синдрома самозванца и самообвинения.

Таким образом, как мы видим из рисунка 13, у 28% испытуемых наблюдается высокий уровень выраженности признаков синдрома самозванца, что говорит о регулярном проживании испытуемыми «цикла самозванца», частой постановке ими недостижимых целей, склонности к выбору заведомо неуспешных стратегий действия, избегании новых задач и ситуаций оценивания, искашенном самовосприятии в негативном

направлении, самообвинении и склонности приписывать успех внешним факторам.

Средний уровень выявлен у 51% респондентов, что говорит о периодическом проживании «цикла самозванца», ситуативных проявлениях выбора неуспешных стратегий действия, умеренном проявлении неуверенности в своих силах, беспокойстве перед важными событиями, умеренных переживаниях из-за неидеального результата, подверженности самоотношения ситуативности.

Низким уровнем выраженности признаков синдрома самозванца характеризуются 21% респондентов. Они не испытывают сильных переживаний по поводу достижений и неудач, спокойно относятся к получению негативной обратной связи, устойчивы, приспособляемы, не имеют образа непродуктивных стратегий действия, характеризуются преобладанием мотивации достижения успеха над мотивацией избегания неудачи, ставят достижимые цели, осознают свои возможности, проявляют инициативу к выполнению сложных задач, проявляют признаки позитивного самоотношения, адекватного самовосприятия, самопринятия, ориентированы на успех собственных действий, принимают себя, относятся к успехам как к результату собственных усилий, знаний и навыков.

Анализ результатов методик показал, что синдром самозванца имеет широкую распространённость в среде студентов-медиков. Полученные данные согласуются с современными международными исследованиями. Высокие показатели объясняются действием нескольких факторов: частое столкновение с различными ситуациями оценки, высокая конкурентная среда, большой объем и сложность информации, ответственность за жизнь и здоровье людей.

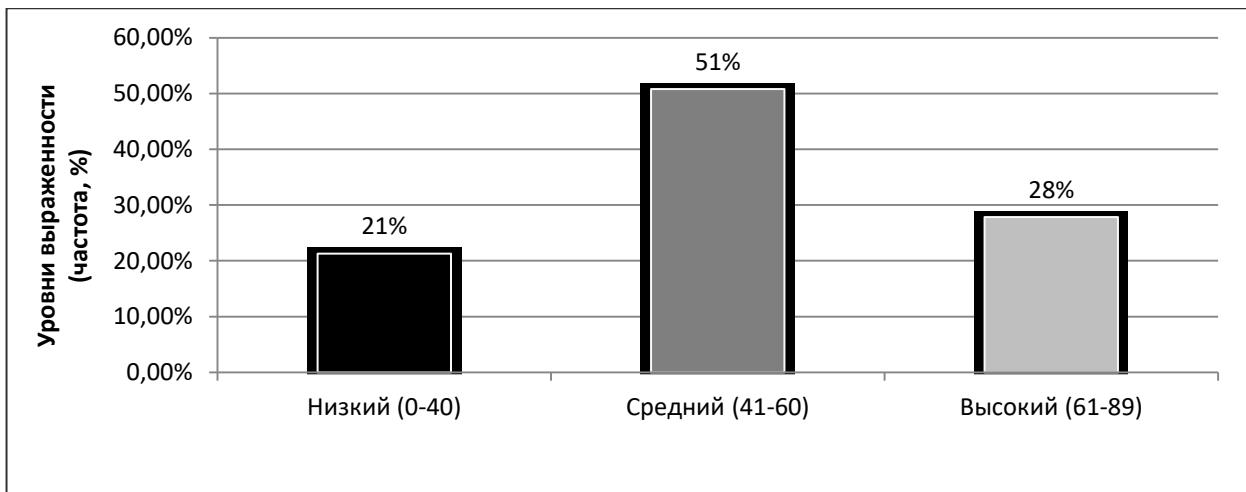


Рисунок 13. – Распределение респондентов по всей выборке (частота встречаемости в %)

Выводы по параграфу:

На третьем курсе в сравнении с первым доля студентов с высоким и низким уровнем проявления данного синдрома снижается, при этом значительно возрастает доля студентов со средним уровнем. К третьему курсу не просто становится больше студентов с выраженной мотивацией неудачи, у значительной части студентов мотивация к избеганию неудачи из просто высокой превращается в слишком высокую, что указывает на усиление дезадаптивных проявлений синдрома самозванца.

Наличие данного синдрома характерно как для студентов-отличников, так и для хорошистов и троечников. Слишком высокий и высокий уровни мотивации к избеганию неудачи у отличников и хорошистов намного более проявлены, чем у троечников.

Наибольшая распространенность дезадаптивной мотивации к избеганию неудачи наблюдается среди студентов с высокой академической успеваемостью.

Наиболее уязвимой группой оказались хорошисты, демонстрирующие сочетание высокого уровня самоотношения и выраженной мотивации к избеганию неудачи.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

По мнению авторов термина «феномен самозванца» П. Клэнс и С. Аймс [73], для получения наилучшего результата «...настоятельно рекомендуется групповая терапия или группа взаимодействия, в которой присутствуют другие успешные женщины, испытывающие феномен самозванца. Если одна женщина готова поделиться своим секретом, другие смогут поделиться своими. Они с удивлением и облегчением обнаруживают, что они не одинокие. Групповая работа также ценна, потому что одна женщина может увидеть динамику другой женщины и осознать отсутствие реальности». Также они пишут, что «мультимодальная терапия, в которой несколько терапевтических подходов используются одновременно, представляется наиболее эффективной для изменения убеждения клиента в самозванце». Мы разделяем мнение исследователей. Для работы мы выбрали групповое консультирование, так как это наиболее эффективный и оптимальный способ коррекции признаков синдрома самозванца. Данный вид консультирования позволит участникам исследовать свой уникальный стиль отношений с собой и окружающими людьми, а также его усовершенствовать. Кроме того, у участниц группы есть возможность получить отклик о том, как их воспринимают другие люди. При групповом консультировании участники дают свою поддержку и понимание, помимо той, что оказывает консультант. Это повышает мотивацию членов группы к решению задач, для решения которых они пришли в работу.

Для набора участников в экспериментальную группу была осуществлена рассылка приглашений в мессенджере 35 студентам (32 девушкам и 3 юношам), у которых были повышенные указания на признаки синдрома самозванца по результатам анализа проведенных методик. Участие было добровольным, на рассылку откликнулись 6 девушек: 4 студентки первого курса и 2 студентки третьего курса. Также в исследовании изъявила желание принять участие еще одна студентка с низкими указаниями

на признаки синдрома самозванца (из интереса, вместе с одной из участниц, попавших в группу).

Таким образом, для нашей работы была сформирована экспериментальная группа из 7 студенток первого (5 студенток) и третьего (2 студентки) курсов. Список студенток в составе экспериментальной группы представлен в таблицах 4-7 Приложения В. Средний возраст: 18,4 года. Из 7 испытуемых у 6 участниц выявлен высокий уровень синдрома самозванца (в том числе, у одной из них – ярко выраженный), у одной участницы – низкий уровень (которая пошла в работу из интереса, «за компанию» с подругой). По академической успеваемости: 6 участниц – хорошисты, 1 студентка – троичница (та, у которой ярко выраженный синдром самозванца); все участницы – будущие педиатры. Никто из них ранее не работал с психологом ни в индивидуальном, ни в групповом консультировании.

Констатирующий эксперимент позволил сформулировать основные мишени работы, поэтому с их учетом была разработана программа, целью которой была коррекция синдрома самозванца у студентов-медиков, повышение уровня самоотношения и развитие навыков самоподдержки.

Мы поставили перед собой следующие задачи для групповой работы:

1. Оказать психологическую помощь по стабилизации психоэмоционального состояния участниц.
2. Способствовать повышению уровня мотивации для реализации целей.
3. Научить распознавать у себя автоматические негативные мысли и их прорабатывать.
4. Развить позитивное самоотношение, самопринятие и самопонимание.
5. Способствовать укреплению осознанного отношения к себе и будущей профессии.
6. Способствовать развитию навыков самопомощи.

Гипотеза: синдром самозванца у студентов-медиков связан сискажённым восприятием собственных достижений, низким уровнем самоотношения и внутренними конфликтами, что приводит к снижению

мотивации и увеличению страха неудач. Комплексное применение когнитивно-поведенческой терапии (Аарон Темкин Бек), экзистенциальной терапии (Виктор Франкл), телесно-ориентированной терапии (Вильгельм Райх) в рамках интегративного подхода способствует снижению признаков синдрома самозванца, повышению уровня самоотношения и мотивации для достижения целей.

Программа рассчитана на 8 занятий по 90 минут по два раза в неделю в вечернее время.

Мишени психологической работы:

1. Идентифицировать и изменить искажённые когнитивные схемы, поддерживающие синдром самозванца (КПТ).
2. Работа с экзистенциальными смыслами и конфликтами, связанными с личной и профессиональной идентичностью и мотивацией (экзистенциальный подход).
3. Укреплять связь «тело – ум» для повышения осознанности чувств и снижения тревожности, связанной с самокритикой (телесно-ориентированная терапия).
4. Развивать навыки осознанности и принятия для снижения сопротивления и тревоги при работе с сомнениями (МАК).
5. Повысить уровень здорового самоотношения и мотивации к профессиональному росту и достижению целей.

Программа психокоррекционной работы с синдромом самозванца (таблица 9) построена таким образом, чтобы было оказано комплексное воздействие на причины дискомфортных состояний участников исследования, а не на их следствие.

Синдром самозванца у студентов-медиков обусловлен искажёнными когнитивными схемами и сильной самокритикой, которая формирует и поддерживает негативные эмоциональные переживания (тревогу, стыд), приводит к избеганию активных действий и мотивационным барьерам. Коррекция синдрома возможна через воздействие на когнитивный уровень

(переработка убеждений), эмоциональный (снижение тревоги и стыда, формирование самосострадания) и мотивационный (развитие продуктивных моделей поведения и повышения мотивации).

Таблица 9. – Тематический план групповых психологических консультаций

№ встречи	Тема	Ход работы, техники
1	Знакомство. Понятие о синдроме самозванца	Упражнения на знакомство, раскрепощение и установку контакта («Визитка», «Строимся!», «Машина», «Комplимент»). Групповая дискуссия. Представление о синдроме самозванца и о своей суперсиле. Правила работы группы. Блокноты и ручки с мотивирующими надписями.
2	Мысли, эмоции и поведение самозванца	Проверка домашнего задания. Групповая дискуссия о том, что первично – мысли или эмоции. Мини-лекция по теории когнитивно-поведенческой терапии (Аарон Темкин Бек). «Дневник мыслей» СМЭР. Практика оспаривания мыслей. Диафрагмальное дыхание. Медитация «Лист на воде».
3	Эмоциональная регуляция и самоотношение	Проверка домашнего задания. Групповая дискуссия о том, почему мы обесцениваем себя и свои достижения. Техника «Банк моих достижений». Работа с колодой МАК «Мои сильные стороны и ресурсы» А. Бариновой. Упражнение «Мягкое растяжение и расслабление мышц». Медитация «Самосострадание» К. Нефф.
4	Экзистенциальный взгляд на смысл и личную идентичность. Смысл и цели в медицине	Проверка домашнего задания. Групповая дискуссия. Виктор Франкл и логотерапия: поиск смысла как основная движущая сила. Об исследовании личного смысла выбора медицинской профессии и как этот смысл может противостоять синдрому самозванца. Техника «Колесо жизненных ценностей». М. Ангелимова - терапевтическая сказка «Путеводная звезда».
5	Построение плана действий, повышение мотивации	Проверка домашнего задания. Акцентированное дыхание. Групповая дискуссия по постановке и достижению конкретных целей по системе SMART. Метафорические карты «Мои сильные стороны и ресурсы» (А. Бариновой). Сказкотерапия: ролевая игра «Герои на пути».
6	Страх	Проверка домашнего задания.

Окончание таблицы 9

	ошибки и внутренний критик	Групповая дискуссия по ошибкам как части человеческой жизни. Упражнение «Диалог с моей ошибкой». Техника «Рефрейминг ошибки». Групповая дискуссия «Мой внутренний критик». Разговор с внутренним критиком.
7	Формирован ие здорового самоотноше ния	Проверка домашнего задания. Практика «Ресурсное тело». Групповая дискуссия о заботливом внутреннем родителе. Упражнение «Письмо себе с поддержкой». Гештальт-техника из статьи П. Клэнс.
8	План самоподдер жки. Итоги и закрепление навыков	Проверка домашнего задания. Техника «Сканирование тела». Рефлексия «Что изменилось?». Упражнение «Мой план действий против самозванца». Ритуал завершения

Протоколы групповых психологических консультаций представлены в Приложении Б.

На первой встрече была создана доверительная атмосфера, выявлены ожидания участниц. Ни у кого из них не было опыта работы с психологом. Все участницы отметили, что пришли в работу из интереса и для саморазвития. Участницы были ознакомлены с организационными моментами (частота встреч, форма работы), программой групповых консультаций и правилами работы группы. Предложений по внесению в правила дополнений или изменений не поступило.

Всем участницам были подарены блокноты и ручки с мотивирующими надписями (Приложение Б, рисунок 1), которые в дальнейшем были использованы для выполнения заданий во время всего цикла встреч. Участникам откликнулась эта идея, они увлеченно читали надписи и выбирали для себя наиболее понравившиеся блокноты и ручки. Таким образом, ненавязчиво каждая участница запомнила сразу целый перечень поддерживающих фраз, которые в дальнейшем помогут поддержать внутреннюю опору и позитивный настрой, мотивируя на движение к своим целям.

Были проведены упражнения на знакомство, раскрепощение и установку контакта. Студенток заинтересовало упражнение «Визитка». У некоторых участниц были обнаружены одинаковые хобби и любимые блюда. Кроме того, участницы, занимающиеся мыловарением и волонтерством, получили дополнительное внимание и похвалу от группы. Таким образом, уже в начале первой встречи мы еще раз убедились, что именно групповая форма взаимодействия является удачным решением для реализации поставленных нами задач.

В процессе рефлексии по результатам выполнения упражнения «Строимся!» участницы отметили, что не сразу получилось выстроиться по росту и по месяцу рождения, но это простимулировало их найти непривычные способы взаимодействия, чтобы договориться без использования верbalных средств общения.

Студентки отметили свои стратегии поведения во взаимодействии с другими людьми, связав выполнение упражнения упражнения «Машина» со своими шаблонами поведения в реальной жизни.

При анализе упражнения «Комplимент» (где нужно не только получить комплимент от собеседника, но и присвоить его себе, дополнив еще одним комплиментом по отношению к себе, после чего сделать второму участнику пары комплимент в ответ) некоторые студентки отметили, что им нелегко говорить комплименты о себе, а также слышать их в свой адрес от другого человека. Это направило их к теме сегодняшней встречи, позволяя сделать плавный переход от упражнений на знакомство, раскрепощение и установку контакта друг с другом к непосредственно теме нашей встречи.

В процессе групповой дискуссии участникам было предложено озвучить свои версии – что такое синдром (феномен) самозванца и как он проявляется. Были озвучены следующие варианты:

– это человек, который играет роль кого-то другого, притворяется более богатым, успешным, веселым, чем он есть;

- когда человек приходит в новую компанию людей, он чувствует себя неуютно, будто он здесь чужой;
- это человек, который считает, что он не заслужил своего статуса, заработной платы, успеха.

Далее через наводящие вопросы в ненавязчивой форме мы сформировали представление о данном феномене (базируясь на положениях теории П. Клэнс).

В качестве домашнего задания участникам было предложено упражнение «Моя суперсила», в рамках выполнения которого каждый участник должен был выделить одну свою «супер силу», которую он обнаружил в себе за время обучения в университете. Это упражнение подготовило участниц к тому, чтобы начать думать о своих достоинствах и достижениях, что было многократно поддержано подобранными нами методиками, используемыми на следующих встречах и в рамках выполнения последующих домашних заданий.

По итогам встречи было заметно, что студенты почувствовали себя менее скованно, адаптировались к ранее незнакомой для них форме работы, и у них появился еще больший интерес и мотивация к дальнейшей работе.

Каждое последующая встреча строилась по схеме: приветствие, проверка домашнего задания, основная часть (ознакомление с новой информацией в виде групповой дискуссии и применение новых техник), завершение (рефлексия по всей встрече и домашнее задание). Техники, использованные на цикле встреч, позволили вести работу сразу в когнитивном, мотивационном и эмоциональном аспектах.

На второй встрече участницы учились распознавать и трансформировать автоматические негативные мысли.

Студентки активно приводили примеры в доказательство своего мнения о том, что, по их мнению, первично – мысль или эмоция (в рамках групповой дискуссии). Затем консультантом кратко был озвучен материал по теории когнитивно-поведенческой терапии (Аарон Темкин Бек).

Далее познакомились с таблицей «Ситуация — мысль — эмоция — реакция» (СМЭР). Сначала обсудили форму таблицы, заполнили ее совместно на доске (Приложение Б, рисунок 2), рассмотрели ценность ошибок как части опыта (это подготовило их к работе по теме принятия своих ошибок в рамках встречи № 6). Затем участницы самостоятельно заполнили таблицы по своим ситуациям в своих мотивирующих блокнотах.

Сначала эта работа показалась участникам непростой, но, благодаря тому, что были разобраны разные примеры при заполнении таблицы, они успешно освоили навык, вследствие чего все участницы дисциплинированно продолжили заполнять таблицу дома.

Далее мы обсудили типичные ошибки мышления и попрактиковали навык оспаривания мыслей.

После работы над когнитивным и мотивационным аспектами проявления синдрома самозванца, в конце встречи перед итоговой рефлексией была организована работа с эмоциональной сферой через техники телесно-ориентированной терапии: упражнение «Диафрагмальное дыхание» для расслабления и медитация «Лист на воде» для развития навыка наблюдения за мыслями без вовлечения и оценки.

На третьей встрече мы работали над развитием навыков управления эмоциями и формированием доброжелательного отношения к себе.

Студенты приняли активное участие в групповой дискуссии о том, почему мы обесцениваем себя и свои достижения

Техника «Банк моих достижений» вызвала сопротивление у двух участниц. У одной из них не получалось вспомнить ни одного достижения, она стала приводить примеры: «Я – человек», «Я умею ходить и дышать» и т.п. Мы задали наводящие вопросы, вспомнили то, что о ней узнали на первой встрече и перед текущей встречей, и у нее работа пошла. Вторая участница справилась сама, немного подольше поразмышлив. Две участницы застопорились примерно на середине списка, но, когда услышали от консультанта, что можно не торопиться и мы подождем всех, расслабились и

всё достаточно быстро дописали. Суть работы заключалась в том, что участницы в своих мотивирующих блокнотах (с обратной стороны, так как с передней стороны блокнота они ведут дневник СМЭР) записывали по 20 своих достижений, которые они считают значимыми, за любой период жизни (академические, личные, профессиональные, бытовые и т.д.), при этом отслеживая эмоции. Далее по очереди каждая участница, выбирая из списка по 3 своих достижения, с ними поочередно работала вслух, отвечая на вопросы по поводу этого достижения («Как бы я могла обесценить это достижение?», «Какие есть доказательства, что это действительно моя заслуга?» и т.д. После этих вопросов нужно было подумать и озвучить ответ на вопрос «Какую новую мысль я могу сформулировать вместо обесценивающей?», «Что хорошего дает мое достижение для меня и других людей?». Работа завершалась рефлексией.

Когда все участницы высказались, мы подвели итоги. Следует сказать, что это упражнение получило наибольший отклик из всех техник среди участниц. По окончании цикла встреч все 7 участниц остались довольны, что оно заставило задуматься и научило смотреть иначе на свои достижения.

Пополнение «Банка моих достижений» в мотивирующем блокноте стало домашним заданием к следующей встрече и пожеланием вести его регулярно на постоянной основе в дальнейшем.

Работа с применением колоды метафорических ассоциативных карт «Мои сильные стороны и ресурсы» Анастасии Бариновой (Приложение В, рисунок 3) также откликнулась всем участникам, и они изъявили желание вытянуть еще по одной карте, затем – и третий раз. Следует отметить, что ранее с таким инструментом, как МАК, никто из них знаком не был.

Встреча плавно завершилась расслаблением посредством упражнения «Мягкое растяжение и расслабление мышц» и медитации «Самосострадание» Кристин Нефф.

На четвертой встрече мы работали над осознанием личных и профессиональных ценности, а также нахождением мотивационных ресурсов.

Акцент в процессе групповой дискуссии делался на то, что человек ищет смысл, и осознание личных ценностей и ответственности создаёт внутреннюю мотивацию. При синдроме самозванца ценности и смысл часто не в фокусе, что провоцирует внутренний конфликт и неуверенность.

Экзистенциальная техника «Колесо жизненных ценностей» получила меньший отклик, чем мы ожидали. Мы объясняем это тем, что большинство членов группы – первокурсницы, которые еще не в полной мере задумываются о дальней перспективе в профессии. Тем более, на данной встрече две участницы сказали, что не очень хотят работать врачами в будущем и сомневаются в правильности своего выбора касаемо поступления именно в медицинский вуз. Однако, про эту технику никто из участниц ранее не знал, и мы считаем полезным получение информации про сектора колеса и умение порефлексировать относительно них в будущем.

Продуктивным оказался анализ терапевтической сказки Марии Ангелимовой «Путеводная звезда» [42] о пастушке, которому пришлось обойти полсвета в поисках своей звезды.

В качестве домашнего задания участницы написали эссе «Кто я сейчас?» и «Кем я хочу быть?».

Во время пятой встречи мы работали над повышением мотивации через планирование и активацию ресурсов, чтобы уменьшить избегание.

Плавному переходу к теме способствовало обсуждение домашнего задания к этой встрече (эссе «Кто я сейчас и кем я хочу быть?»). Три участницы поделились своими мыслями по домашнему заданию.

Далее мы настроились на работу через телесно-ориентированное упражнение «Акцентированное дыхание для активации» (короткая серия глубоких вдохов и медленных выдохов).

После групповой дискуссии по постановке и достижению конкретных целей по системе SMART каждая участница прописала в своем блокноте по 5 целей и разбила их на мелкие подцели.

Для нахождения ресурсов для достижения целей была проведена работа с колодой метафорических карт «Мои сильные стороны и ресурсы» (А. Бариновой).

Продуктивно прошла ролевая игра «Герои на Пути». Цель: помочь участникам символически опознать и проработать внутренние препятствия (например, страхи, сомнения, синдром самозванца), развить внутренние ресурсы и веру в свои силы через работу с образами и ролевыми действиями.

Домашним заданием было: начать реализацию первого этапа плана, вести дневник успехов, отмечать используемые ресурсы и возникающие трудности. Практиковать дыхательные техники.

Целью шестой встречи было помочь участникам осознать природу страха ошибки, развить здоровое отношение к ошибкам как к естественной части личностного роста, а также научиться договариваться с внутренним критиком.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Анализ успешности реализации плана.

Групповая дискуссия по ошибкам как части человеческой жизни. Ошибка как источник обучения, а не как провал. Как избегание ответственности питает синдром самозванца.

При выполнении техник «Письмо своей ошибке» и «Рефрейминг ошибки» участникам сначала было сложно увидеть уроки и источник развития в ошибках, но в дискуссии удалось расширить это представление.

Участницы оживленно озвучивали слова внутреннего критика, описывали его внешний вид, разговаривали с ним. На встрече и в рамках домашнего задания вспоминали образ голоса поддержки и говорили сами себе добрые и поддерживающие слова.

На седьмой встрече мы работали над развитием позитивного и реалистичного самоотношения, снижением самокритики и формированием самопринятия.

С помощью телесно-ориентированной практики «Ресурсное тело» мы работали над усилением ощущения поддержки и силы через телесные ощущения от внутреннего источника силы.

Упражнение «Письмо себе с поддержкой» (от заботливого внутреннего родителя) получило у них большой отклик.

Техника из статьи П. Клэнс [73] из гештальт-терапии также откликнулась (участница вспоминает всех людей, которых, по ее мнению, она обманула и рассказывает им в фантазиях, как она их обманула, и вслух представляет, как каждый человек отреагирует на нее).

Домашнее задание: продолжать вести «Банк моих достижений» — фиксировать 3 достижения в день без самокритики. Создание списка удовольствий (дела, которые наполняют энергией) и его регулярное пополнение.

Заключительная встреча была посвящена итоговой рефлексии и планированию дальнейшей самостоятельной работы.

После выполнения расслабляющей техники «Сканирование тела» участницы выполнили упражнение «Письмо себе через 6 месяцев» с описанием целей и поддерживающих факторов.

Упражнение «Мой план действий против самозванца» выявило, какие шаги участницы планируют делать в будущем, какие техники из выполненных нами или новых они будут использовать, как они будут работать со своими мыслями, поддерживать себя, отмечать свои успехи, к кому они смогут обратиться за поддержкой.

Встреча завершилась рефлексией, после чего консультант подвел итоги цикла встреч, поблагодарил всех и озвучил просьбу снова пройти опросники, но уже не через Google Forms, а онлайн [40], и отправить результаты в виде скриншотов, при этом предоставив обратную связь в целом о цикле

групповых консультаций и о техниках, показавшихся самыми результативными.

Таким образом, успешно реализована комплексная программа, сочетающая теоретическую базу с практическими техниками для воздействия на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях, что в полной мере способствует достижению поставленных задач. Продумана структура и преемственность материала в соответствии с возрастными особенностями участниц и результатами прохождения ими предложенных опросников.

На протяжении всего цикла встреч консультантом создавалась поддерживающая, безоценочная атмосфера, при обсуждении заданий поощрялась честная рефлексия, а не только озвучивание успехов. Часто использовались открытые вопросы, создавались ситуации успеха. Была продумана наглядность, способы закрепления усвоенного материала и рефлексия. В ходе работы консультант ненавязчиво благодарили участников, задавал уточняющие вопросы, спрашивал про состояние, дополнял, стимулировал участниц высказываться и взаимообогащаться, использовал цитаты известных людей.

Выводы по параграфу:

1. Проведена комплексная работа по коррекции синдрома самозванца, развитию положительного самоотношения, повышению мотивации к личностному и профессиональному росту, снижению мотивации к избеганию неудач, формированию здоровых стратегий психологической поддержки и саморегуляции. Программа объединяет в себе современные подходы, которые известны своей доказанной эффективностью (КПТ, экзистенциальная терапия, телесная терапия, МАК, сказкотерапия).
2. Выбранные техники ориентированы на глубокую проработку и практическое применение не только во время групповых встреч, но и самостоятельно. Положительный эффект был многократно усилен выбором именно групповой формы работы.

2.3. Анализ результатов формирующего эксперимента

После проведения формирующего эксперимента нами был сделан повторный срез, направленный на анализ результатов работы по коррекции проявлений синдрома самозванца у испытуемых в составе экспериментальной группы. В работе были использованы методики, аналогичные первому срезу. Для проверки достоверности различий был применен парный непараметрический тест Вилкоксона.

Результаты по методике «Шкала феномена самозванца» (автор: П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой) у экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента. Анализ результатов опросника у экспериментальной группы (7 чел.) показал, что после формирующего эксперимента у испытуемых отмечается преобладание среднего уровня проявления синдрома самозванца или его отсутствие (таблица 10).

Таблица 10. – Результаты исследования по методике «Шкала феномена самозванца» у экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента

№	Ф.И.	Курс	Успеваемость	До формирующего эксперимента		После формирующего эксперимента	
				Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	П.М.	1	3,5	80	ярко выражены	56	средний
2	Ш.Д.	1	3,7	72	выражены	56	средний
3	Т.С.	1	4,1	71	выражены	36	отсутствуют
4	К.А.	3	4,1	63	выражены	30	отсутствуют
5	М.Н.	1	3,8	63	выражены	49	средний
6	Т.Ю.	3	4,1	61	выражены	40	отсутствуют
7	Х.М.	1	4,3	40	отсутствуют	39	отсутствуют

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении В, таблицы 4, 5.

До проведения эксперимента большинство участников (6 из 7 человек) демонстрировали выраженные и ярко выраженные проявления синдрома самозванца, что указывает на устойчивое ощущение неуверенности в своих профессиональных и личностных достижениях, был характерен высокий уровень

тревожности, связанный с сомнениями в собственной компетентности и страхом быть раскрытыми как «мошенники». Таким образом, психологический портрет до эксперимента — группа с выраженной неуверенностью в себе, склонностью к самокритике и внутренним сомнениям, что отрицательно сказывалось на эмоциональном благополучии и адаптации в учебной среде.

После эксперимента произошли значимые изменения у всех участников, чему соответствует и качественная трансформация их психологического портрета. Наблюдалось снижение тревожности и внутреннего напряжения, связанного с самокритикой. Уменьшилась внутренняя конфликтность, которая мешала самореализации. Повысилась уверенность в собственных силах. Участники стали более открытыми к признанию своих достижений и почувствовали себя более комфортно в профессиональной сфере. Улучшились коммуникативные навыки и повысилась готовность к взаимодействию без страха оценки, что положительно сказалось на командной работе и социализации. Итоговый психологический портрет после эксперимента — группа с более сбалансированным восприятием себя, сниженным уровнем внутреннего стресса и более высокой эмоциональной устойчивостью, что способствует улучшению качества жизни и профессиональной деятельности. На рис. 14 представлены результаты анкетирования до и после формирующего эксперимента.

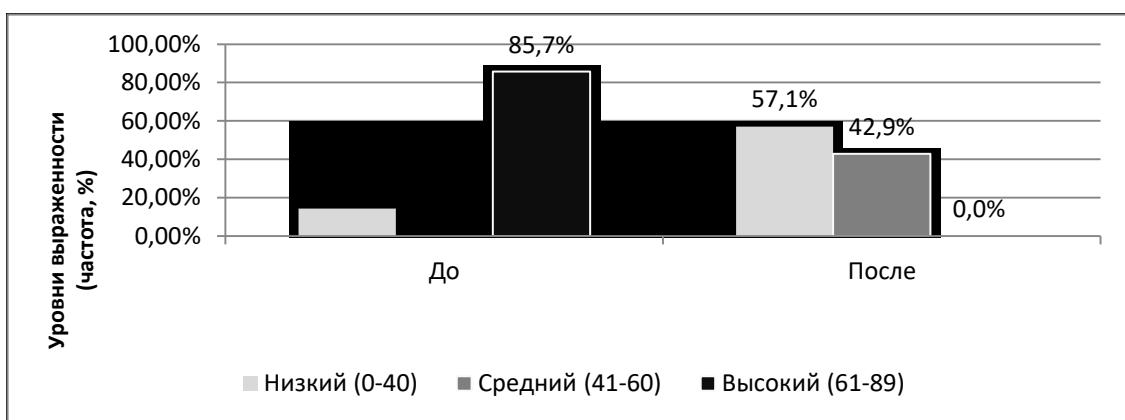


Рисунок 14. – Распределение респондентов по методике «Шкала феномена самозванца», П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента (частота встречаемости в %)

Результаты по методике «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи — к самозащите» (автор: Т. Элерс, в адаптации М.А. Котика) у экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента. Участники экспериментальной группы показали разные результаты. Переход со среднего на низкий уровень говорит о том, что сформировались более здоровые стратегии преодоления неудач. Минимальная динамика может свидетельствовать об устойчивости мотивационного профиля. Сохранение низкого уровня говорит о стабильной мотивационной картине. Переход с дезадаптивного уровня на средний показывает, что участник наиболее эффективно воспринял формирующее воздействие. Сохранение низкого уровня подтверждает стабильность низкой мотивации к избеганию неудач. Переход со среднего на высокий уровень говорит, что возможен эффект сопротивления или тревожной реакции на эксперимент. Минимальная динамика может говорить о ригидности мотивационной сферы (таблица 11).

Таблица 11. – Результаты исследования по методике «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» у экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента

№	Ф.И.	Курс	Успеваемость	До формирующего		После формирующего	
				Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	П.М.	1	3,5	16	средний	9	низкий
2	Ш.Д.	1	3,7	16	средний	17	высокий
3	Т.С.	1	4,1	10	низкий	10	низкий
4	К.А.	3	4,1	25	слишком высокий	15	средний
5	М.Н.	1	3,8	10	низкий	7	низкий
6	Т.Ю.	3	4,1	11	средний	20	высокий
7	Х.М.	1	4,3	19	высокий	18	высокий

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении В, таблицы 4, 5.

После эксперимента мы увидели снижение дезадаптивных форм (полное устранение слишком высокого уровня). Наиболее выраженный положительный эффект - у участников с изначально высокой мотивацией, минимальные изменения у участников с исходно низкими показателями. Парадоксальное усиление мотивации мы увидели у одного участника.

Наиболее выраженный эффект проявился в снижении дезадаптивно высокой мотивации (рисунок 15).

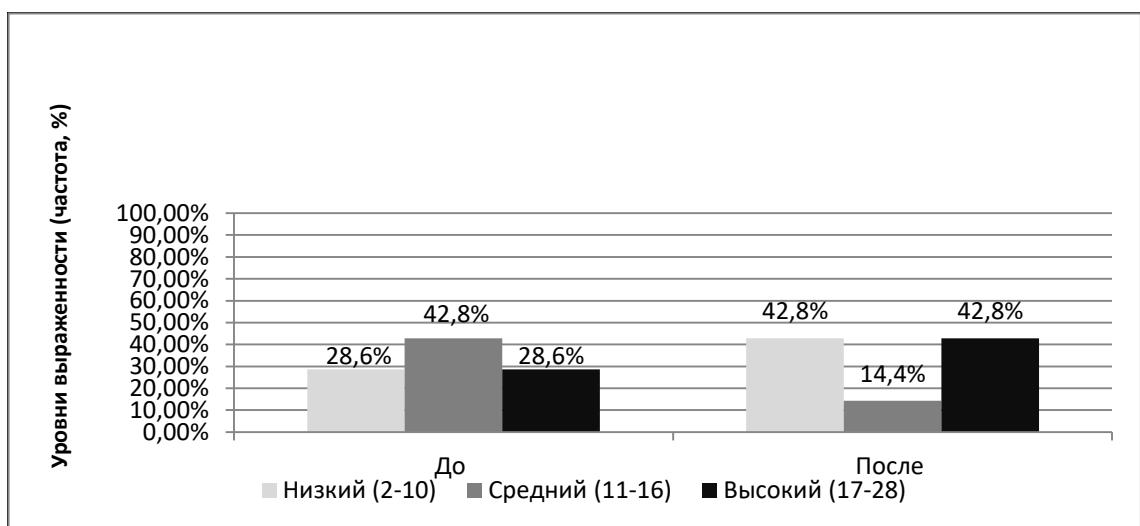


Рисунок 15. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к избеганию неудачи», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента (частота встречаемости в %)

Результаты по методике «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» (автор: Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) у экспериментальной группы после проведения формирующего эксперимента. У 4 из 7 участников (57,1%) мотивация к достижению цели – к успеху выросла на 3–13 баллов. Участники с исходно низким количеством баллов перешли на средний/высокий уровень (13–20 баллов). Участник со слишком высоким уровнем (23 балла) характеризуется снижением до среднего, что говорит о нормализации мотивации. У двух участников показатель снизился (таблица 12).

Не стало низкого уровня – все участники достигли как минимум средних показателей. Снизилась дезадаптивная мотивация (от слишком высокой к средней). Произошел рост умеренно высокого уровня с 14,3% до 42,9%, что является признаком повышения здоровой мотивации.

Таблица 12. – Результаты исследования по методике «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» у экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента

№	Ф.И.	Курс	Успева емость	До формирующего эксперимента		После формирующего эксперимента	
				Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	П.М.	1	3,5	8	низкий	13	средний
2	Ш.Д.	1	3,7	15	средний	16	средний
3	Т.С.	1	4,1	14	средний	17	умеренно высокий
4	К.А.	3	4,1	9	низкий	19	умеренно высокий
5	М.Н.	1	3,8	23	слишком высокий	13	средний
6	Т.Ю.	3	4,1	7	низкий	20	умеренно высокий
7	Х.М.	1	4,3	17	высокий	14	средний

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении В, таблицы 4, 5.

Таким образом, формирующий эксперимент способствовал повышению показателя у участников с исходно низкими показателями и нормализации дезадаптивно высокой мотивации (рисунок 16).

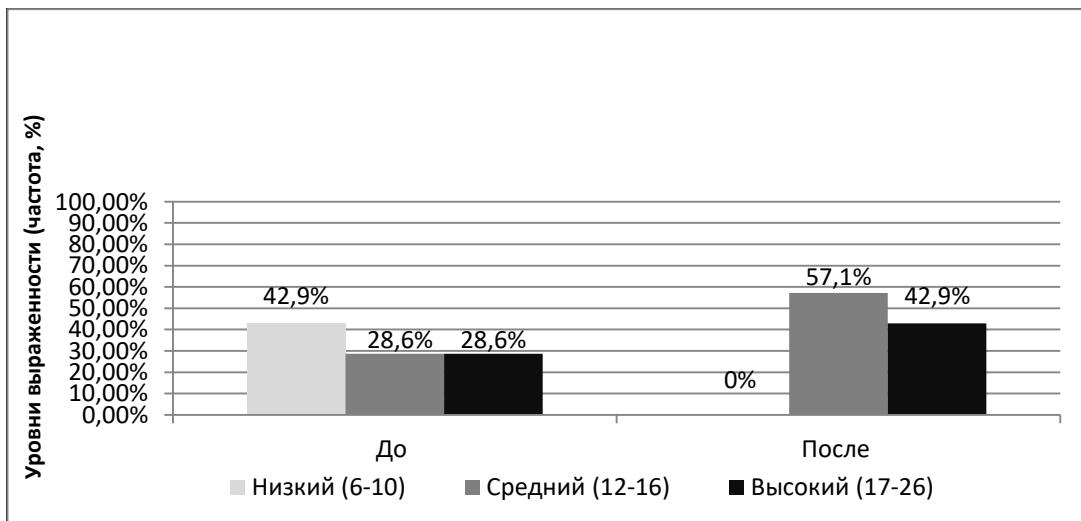


Рисунок 16. – Распределение респондентов по методике «Опросник мотивации к достижению цели», Т.Элерс, в адаптации М.А. Котика) в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента (частота встречаемости в %)

Результаты исследования по методике «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев) у экспериментальной группы после формирующего эксперимента. Количество испытуемых с высоким

уровнем самоотношения увеличилось в 2 раза (рисунок 17). 50% испытуемых со средним уровнем перешли в группу с высоким уровнем. Сохранилась стабильность у испытуемого с низким уровнем. Формирующий эксперимент привел к значимому улучшению самоотношения у большинства испытуемых. Наиболее восприимчивы к воздействию испытуемые со средним уровнем.

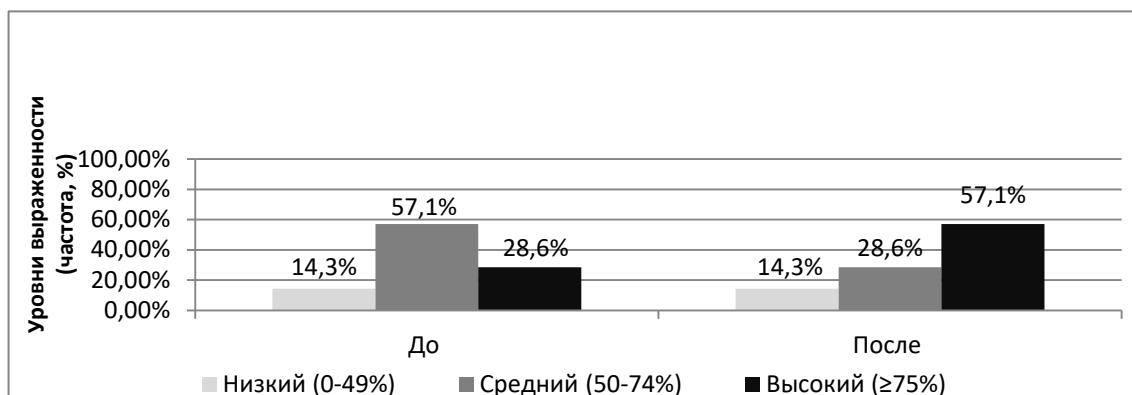


Рисунок 17. – Распределение респондентов по методике «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (авторы: В.В. Столин, С.Р. Пантилеев) по интегральной шкале в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента (частота встречаемости в %)

Ознакомиться с индивидуальными данными можно в приложении В, таблицы 6, 7.

По результатам итогового среза после эксперимента, мы видим, что картина изменилась в пользу очевидного снижения признаков синдрома самозванца (рисунок 18).

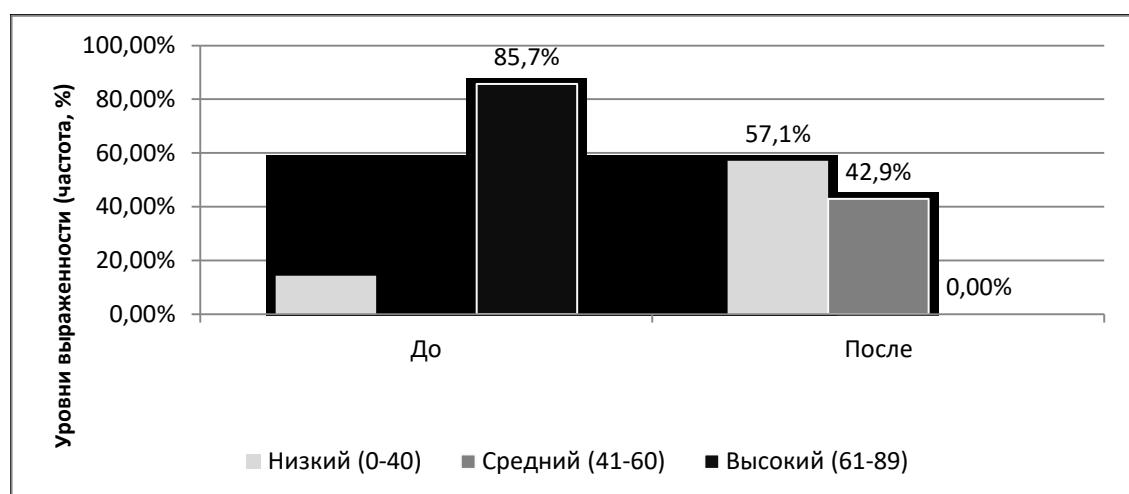


Рисунок 18. – Распределение респондентов по результатам формирующего эксперимента (частота встречаемости в %)

Для статистической проверки различий между уровнями проявления признаков синдрома самозванца до и после проведения эксперимента был применен непараметрический тест Вилкоксона. Достоверные различия между уровнями проявления признаков синдрома самозванца до проведения программы групповых консультаций и после её окончания являются статистически значимыми и составляют 99,84% (Приложение Г, рисунок 4). Это подтверждает нашу гипотезу и говорит об эффективности разработанной нами программы групповых консультаций.

Выводы по параграфу:

1. После эксперимента произошли значимые изменения у всех участников, чему соответствует и качественная трансформация их психологического портрета. Снизилась тревожность, самокритичность. Повысилась уверенность в себе как в личности и как в профессионале. Участники стали более открытыми к признанию своих достижений и стали чувствовать себя более комфортно как в целом, так и в учебной сфере. Снизился уровень страха выполнения более сложных задач и оценки, что положительно сказалось на учебной деятельности. У участников эксперимента сформировались более здоровые стратегии преодоления неудач, отмечается снижение дезадаптивных форм. Более чем у половины участников вырос уровень мотивации к достижению цели. Формирующий эксперимент привел к значимому повышению уровня самоотношения у большинства испытуемых.
2. Через месяц после последней встречи в рамках консультативного цикла мы связались со всеми участницами и узнали, как они себя чувствуют, что изменилось в их жизни после участия в эксперименте. Все отметили, что «больше стали себя хвалить», стали «чаще замечать свои достижения», стали «обращать внимание на то, чего сами добились и заслужили», «теперь записывают свои достижения». Одна участница началаходить на курсы игры на гитаре.

Выводы по главе 2

Эксперимент проводился на базе ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России г. Красноярска. В исследовании приняли участие 122 студента 1 и 3 курсов, обучающиеся по специальностям 31.05.02 Педиатрия и 31.05.01 Лечебное дело, в возрасте от 17 до 22 лет с различным уровнем проявления признаков синдрома самозванца.

Для исследования уровня проявления признаков синдрома самозванца были выделены критерии, отражающие содержание данного синдрома. Был подобран комплекс методик, включающий опросник «Шкала феномена самозванца» (П. Клэнс, в адаптации М.С. Шевелевой, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермяковой), «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи — к самозашите» (Т. Элерс, в адаптации М.А. Котика), «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» (Т. Элерс, в адаптации М.А. Котика) и «Тест-опросник самоотношения, ОСО» (В.В. Столин, С.Р. Пантилев).

Исследование показало, что у большинства испытуемых (51%) средний уровень проявления признаков синдрома самозванца, для которого характерны периодические сомнения в собственной компетентности, страх разоблачения и частое сравнение себя с другими. Для 28% испытуемых характерен высокий уровень, вследствие чего они испытывают повышенную тревожность, страх возложить на себя большую ответственность, слишком критично относятся к себе и своим способностям, приписывают успехи внешним обстоятельствам, имеют иррациональные убеждения о своей некомпетентности и регулярно проживают «цикл самозванца». Меньшая часть выборки (21%) характеризуется низким уровнем проявления синдрома и обладает устойчивым восприятием собственных достижений и компетенций. У этих респондентов нет сильных переживаний по поводу достижений и неудач, отсутствует образ непродуктивных стратегий действия и принятия собственного «Я» как неудачника.

На основании полученных результатов нами была разработана программа групповых консультаций, направленная на коррекцию признаков синдрома самозванца у студентов-медиков, повышение уровня самоотношения и развитие навыков самоподдержки. Программа состоит из 8 занятий по 90 минут. Групповое консультирование – наиболее оптимальный и эффективный способ коррекции признаков синдрома самозванца, который позволяет участникам усовершенствовать стиль отношений с собой и другими людьми, получить отклик, дать свою поддержку, получить мотивацию к эффективной работе. Данная программа проводилась в соответствии со структурой групповых консультаций. Большой интерес и эмоциональный отклик получили консультации на темы: «Знакомство. Понятие о синдроме самозванца», «Эмоциональная регуляция и самоотношение» и «Построение плана действий, повышение мотивации».

После реализации программы групповых консультаций нами был проведен контрольный срез по методикам, которые были применены на этапе констатирующего эксперимента. Анализ результатов показал, что картина изменилась в пользу качественной трансформации психологического портрета испытуемых. Участники стали более открытыми к признанию своих достижений и стали чувствовать себя более комфортно и уверенно. Значительное понижение уровня проявления признаков синдрома самозванца говорит нам об успешности проведенного эксперимента и эффективности применяемых техник.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром самозванца в контексте медицинского образования имеет особую значимость и актуальность. Медицинское образование требует освоения большого объема информации, формирования клинических навыков и способности быстро и эффективно принимать решения в условиях неопределенности и высокого уровня профессиональной ответственности за жизнь и здоровье людей. Коррекция проявлений данного синдрома у студентов-медиков способствует более успешному освоению учебной программы, психологическому благополучию, формированию готовности к выполнению сложных и ответственных задач, более эффективному оказанию медицинской помощи и успешной интеграции в медицинское сообщество.

В данной диссертационной работе рассмотрены особенности психологической коррекции проявлений синдрома самозванца у студентов-медиков. Исследование началось с анализа научной литературы, что позволило сформировать понятийный аппарат, определить предмет, задачи и гипотезу работы. Были проанализированы научные труды различных авторов, изучавших данный феномен, рассмотрены существующие классификации и подходы к проблеме. На основе этого были определены критерии исследования и подобраны диагностические методики.

Далее был организован эксперимент, направленный на оценку степени выраженности синдрома у участников. На его основе создана и внедрена программа групповых консультаций, призванная снизить проявления синдрома самозванца, улучшить самоотношение студентов и развить у них навыки самоподдержки.

После завершения коррекционной работы проведён контрольный срез с использованием тех же диагностических методик. Анализ полученных данных подтвердил эффективность программы: у участников экспериментальной группы повысилась способность признавать свои достижения, изменились иррациональные убеждения о собственной

некомпетентности и сформировалось более позитивное самовосприятие. Результаты исследования подтвердили выдвинутую гипотезу и позволили успешно решить поставленные задачи.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость: теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей психологического консультирования как способа коррекции синдрома самозванца у студентов-медиков.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что разработанная программа групповых консультаций может быть использована в работе психологов психологических центров учреждений высшего образования, среднего профессионального образования, а также в работе педагогов-психологов в общеобразовательных учреждениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Арпентьева М. Р., Меньшиков П. В. Синдром самозванца в профессиональном становлении и развитии психолога-консультанта // Интериал. 2024. № 1 (20). С. 36-45.
2. Белянская Т. Э. Социально-психологические характеристики студенческого возраста // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2020. № 3 (55). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-harakteristiki-studencheskogo-vozrasta> (дата обращения: 01.11.2024).
3. Бодалев А. А., Столин В. В., Аванесов В. С. Общая психоdiagностика. СПб.: Речь, 2000.
4. Боровкова, Ж. А. Обесценивание как психологический синдром / Ж. А. Боровкова, О. В. Кружкова, Н. Е. Жданова, А. Ю. Косарева. – Текст : непосредственный // Педагогическое образование в России. – 2024. – № 6. – С. 306–315.
5. Бреслав, Г. М. Психология эмоций / Г. М. Бреслав. Учеб.пособие для вузов. 4-е издание – М.: Смысл, 2016. – 672 с.
6. Булгакова Л. И. «Синдром самозванца»: история возникновения термина, основные концепции и их трансформация // Психология и психотерапия семьи. 2018. № 3. С. 30–37.
7. Василевская А. А. Использование психосоматического подхода в коучинге при работе с синдромом самозванца: сборник трудов конференции. / А. А. Василевская, Е. В. Непритимова, И. А. Орлова // Психология коучинга: методология, теория, практика : материалы I Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участ. (Москва, 11 апр. 2025 г.) / редкол.: Н. В. Антонова [и др.] – Чебоксары: ИД «Среда», 2025. – С. 194-197. – ISBN 978-5-907965-52-2. – DOI 10.31483/r-138007.
8. Вишняков, А. И. Социально-психологические особенности проявления синдрома самозванца у юношей в студенческой среде / А. И. Вишняков, Е. А.

- Холодилина // Мир науки. Педагогика и психология. — 2023. — Т. 11. — № 5. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/57PSMN523.pdf> (дата обращения: 01.03.2024).
9. Выготский Л. С. Психология развития человека. М.: Смысл: Эксмо, 2005. 1136 с.
10. Гаджиева Е. А., Махринский С. В. Управление деловой карьерой персонала современной организации: анализ состояния и пути совершенствования // Экономические системы. 2021. Том 14. № 4 (55). С. 167–176. DOI 10.29030/2309-2076-2021-14-4-167-176.
11. Демиденко Н. Н., Югова Е. А. Синдром самозванца как актуальная проблема профессионального здоровья специалиста в сфере юриспруденции // International Journal of Medicine and Psychology. 2023. Том 6. № 8. С. 152 – 158.
12. Дуданова А. С. Подходы к определению понятия «синдром самозванца» //Всероссийский форум студентов и учащихся - 2024 : сборник статей Всероссийской научно-практической конференции (5 февраля 2024 г.). — Петрозаводск : МЦНП «НОВАЯ НАУКА», 2024. — 296 с.
13. Ермолаева М.В. Психология развития.— 2-е изд.— М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003.— 376 с. (Серия «Библиотека психолога»), С. 288.
14. Забродин Ю.М. Психологическое консультирование / Забродин Ю.М., Пахальян В.Э.; под общ.ред. Ю.М. Забродина. – М.: Эксмо, 2010. – 384 с.
15. Зайнуллин А. Э., Губайдуллина К. И. Сравнительный анализ и взаимосвязь выраженности синдрома самозванца и личностных, эмоциональных и социальных особенностей у студентов //ББК 88.2 П86. – 2025. – С. 210.
16. Здриковская Т. А., Мохова Ю. А. Функционирование психотерапевтических терминов в русскоязычном интернет-дискурсе //Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2022. – Т. 15. – №. 5. – С. 1548-1553.

17. Зобнина Т. В., Кислякова Л. П. Особенности самоотношения у студентов с интернальным и экстернальным локусом контроля // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. № 27(1). С. 65–70.
18. Калинина Т. В., Патрикеева Э. Г. Удовлетворенность избранной профессией в контексте профессионального становления студентов педагогического и психологического профилей обучения // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2022. № 05. С. 115– 129. URL: <http://e-koncept.ru/2022/221038.htm> (дата обращения: 07.03.2024).
19. Капаева С. И. «Синдром самозванца»: Основные концепции и их трансформация //Инновационные проекты и программы в психологии, педагогике и образовании. – 2023. – С. 41-43.
20. Клэнс П. Р. Самозванец: монография / П.Р. Клэнс. – СПб.: Издательство Пирожкова, 2001. – 224 с.
21. Козяк А.А. «Синдром самозванца» как фактор снижения стрессоустойчивости государственных служащих // Актуальные вопросы современных научных исследований : сб. ст. VIII междунар. науч.-практ. конф., (Пенза, 05 декабря 2023 г.). – Пенза : Наука и Просвещение, 2023. – С. 209-211.
22. Кори Д. Теория и практика группового консультирования / Пер. с англ. Е. Рачковой.М.: Изд-во Эксмо, 2003. 640 с. (Серия «Искусство консультирования»).
23. Котик, М. А. Психология и безопасность / М. А. Котик. – Таллинн : Валгус, 1981. – 408 с.
24. Кочюнас Р. Психологическое консультирование/Римантас Кочюнас: Учебное пособие для вузов. -10-е изд.-М.: Академический проект, 2022. – 222 с.- (Психологические технологии).
25. Кравец И.В. Влияние комплекса неполноценности на учебно-профессиональную деятельность студентов в условиях инклюзивного образования. 2019. № 1.С. 186–191.

26. Кудашев А.Р. Интерактивные методы в преодолении тревожности, вызванной синдромом самозванца // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2023. – № 1(7). – С. 214–218.
27. Леньшина А.С. Синдром самозванца // Современная психология и педагогика: проблемы и решения: сборник статей по материалам XXXI международной научно-практической конференции, Новосибирск, 17 февраля 2020 года. Новосибирск: Общество с ограниченной ответственностью «Сибирская академическая книга». 2020. С. 81–84.
28. Леонов И. Н. Анализ сетевой структуры связей синдрома самозванца, перфекционизма и самоэффективности у учащихся старших классов // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-setevoy-struktury-svyazey-fenomena-samozvantsa-perfektsionizma-i-samoeffektivnosti-u-uchaschihsya-starshih-klassov> (дата обращения: 02.10.2025).
29. Макушинский А. А. «Синдром самозванца» у современных белорусских студентов // Решение о депонировании вынес: Совет факультета философии и социальных наук Протокол № 4 от 26 ноября 2024 года. Редакционная коллегия: кандидат социологических наук, доцент ТВ Бурак (отв. ред.). – С. 365.
30. Манина В.А. Психологическое консультирование в преодолении психологических барьеров // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2016. - №4 (15). - С. 15-19.
31. Манн С. Синдром самозванца. – М.: Эксмо, 2022. – 280 с.
32. Меновщикова В.Ю. Психологическое консультирование и психотерапия онлайн. – М.: Академический проект, 2023. – 606 с.
33. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье [пер. с англ.] // М.: Институт общегуманитарных исследований. – 2019.
34. Науменко К. Ю. Особенности самооценки у людей с выраженным синдромом самозванца // Первый шаг в науку. – Луганский государственный

педагогический университет, Луганск. Конференция: первый шаг в науку. Луганск, 08 апреля 2025 года. Организаторы: Луганский государственный педагогический университет, Луганск] и т.д.

35. Наумова Н. В. Идентичность профессионального психолога: синдром или синдром самозванца? [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы развития личности профессионала: идентичность в контексте межкультурной коммуникации. Сборник материалов Международного психологического форума. Самара, 2024. С. 155-160 (дата обращения: 10.09.2025).
36. Нимаев А. С. и др. Синдром самозванца среди студентов Читинской государственной медицинской академии // Развитие современной науки: опыт, проблемы, прогнозы. – 2022. – С. 179-183.
37. Новикова Н.Д., Симатова О.Б. Встречаемость синдрома самозванца в студенческой среде вуза [Электронный ресурс] // Педагогическая инноватика и непрерывное образование в XXI веке. Сборник научных трудов III Международной научно-практической конференции. Киров, 2025. С. 270-274 (дата обращения: 25.01.2025).
38. Паскалева-Орбу В. Взаимосвязь синдрома самозванца с типом личности у женщин-руководителей // Тенденции развития науки и образования. 2023. № 94-2. С. 94-96. URL:<https://elibrary.ru/item.asp?id=50520879> (дата обращения: 10.09.2025).
39. Патрикеева Э. Г., Калинина Т. В. Возможности образовательной системы вуза в формировании психологической готовности студентов – будущих психологов к профессиональной самореализации на завершающем этапе обучения // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2021. – № 9. – С. 37.
40. Психодиагностические методики Psytests [Электронный ресурс] : [сборник тестов] / Psytests.org. - Электрон. дан. - Режим доступа: <https://psytests.org> (дата обращения: 02.09.2025).
41. Пузырёва Л.О. Синдром самозванца в связи с профессиональными характеристиками на примере технических и гуманитарных профессий //

- Научно-педагогическое обозрение (PedagogicalReview). 2025. Вып. 4 (62). С. 137–147. URL: <https://doi.org/10.23951/2307-6127-2025-4-137-142> (дата обращения: 10.09.2025).
42. Путеводная звезда [Электронный ресурс] / [Ангелимова М. Н.]. — Электрон. текстовые дан. — Литагент : Литнет, [2017]. — Режим доступа: URL:<https://litnet.com/ru/book/putevodnaya-zvezda-b37440> (дата обращения: 10.08.2025).
43. Раковская А. Ю. Применение методов психоаналитического консультирования для работы с синдромом самозванца //Журнал клинического и прикладного психоанализа. – 2025. – Т. 6. – №. 2. – С. 91-116. URL: <https://psychoanalysis-journal.hse.ru/article/view/27502> (дата обращения: 05.10.2025).
44. Рочева А.А. Два противоположных психологических явления: синдром самозванца и эффект Даннинга-Крюгера // Вопросы эффективного применения научного потенциала общества: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции, Уфа, 30 ноября 2022 года. Уфа: Общество с ограниченной ответственностью «Агентство международных исследований». 2022. С. 106–109.
45. Руднова, Н. А., Шевелева, М. С. Особенности организационного поведения сотрудников с синдромом самозванца. Национальный психологический журнал. 2025. – 20(1), 86-97. URL: <https://doi.org/10.11621/npj.2025.0108> (дата обращения: 10.09.2025).
46. Русина В. И., Пузырёва Л. О. Синдром самозванца в связи с профессиональными характеристиками на примере технических и гуманитарных профессий // Сборник статей LXVI международной научно-практической конференции. Москва: «Научно-издательский центр «Актуальность.РФ», 2024. – 564 с.
47. Садыкова Г. Ф. Синдром самозванца (импостора) и его влияние на мотивацию труда. Психология состояний человека. Актуальные

- теоретические и прикладные проблемы. Материалы Третьей Международной научной конференции. Казань, 8–10 ноября 2018 г. – 2018. С.436-439.
48. Сапата Руис Т.А. Мотивация в обучении студентов в современном образовательном процессе // Альманах «Казачество». - 2024. - №75. - С. 198-203.
49. Сергеева Е.К. Эффект Даннинга-Крюгера как одно из метакогнитивных искажений и его влияние на действия индивида // Academy. 2020. № 8(59).С. 46–47.
50. Симатова О. Б. Синдром самозванца у студентов вуза, имеющих опыт эмоционального семейного неглекта // Российский социально-гуманитарный журнал. 2023. № 4.URL: www.evestnik-mgou.ru (дата обращения: 04.11.2024).
51. Скоробогатова Ю.В. Особенности эмоционального выгорания студентов педагогического вуза и его профилактика с помощью тайм-менеджмента / Ю.В. Скоробогатова // Перспективы науки и образования. - 2019. - №4. - С. 284-294., с. 286.
52. Стародубец К. Е., Самарина А. С. Синдром самозванца»: понятие, причины, симптомы //Сборник трудов конференции «Молодежь Сибири-науке России. – 2024. – С. 332-337.
53. Султанова А.Н., Манаенко Л.С., Олейник К.В., Шалаков В.В. Взаимосвязь профессионального выгорания и синдрома самозванца среди студентов и аспирантов Новосибирского государственного медицинского университета [Электронный ресурс] // Живая психология. 2025. Том 12. №3. С. 74 – 80. URL: <https://ngmu.ru/department/2940/publ/2025/?ajax=true> (дата обращения: 04.10.2025).
54. Туровский Н.П., Могилевская Г.И. Синдром самозванца как одна из актуальных проблем профессионального становления сотрудника ИТ-сферы // ModernScience. 2021. № 1-1.С. 384–388.
55. Ульянова Я.А., Любушкина Л.А. Общественные институты и отношения в новых социально-экономических условиях: смена научной парадигмы. Материалы XVI всероссийского научно-практического форума. Ростов-на-

- Дону, 2024. С. 110-111. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=68562159> (дата обращения: 04.08.2025).
56. Холодилина Е. А. Социально-психологические особенности проявления синдрома самозванца в студенческой среде // Шаг в науку. – 2022. – № 2. – С. 86–89.
57. Чербиева С.В. Особенности влияния учебного стресса на студенческую жизнь обучающихся разных курсов // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. - 2022. - №4 (206). - С. 607-615., с. 609.
58. Чуйкова Т. С. Синдром самозванца в контексте карьерного консультирования // Живая психология. – 2024. - Т 11 № 5. – С.68–73.
59. Чупина, В. Б. Психология развития и возрастная психология : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 37.05.01 Клиническая психология / В. Б. Чупина, Л. С. Гавриленко ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск :КрасГМУ, 2021. - 148 с. - URL: [https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=elib&cat=catalog&res_id=117491](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res_id=117491) (дата обращения: 07.11.2024).
60. Шевелева М.С. Синдром самозванца: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 116—124. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120211> (дата обращения: 08.02.2024).
61. Шевелева М. С. и др. Перфекционизм и синдром самозванца как предикторы увлеченности работой и субъективного благополучия //Психологический журнал. – 2022. – Т. 43. – №. 3. – С. 80-88. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48683861> (дата обращения: 07.10.2024).
62. Шевелева М. С. Синдром самозванца: определение, история изучения, способы измерения //Ананьевские чтения—2020. Психология служебной деятельности: достижения и перспективы развития (в честь 75-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.). – 2020. – С. 816-817.
63. Шевелева М.С., Золотарева А.А., Руднова Н.А. Синдром самозванца в профессиональной среде: роль мотивации и перфекционизма //

Национальный психологический журнал. 2021. № 3 (43). С. 96–104. doi: 10.11621/ npj.2021.0308.

64. Шевелева М. С. Роль перфекционизма и синдрома самозванца в увлеченности работой и субъективном благополучии //Ананьевские чтения-2021. – 2021. – С. 318-319. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47233200> (дата обращения: 01.08.2024).
65. Шевелева М. С. Шкала «Профиль самозванца IPP31»: Многостроновая психометрическая оценка. – ООО «Союзкниг», Нижний Новгород Конференция: Ананьевские чтения-2024, Санкт-Петербург, 16–18 октября 2024 года. Организаторы: Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=78058500> (дата обращения: 07.10.2024).
66. Шевелева М.С., Корниенко Д.С., Пермякова Т.М. Шкала феномена самозванца: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психологический журнал. 2021. Т. 42. № 1. С. 133–143.
67. Шихи Гейл. Возрастные кризисы. – М. Ювента, 1999. – 254 с.
68. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции: учебное пособие / Ю.В. Щербатых. - Санкт-Петербург: Питер, 2006. - 256 с., с.128
69. Эриксон Э.Г. Идентичность: юность и кризис: учеб.пособие. 2-е изд.- Москва, Флинта и др., 2006, 341 с.
70. Ялом И. Групповая психотерапия. 5-е изд. – Питер, 2024. – 624 с.
71. Bernat E. Towards a pedagogy of empowerment: The case of «impostor syndrome» among pre-service non-native speaker teachers in TESOL [Электронный ресурс] // English Language Teacher Education and Development. 2008. Vol. 11. № 1. Р. 1—8. URL: <https://www.researchgate.net/publication/265082107> (дата обращения: 07.06.2024).
72. Bernard D.L., Hoggard L.S., Neblett E.W. Racial discrimination, racial identity, and impostor syndrome: A profile approach // Cultural Diversity and

Ethnic Minority Psychology. 2018. Vol. 24. № 1. P. 51—68.
DOI:10.1037/cdp0000161.

73. Clance P. R., Imes S. A. The imposter syndrome in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention / P.R. Clance, S.A. Imes // Psychotherapy: Theory, Research & Practice. – 1978. – №15(3). – P. 241- 247. – URL: <https://psycnet.apa.org/record/1979-26502-001> (дата обращения: 10.11.2023).
74. Commentary: Prevalence, predictors, and treatment of imposter syndrome: A systematic review / D.M. Bravata, D.K. Madhusudhan, M. Boroff, K.O. Cokley // Journal of Mental Health & Clinical Psychology. 2020. Vol. 4. № 3. P. 12—16. DOI:10.29245/2578-2959/2020/3/1207.
75. Contextualizing the impostor «syndrome» / S. Feenstra, C.T. Begeny, M.K. Ryan, F.A. Rink, J.I. Stoker, J. Jordan // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 11. Article ID 575024. 6 p. DOI:10.3389/fpsyg.2020.575024.
76. Harvey J.C., Katz, C. If I'm so successful, why do I feel like a fake? The impostor syndrome. N.Y.: Pocket Books, 1986.
77. Kolligian Jr J., Sternberg R.J. Perceived Fraudulence in Young Adults: Is There an «Imposter Syndrome»? Journal of Personality Assessment, 1991. Vol. 56, no. 2, pp. 308—326. DOI:10.1207/s15327752jpa5602_10.
78. Leonhardt M., Bechtoldt M.N., Rohrmann S. All impostors aren't alike—differentiating the impostor syndrome. Frontiers in Psychology, 2017. Vol. 8, article ID 1505. 10 p. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01505.
79. LifeNews.ru, Интернет-издание – URL: <https://life.ru/p/1759612> (дата обращения: 02.09.2025).
80. Joshi A., & Mangette H. (2018). Unmasking of impostor syndrome. Journal of Research, Assessment, and Practice in Higher Education, 3(1). P. 3.
81. Mak K.K., Kleitman S., Abbott M.J. Impostor syndrome measurement scales: A systematic review // Frontiers in Psychology. 2019. Vol. 10. Article ID 671.
82. Mapping the evolution of the impostor syndrome research: A bibliometric analysis / S. Stone-Sabali, D.L. Bernard, K.J. Mills, P.R. Osborn // Current

Psychology. 2023. 13 p. Published online: 07.01.2023. DOI:10.1007/s12144-022-04201-9.

83. McElwee R. O., Yurak T. J. The phenomenology of the impostor syndrome //Individual Differences Research. – 2010. Т. 8. №. 3. С. 184-197.
84. Parkman A. The imposter syndrome in higher education: Incidence and impact [Электронный ресурс] // Journal of Higher Education Theory and Practice. 2016. Vol. 16. № 1. P. 51—60. URL: http://m.www.nabusinesspress.com/JHETP/ParkmanA_Web16_1_.pdf (дата обращения: 07.12.2024).
85. Practice. 1978. Vol. 15. № 3. P. 241—247. DOI:10.1037/h0086006 . – URL: <https://psycnet.apa.org/record/1979-26502-001> (дата обращения: 10.11.2023).
86. Predicting stress and mental wellbeing among doctoral researchers / N.C. Byrom, L. Dinu, A. Kirkman, G. Hughes // Journal of Mental Health. 2022. Vol. 31. № 6. P. 783—791. DOI:10.1080/09638237.2020.1818196
87. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: a Systematic Review / D.M. Bravata, S.A. Watts, A.L. Keefer, D.K. Madhusudhan, K.T. Taylor, D.M. Clark, R.S. Nelson, K.O. Cokley, H.K. Hagg // Journal of General Internal Medicine. 2020. Vol. 35. № 4. P. 1252—1275. DOI:10.1007/s11606-019-05364-1.
88. Sakulku J.The impostor syndrome //The Journal of Behavioral Science. – 2011. – Т. 6. – №. 1. – С. 75-97.
89. Sakulku, J., & Alexander, J. The imposter syndrome / J. Sakulku, J. Alexander // International Journal of Behavioral Science. - 2011. - Vol. 6, №1. - P. 73-92.
90. Wang K.T., Sheveleva M.S., Permyakova T.M. Imposter syndrome among Russian students: The link between perfectionism and psychological distress // Personality and Individual Differences. 2019. Vol. 143. P. 1—6. DOI:10.1016/j.paid.2019.02.005.
91. Want J., Kleitman S. Imposter syndrome and self-handicapping: Links with parenting styles and self-confidence // Personality and Individual Differences. 2006. P. 40—43.

92. Young V. (2011) The secret thoughts of successful women: Why capable people suffer from the impostor syndrome and how to thrivein spite of it. NY.: Crown Business.

Приложение А

Таблица 1. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по методикам «Шкала феномена самозванца», «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» и «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» по всей выборке

№	Ф.И.	Курс	Успе ваемо сть	«Шкала феномена самозванца»		«Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите»		«Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху»	
				Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	Т.В.	3	4,1	89	ярко выражены	13	средний	23	слишком высокий
2	С.П.	1	4,2	83	ярко выражены	23	слишком	17	высокий
3	П.М.	1	3,5	80	ярко выражены	16	средний	8	низкий
4	П.Д.	3	4,3	78	выражены	23	слишком	18	высокий
5	Ш.А.	1	3,9	77	выражены	12	средний	19	высокий
6	Т.Т.	3	3,8	76	выражены	23	слишком	10	низкий
7	Ш.Д.	1	3,7	72	выражены	16	средний	15	средний
8	Б.В.	1	3,9	72	выражены	24	слишком	16	средний
9	З.Е.	1	3,7	72	выражены	21	слишком	14	средний
10	Т.С.	1	4,1	71	выражены	10	низкий	14	средний
11	М.К.	1	4,3	69	выражены	26	слишком	16	средний
12	А.А.	1	3,8	69	выражены	15	средний	12	средний
13	Ф.А.	3	4	69	выражены	28	слишком	17	высокий
14	Я.Е.	3	4,6	68	выражены	24	слишком	16	средний
15	Б.Е.	1	3,5	67	выражены	20	высокий	15	средний
16	К.С.	3	3,6	66	выражены	19	высокий	18	высокий
17	Ч.В.	1	3,1	66	выражены	2	низкий	15	средний
18	К.М.	1	4	65	выражены	13	средний	22	слишком высокий
19	П.Е.	1	4,2	65	выражены	23	слишком	22	слишком высокий
20	И.А.	3	4,6	65	выражены	13	средний	21	слишком высокий
21	Т.А.	1	4,3	64	выражены	18	высокий	23	слишком высокий
22	А.Д.	1	3,8	64	выражены	7	низкий	12	средний
23	М.Н.	1	3,8	63	выражены	10	низкий	23	слишком высокий
24	Х.О.	3	4,3	63	выражены	8	низкий	15	средний
25	К.А.	3	4,1	63	выражены	25	слишком	9	низкий
26	С.А.	1	4	63	выражены	19	высокий	12	средний
27	Н.С.	1	3,6	63	выражены	15	средний	16	средний
28	В.А.	1	4,1	63	выражены	28	слишком	16	средний
29	Г.В.	1	4,3	62	выражены	17	высокий	14	средний
30	Н.Ж.	1	3,9	62	выражены	14	средний	15	средний
31	С.Д.	3	4,4	61	выражены	23	слишком	15	средний
32	Т.Ю.	3	4,1	61	выражены	11	средний	7	низкий
33	К.А.	3	4,4	61	выражены	24	слишком	14	средний
34	Х.М.	3	3,4	61	выражены	9	низкий	9	низкий
35	З.Ю.	1	4,7	60	средний	11	средний	19	высокий
36	М.Б.	3	4,5	60	средний	22	слишком	21	слишком высокий
37	Х.К.	3	4,2	60	средний	13	средний	23	слишком высокий
38	К.М.	3	3,7	60	средний	7	низкий	6	низкий

Продолжение таблицы 1

39	А.А.	3	4,6	59	средний	26	слишком	18	высокий
40	Щ.С.	3	4,2	58	средний	24	слишком	19	высокий
41	М.О.	1	4,2	58	средний	16	средний	18	высокий
42	Ч.А.	1	4,1	57	средний	22	слишком	22	слишком высокий
43	Л.Д.	3	4,2	57	средний	24	слишком	7	низкий
44	Ч.А.	1	4,1	57	средний	16	средний	14	средний
45	Ц.К.	1	3,9	57	средний	8	низкий	18	высокий
46	С.Е.	3	4,5	57	средний	21	слишком	17	высокий
47	М.А.	1	3,9	56	средний	19	высокий	22	слишком высокий
48	Ц.А.	1	3,8	56	средний	23	слишком	23	слишком высокий
49	С.Т.	1	4,3	56	средний	21	слишком	20	слишком высокий
50	Б.А.	1	4	56	средний	17	высокий	15	средний
51	С.Ш.	3	4,7	55	средний	23	слишком	22	слишком высокий
52	Д.Д.	3	3,8	55	средний	9	низкий	18	высокий
53	Ф.Е.	3	4,4	54	средний	22	слишком	23	слишком высокий
54	Г.Д.	3	4,2	54	средний	19	высокий	19	высокий
55	А.Э.	1	3,8	54	средний	20	высокий	20	слишком высокий
56	М.К.	1	4	54	средний	14	средний	23	слишком высокий
57	А.М.	1	3,3	53	средний	23	слишком	23	слишком высокий
58	Д.М.	1	3,8	53	средний	23	слишком	15	средний
59	Т.П.	3	3,4	52	средний	14	средний	9	низкий
60	С.В.	3	4,5	52	средний	16	средний	15	средний
61	М.Н.	3	3,5	51	средний	15	средний	13	средний
62	О.С.	1	4,5	50	средний	19	высокий	18	высокий
63	Т.В.	3	3,7	50	средний	6	низкий	13	средний
64	Ш.О.	1	3,9	50	средний	21	слишком	19	высокий
65	Х.А.	3	4,1	49	средний	12	средний	26	слишком высокий
66	Ф.К.	3	4,5	49	средний	17	высокий	12	средний
67	А.К.	3	3,4	49	средний	13	средний	17	высокий
68	Ю.В.	3	4,3	49	средний	9	низкий	7	низкий
69	Б.Э.	3	3,8	49	средний	20	высокий	16	средний
70	Т.С.	1	4,4	48	средний	21	слишком	10	низкий
71	Б.В.	1	3,8	48	средний	20	высокий	17	высокий
72	М.Э.	1	3,6	48	средний	14	средний	22	слишком высокий
73	Ч.М.	1	3,9	48	средний	16	средний	17	высокий
74	Ч.А.	3	3,6	48	средний	16	средний	15	средний
75	Д.А.	1	3,8	47	средний	20	высокий	10	низкий
76	М.Э.	1	4,3	47	средний	11	средний	22	слишком высокий
77	Б.А.	3	4	47	средний	19	высокий	15	средний
78	М.Д.	1	3,6	46	средний	19	высокий	18	высокий
79	Г.М.	1	3,7	46	средний	16	средний	14	средний
80	Г.Д.	1	4,2	46	средний	6	низкий	18	высокий
81	Ю.П.	1	3,6	46	средний	10	низкий	19	высокий
82	Г.В.	1	3,2	45	средний	19	высокий	19	высокий
83	К.А.	3	4,3	45	средний	21	слишком	9	низкий
84	Г.К.	1	3,9	44	средний	12	средний	21	слишком высокий
85	Ф.Н.	3	3,7	44	средний	14	средний	12	средний
86	О.Д.	1	4,1	44	средний	5	низкий	21	слишком высокий
87	Б.А.	3	4,5	44	средний	15	средний	17	высокий

Окончание таблицы 1

88	Т.Д.	3	4,3	44	средний	16	средний	20	высокий
89	Г.Н.	3	3,4	43	средний	8	низкий	19	высокий
90	И.А.	3	4	43	средний	18	высокий	17	высокий
91	У.В.	3	4,4	43	средний	21	слишком	20	высокий
92	Г.А.	3	4,4	42	средний	22	слишком	12	средний
93	К.Е.	3	4,3	41	средний	22	слишком	21	слишком высокий
94	Щ.Я.	1	4	41	средний	14	средний	18	высокий
95	А.С.	3	4,2	41	средний	27	слишком	19	высокий
96	Л.Д.	3	4,2	41	средний	12	средний	17	высокий
97	Ш.А.	1	4,2	40	отсутствуют	24	слишком	24	слишком высокий
98	Б.А.	1	4	40	отсутствуют	10	низкий	18	высокий
99	Х.М.	1	4,3	40	отсутствуют	19	высокий	17	высокий
100	И.И.	1	4,5	40	отсутствуют	12	средний	18	высокий
101	М.М.	1	4,3	40	отсутствуют	12	средний	17	высокий
102	Ч.К.	1	4,2	39	отсутствуют	16	средний	16	средний
103	К.Ф.	1	3,7	39	отсутствуют	19	высокий	14	средний
104	Г.Р.	3	4,7	38	отсутствуют	12	средний	15	средний
105	Л.Е.	3	4,1	38	отсутствуют	13	средний	18	высокий
106	М.Е.	1	4,6	38	отсутствуют	9	низкий	22	слишком высокий
107	В.М.	3	4	38	отсутствуют	10	низкий	20	высокий
108	Б.А.	3	3,9	37	отсутствуют	20	высокий	16	средний
109	Л.М.	1	3,8	37	отсутствуют	19	высокий	24	слишком высокий
110	Г.С.	1	3,9	37	отсутствуют	10	низкий	17	высокий
111	М.А.	3	4	36	отсутствуют	25	слишком	12	средний
112	К.М.	1	3,8	36	отсутствуют	19	высокий	15	средний
113	П.Ю.	3	4,2	35	отсутствуют	14	средний	22	слишком высокий
114	П.Х.	1	3,6	35	отсутствуют	15	средний	18	высокий
115	М.А.	1	3,8	34	отсутствуют	13	средний	21	слишком высокий
116	Л.Д.	1	3,9	34	отсутствуют	18	высокий	15	средний
117	Х.Р.	1	3,7	34	отсутствуют	14	средний	18	высокий
118	Х.Ю.	1	3,9	33	отсутствуют	12	средний	12	средний
119	М.А.	1	3,9	32	отсутствуют	19	высокий	19	высокий
120	К.Е.	1	3,4	29	отсутствуют	14	средний	13	средний
121	С.Н.	1	3,8	25	отсутствуют	24	слишком	21	слишком высокий
122	К.М.	3	3,5	22	отсутствуют	12	средний	17	высокий

Приложение А

Таблица 2. – Результаты исследования констатирующего эксперимента по методике «Тест-опросник самоотношения» по всей выборке*

№	Ф.И.	Курс	Успеваемость	1.Шкала S (интегральная)	2.Шкала самоуважения (I)	3.Шкала самоутончения (II)	4.Шкала ожидания положительного отношения к другим (III)	5.Шкала самооценки веренности (IV)	6.Шкала самооценки веренности (1)	7.Шкала самооценки веренности (2)	8.Шкала самопринятия (3)	9.Шкала самоподавления (4)	10.Шкала самобвивания (5)	11.Шкала самонтереса (6)	12.Шкала самопонимания (7)
1	Т.В.	3	4,1	55	34	58	18	92	66	15	71	38	43	80	21
2	С.П.	1	4,2	38	6	22	9	71	17	15	8	26	61	11	43
3	П.М.	1	3,5	5	4	4	3	1	4	4	3	38	82	1	21
4	П.Д.	3	4,3	55	34	77	53	50	29	51	90	26	28	55	43
5	Ш.А.	1	3,9	16	25	58	18	16	29	32	71	38	97	20	69
6	Т.Т.	3	3,8	55	59	37	40	92	66	51	90	80	100	80	43
7	Ш.Д.	1	3,7	88	91	58	91	100	48	100	90	80	43	100	69
8	Б.В.	1	3,9	88	34	58	91	71	48	100	71	80	82	80	43
9	З.Е.	1	3,7	32	6	70	27	71	7	15	71	26	61	55	21
10	Т.С.	1	4,1	80	16	47	40	92	65	51	17	38	61	80	43
11	М.К.	1	4,3	74	25	91	72	50	66	100	71	60	43	34	43
12	А.А.	1	3,8	55	34	91	3	71	48	1	100	60	28	55	69
13	Ф.А.	3	4	38	6	37	72	71	4	80	71	60	82	100	43
14	Я.Е.	3	4,6	88	59	91	72	100	81	80	100	80	61	100	43
15	Б.Е.	1	3,5	88	71	86	72	71	48	51	90	38	43	80	84
16	К.С.	3	3,6	74	71	77	40	100	66	51	100	100	61	80	43
17	Ч.В.	1	3,1	74	45	77	40	71	81	51	71	60	61	55	21
18	К.М.	1	4	93	91	77	72	100	92	80	51	80	61	100	69
19	П.Е.	1	4,2	88	87	86	53	92	81	51	90	92	43	100	69
20	И.А.	3	4,6	69	71	16	53	29	48	32	17	60	82	55	69
21	Т.А.	1	4,3	69	45	58	18	29	81	51	90	26	97	11	21
22	А.Д.	1	3,8	13	2	22	53	50	7	32	34	26	97	80	4
23	М.Н.	1	3,8	88	71	86	72	92	81	80	90	92	61	100	43
24	Х.О.	3	4,3	88	45	77	72	100	81	80	100	38	82	100	69
25	К.А.	3	4,1	85	59	58	53	71	66	51	90	60	82	80	21
26	С.А.	1	4	80	59	70	53	92	81	51	100	92	97	100	43
27	Н.С.	1	3,6	49	34	37	9	92	48	15	71	38	61	34	21
28	В.А.	1	4,1	21	34	4	6	29	17	1	8	38	82	34	4
29	Г.В.	1	4,3	80	34	86	27	50	66	32	100	10	43	34	43
30	Н.Ж.	1	3,9	69	25	58	9	71	29	7	90	26	82	55	43
31	С.Д.	3	4,4	88	87	70	53	92	48	80	90	80	82	100	84
32	Т.Ю.	3	4,1	85	25	97	91	80	48	80	90	26	15	80	69
33	К.А.	3	4,4	55	34	86	27	16	17	32	100	80	61	20	69
34	Х.М.	3	3,4	55	34	70	9	50	48	7	34	60	28	20	21
35	З.Ю.	1	4,7	97	97	70	91	100	100	100	90	80	82	100	84
36	М.Б.	3	4,5	93	34	98	91	100	66	80	100	60	5	100	43
37	Х.К.	3	4,2	49	16	58	18	71	66	32	90	26	100	34	21
38	К.М.	3	3,7	27	45	16	9	1	17	15	8	60	97	1	43
39	А.А.	3	4,6	91	59	86	72	100	66	80	100	80	82	100	94

Продолжение таблицы 2

40	Щ.С.	3	4,2	93	91	97	53	100	81	51	100	80	43	100	94
41	М.О.	1	4,2	55	59	37	53	29	48	15	51	92	61	80	43
42	Ч.А.	1	4,1	98	97	97	53	100	92	51	90	60	15	100	94
43	Л.Д.	3	4,2	97	91	100	72	92	81	80	100	80	15	100	94
44	Ч.А.	1	4,1	96	80	100	72	71	92	51	90	60	5	80	69
45	Ц.К.	1	3,9	93	80	70	53	100	100	80	51	60	61	80	21
46	С.Е.	3	4,5	32	45	28	9	5	17	15	51	38	100	3	43
47	М.А.	1	3,9	93	87	86	40	100	66	32	100	60	43	100	94
48	Ц.А.	1	3,8	93	97	58	72	92	92	80	100	60	97	80	94
49	С.Т.	1	4,3	85	45	91	53	100	66	51	71	80	43	100	43
50	Б.А.	1	4	69	45	37	72	100	48	80	51	92	97	100	43
51	С.Ш.	3	4,7	96	91	86	72	92	92	51	90	80	28	100	69
52	Д.Д.	3	3,8	93	59	86	53	92	81	51	100	92	61	100	69
53	Ф.Е.	3	4,4	97	100	86	72	100	100	51	100	80	43	100	84
54	Г.Д.	3	4,2	96	91	86	53	100	100	51	100	80	82	100	69
55	А.Э.	1	3,8	91	97	58	91	92	81	100	90	92	82	100	94
56	М.К.	1	4	91	80	77	91	71	92	80	71	92	43	100	84
57	А.М.	1	3,3	96	71	97	53	92	66	51	100	38	15	80	43
58	Д.М.	1	3,8	93	80	77	18	100	29	15	90	60	28	80	84
59	Т.П.	3	3,4	80	34	97	72	92	48	51	90	60	15	100	69
60	С.В.	3	4,5	69	91	37	18	29	66	15	8	60	28	20	69
61	М.Н.	3	3,5	49	80	22	27	16	48	32	34	60	61	20	84
62	О.С.	1	4,5	98	97	98	72	100	92	80	100	80	15	100	94
63	Т.В.	3	3,7	88	34	91	53	100	29	80	100	38	15	100	43
64	Ш.О.	1	3,9	80	80	70	53	92	81	80	100	38	82	80	69
65	Х.А.	3	4,1	98	100	98	72	100	100	80	100	80	28	100	94
66	Ф.К.	3	4,5	97	80	98	100	100	92	100	100	60	15	100	69
67	А.К.	3	3,4	96	97	86	91	71	92	100	90	92	43	80	94
68	Ю.В.	3	4,3	91	71	77	40	71	29	51	90	60	61	100	84
69	Б.Э.	3	3,8	91	80	86	53	100	81	80	90	92	43	100	69
70	Т.С.	1	4,4	93	71	97	91	92	81	51	90	60	15	100	43
71	Б.В.	1	3,8	91	80	91	53	100	81	80	100	80	61	80	84
72	М.Э.	1	3,6	88	87	77	72	71	81	80	100	80	82	100	94
73	Ч.М.	1	3,9	80	71	28	91	71	66	100	71	80	97	100	69
74	Ч.А.	3	3,6	49	25	37	6	100	66	7	71	60	82	55	21
75	Д.А.	1	3,8	85	71	77	72	92	66	80	71	80	61	100	94
76	М.Э.	1	4,3	55	91	77	40	50	92	32	90	60	61	20	69
77	Б.А.	3	4	49	6	28	72	29	29	51	34	26	82	55	4
78	М.Д.	1	3,6	98	100	86	91	100	100	80	90	80	43	100	84
79	Г.М.	1	3,7	98	87	97	91	100	100	100	100	38	43	100	69
80	Г.Д.	1	4,2	85	71	47	40	71	92	51	71	60	82	55	43
81	Ю.П.	1	3,6	80	59	22	72	71	48	80	71	38	100	100	69
82	Г.В.	1	3,2	93	87	97	72	71	81	80	100	92	28	100	84
83	К.А.	3	4,3	93	59	98	91	92	66	80	90	80	5	100	84
84	Г.К.	1	3,9	98	87	98	91	100	100	80	100	80	5	100	69
85	Ф.Н.	3	3,7	97	91	77	72	100	100	80	71	80	61	100	43
86	О.Д.	1	4,1	93	80	70	53	92	92	51	100	38	82	100	84
87	Б.А.	3	4,5	93	59	98	72	100	81	100	90	80	28	80	69
88	Т.Д.	3	4,3	91	87	91	40	100	100	51	100	80	61	80	84

Окончание таблицы 2

89	Г.Н.	3	3,4	93	100	77	100	92	100	100	90	92	28	100	94
90	И.А.	3	4	93	59	97	91	100	81	100	100	80	28	100	69
91	У.В.	3	4,4	93	80	98	91	100	92	80	100	60	15	100	43
92	Г.А.	3	4,4	98	100	100	72	100	100	80	100	80	15	100	94
93	К.Е.	3	4,3	97	87	98	72	100	92	80	100	60	28	100	84
94	Щ.Я.	1	4	97	80	97	72	92	92	80	100	80	43	80	84
95	А.С.	3	4,2	91	87	91	53	100	92	51	100	80	61	100	69
96	Л.Д.	3	4,2	74	71	37	18	92	66	15	34	80	43	34	43
97	Ш.А.	1	4,2	98	100	91	72	100	100	80	51	80	15	100	84
98	Б.А.	1	4	98	87	100	91	92	92	80	100	60	5	100	84
99	Х.М.	1	4,3	96	59	77	72	71	66	80	71	80	43	55	84
100	И.И.	1	4,5	88	80	47	9	50	81	51	34	38	61	34	84
101	М.М.	1	4,3	85	71	58	6	29	29	32	51	80	61	20	84
102	Ч.К.	1	4,2	98	87	100	91	100	92	80	90	80	2	100	94
103	К.Ф.	1	3,7	91	45	97	40	50	66	15	90	26	28	100	84
104	Г.Р.	3	4,7	97	87	97	72	100	92	80	90	60	15	80	69
105	Л.Е.	3	4,1	96	97	97	72	100	92	80	100	80	43	100	94
106	М.Е.	1	4,6	80	71	37	27	16	17	15	34	60	43	11	94
107	В.М.	3	4	49	45	86	9	29	48	15	90	80	28	20	43
108	Б.А.	3	3,9	96	71	91	91	92	81	80	100	38	43	80	84
109	Л.М.	1	3,8	93	87	86	53	100	100	51	51	60	61	100	69
110	Г.С.	1	3,9	91	80	97	53	92	81	100	100	60	43	34	69
111	М.А.	3	4	93	80	97	53	100	81	51	90	92	15	100	69
112	К.М.	1	3,8	91	87	91	72	100	81	80	51	80	15	80	84
113	П.Ю.	3	4,2	98	100	98	72	100	100	80	100	80	28	100	94
114	П.Х.	1	3,6	80	59	70	27	29	29	15	17	38	15	55	94
115	М.А.	1	3,8	97	87	97	91	92	92	80	90	92	15	100	69
116	Л.Д.	1	3,9	96	91	97	40	92	100	15	90	60	15	100	84
117	Х.Р.	1	3,7	49	87	47	27	29	81	32	71	38	97	20	84
118	Х.Ю.	1	3,9	97	87	97	72	100	92	80	90	60	28	100	69
119	М.А.	1	3,9	98	97	98	91	100	100	80	90	60	5	100	94
120	К.Е.	1	3,4	97	91	97	91	100	81	80	100	80	15	100	84
121	С.Н.	1	3,8	97	91	97	72	100	100	80	90	80	43	100	84
122	К.М.	3	3,5	69	71	37	53	29	48	51	34	92	61	34	43

*Примечание: при значении показателя меньше 50 - признак не выражен; 50-74 - признак выражен; больше 74 - признак ярко выражен.

Программа групповых консультаций

Консультация № 1. Знакомство. Понятие о синдроме самозванца

Цель: познакомиться, создать безопасную атмосферу, познакомить участников с понятием синдрома самозванца, выявить ожидания.

Участникам выдаются бейджи и фломастеры, каждый участник вписывает свое имя на бейдже. Также каждому участнику в подарок предлагается выбрать (рисунок 1):

- 1) блокнот с понравившейся мотивирующей надписью на обложке (возможные варианты выбора: «Верь в себя! И у тебя всё получится», «Делай этот мир лучше», «Ты можешь сделать больше, чем ты думаешь», «Мечтай, ставь цели, действуй», «Если ты можешь об этом мечтать, ты можешь это сделать» и т.д.);
- 2) шариковую ручку с надписью (возможные варианты выбора: «Твори свою историю», «Покоряй этот мир дальше», «Ты можешь всё, стоит только захотеть» и т.д.).



Рисунок 1. – Блокноты и ручки с мотивирующими надписями для участников

Консультант здоровается, представляется и благодарит участников за то, что они приняли решение пойти в работу, и за стремление внести положительные изменения в свою жизнь и жизнь других участников группы. Обозначаются организационные моменты, цель и тематика встреч.

Далее участники по кругу передают мяч, при этом здороваются, представляются и озвучивают свои ожидания от работы в группе, пожелания, возможные опасения.

Затем озвучиваются правила работы группы, которые обсуждаются, принимаются или частично заменяются на альтернативные правила:

1.Общение по принципу «Здесь и теперь» (во время встречи мы говорим только о том, что волнует каждого именно сейчас и обсуждаем только то, что с нами происходит именно здесь).

2.Конфиденциальность всего происходящего в группе. Все, что происходит во время встреч, ни под каким предлогом не разглашается. Мы уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился. Мы доверяем друг другу и группе в целом.

3.Слушать друг друга, не перебивать.

4.Участник имеет право отказаться от выполнения упражнения.

5. Правило «Стоп». Во время работы группы любой участник группы может остановить разговор, вопрос, обращенный к нему или какое-либо другое действие, если посчитает это психологически опасным для своего внутреннего мира.

6.Правило искренности и открытости.

7.Правило «Я». В группе запрещается использовать рассуждения типа: «У всех такое мнение...», «Мы считаем...» и им подобные. Все высказывания необходимо строить с использованием «я».

8.Правило активности. В группе не должно быть пассивных наблюдателей. Упражнения включают всех участников в их отработку.

9.Обсуждаем, не осуждая. При обсуждении происходящего, важно оценивать не участника, а только его действия и поведение.

10. Как можно больше контактов и общения с различными людьми. У каждого из нас есть определенные симпатии, кто-то нам нравится больше, с кем-то более приятно общаться. Но во время встречи мы стремимся поддерживать отношения со всеми членами группы, и особенно с теми, кого меньше всего знаем.

11. Отключаем звуковые сигналы мобильного телефона; заранее предупреждаем родных и близких, что во время встречи не сможем быть на связи.

12. После выполнения каждого упражнения результат принято обсуждать. Мнение каждого участника важно.

13. Общаемся на «ты» по имени на бейдже.

Упражнение на знакомство «Визитка»

Участники остаются на стульях, расставленных по кругу. Для упражнения необходимы: листы формата А4 и фломастеры (по количеству участников). Каждый участник берет по одному листу бумаги и фломастеру, затем пишет следующую информацию о себе:

- по центру - свое имя;
- в верхнем левом углу - любимое блюдо;
- в нижнем левом углу – любимый(-ая) певец/певица/группа;
- в верхнем правом углу - хобби;
- в нижнем правом углу – любимый фильм.

Когда все закончат делать визитку, все по отдельности презентуют себя, отвечают на вопросы: 1) Что было сложнее всего написать о себе? 2) Нашли ли единомышленников? 3) Узнали ли вы что-то новое друг о друге? 4) Какие чувства и идеи возникли при выполнении упражнения?

Упражнение «Строимся!»

Участники группы встают полукругом, лицом к консультанту. Все задания делаются молча. Стремимся выполнить каждое задание как можно быстрее и, в тоже время, как можно точнее. Суть задания в том, чтобы участники выстроились определенным образом. Консультант громко

говорит: «Строимся!» и добавляет, по какому признаку. Команда выполняет задание. Переговариваться запрещено. Участникам необходимо договориться друг с другом без использования вербальных средств.

Пример: консультант говорит: «Надо построиться в шеренгу так, чтобы, около меня стоял самый высокий из вас, а на противоположном конце шеренги — тот, у кого самый небольшой среди вас рост. Все приступают. Проверяется точность выполнения. Далее идет выстраивание по другим признакам: квадратом, треугольником, кругом, птичьим косяком, буквой «М» (нижний край — рядом с консультантом), в шеренгу — по росту, по цвету волос (от самого светлого к темному), согласно алфавиту, по первым буквам имен (начало — около консультанта), по датам (без учета года) рождения (начало шеренги — это 1 января, конец — 31-е декабря).

Вопросы: 1) Как Вы себя чувствуете? 2) Какие возникли идеи? 3) В чем была сложность, а в чем — легкость данного упражнения? 4) Какую роль вы на себя взяли — организатора, который перестраивал других людей, или подчиняющегося?

Упражнение «Машина»

Всей группе нужно построить воображаемую машину. Ее детали — это только слаженные и разнообразные движения участников, при этом каждому участнику придется внимательно следить за действиями других членов команды. Во время игры нельзя разговаривать. После того, как машина сложена, по команде консультанта она передвигается прямо, направо, налево. Машина ускоряется до максимума, а потом, замедлившись, останавливается, попадает в пробку, переезжает через искусственную неровность и т.д.

Вопросы: В какой момент вы стали частью воображаемой машины? За что отвечала ваша часть машины? Сложно ли было двигаться вместе с остальными частями машины? Какие возникли чувства, идеи?

Упражнение «Комplимент»

Нужно встать, расположиться удобно. Работа будет проходить в парах (консультант выбирает одного из участников в кругу и обозначает его пару – соседа справа, следующие пары формируются по данному принципу).

Будет происходить обмен комплиментами в форме диалога. Нужно не только получить комплимент от собеседника, но и обязательно сделать ему комплимент в ответ. Комплимент принимается в определенной форме: «Да, это так! А еще я...» (добавляется положительное качество), а затем говорит свой комплимент собеседнику в ответ.

Например:

- Галина, ты очень отзывчивый человек!
- Да, это так! А еще я добрая!
- А у тебя, Оля, такие красивые глаза!

Потом пары меняются. Каждому участнику нужно пообщаться по очереди со всеми остальными.

Вопросы:

1. С какими трудностями вы столкнулись при выполнении данного упражнения?
2. Были ли приятными моменты в упражнении, какие?
3. Какие возникли чувства, идеи?

Групповая дискуссия

Участницам было предложено озвучить свои версии – что такое синдром (феномен) самозванца и как он проявляется.

Далее через наводящие вопросы в ненавязчивой форме мы сформировали представление о данном феномене (П. Клэнс):

- определение;
- не клинический диагноз;
- распространенное явление;
- характерные проявления (страх разоблачения, обесценивание успехов, перфекционизм, сравнение с другими и т.д.);

- почему он часто встречается у студентов (особенно в медицине: ответственность высокая конкуренция, сложность учебного материала и т.д.).
- вы не единоки.

Домашнее задание: упражнение «Моя суперсила»: каждый участник дома анализирует и выделяет одну свою «супер силу», которую он обнаружил в себе за время обучения в университете (даже если это «сдал анатомию всего со второго раза»). Ее нужно записать в свой блокнот с мотивирующей надписью на обложке, можно нарисовать к своей супер силе небольшую иллюстрацию. Цель – начать думать о своих достоинствах, пусть даже с юмором.

Подведение итогов, рефлексия.

Консультация № 2. Мысли, эмоции и поведение самозванца

Цель: научиться распознавать и трансформировать автоматические негативные мысли, развивать навык наблюдения за мыслями без вовлечения и оценки.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Рефлексия.

Групповая дискуссия о том, что первично – мысль или эмоция. Минилекция по теории когнитивно-поведенческой терапии (Аарон Темкин Бек).

Техника: «Выявление и оспаривание автоматических мыслей». Кратко описываем ситуацию, фиксируем мысль, эмоцию, отслеживаем реакцию и пробуем находить более реалистичные мысли. Участники научились распознавать типичные когнитивные искажения.

Далее познакомились с таблицей «Ситуация — мысль — эмоция — реакция» (СМЭР) (таблица 3). Данная таблица была в распечатанном виде выдана участникам для образца. Сначала заполнили ее совместно на доске (рисунок 2), после этого участницы сами и в мотивирующих блокнотах заполнили таблицы по своим ситуациям. Рассмотрели ценность ошибок как части опыта.

Таблица 3. – Техника «Ситуация — мысль — эмоция — реакция» (СМЭР)

Ситуация	Мысль	Эмоции	Альтернативная мысль	Альтернативные эмоции	Новая ситуация
Опоздала на занятие	Я - копуша	Гнев - 5 Раздражение - 3 Негодование - 7	Мне приятно осознавать, что я успешно делаю большое кол-во дел ежедневно, и очень многие из них - непревзойденно	Радость - 5 Принятие - 7 Теплота - 8	Вычеркнула из плана неважные дела. Расставила приоритеты.

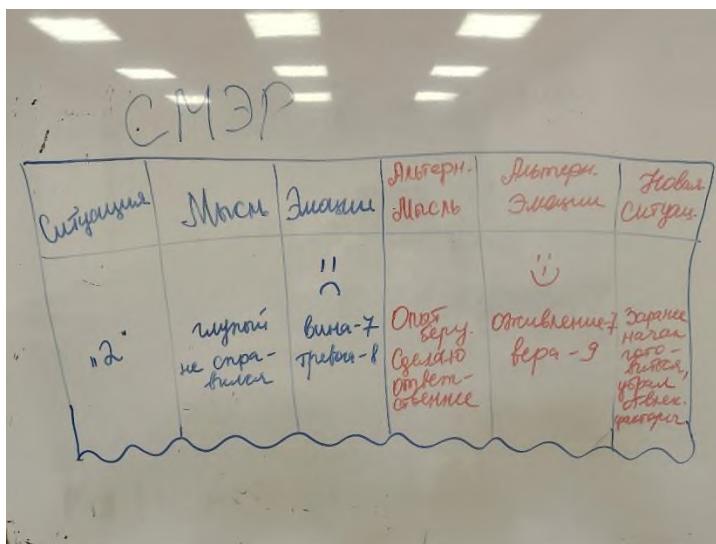


Рисунок 2. – Заполненная на встрече № 2 таблица «Ситуация — мысль — эмоция — реакция» (СМЭР)

Практика оспаривания мыслей:

- обсуждение типичных ошибок мышления (черно-белое мышление, катастрофизация, чтение мыслей других, игнорирование позитива и т.д.).
- участники выбрали по одной-две наиболее ярких автоматических мысли из своих дневников и попробовали задать вопросы: «Какие есть доказательства за эту мысль?», «Какие доказательства против?», «Насколько реалистична эта мысль?», «Что бы я сказал другу в такой ситуации?», «Какая более сбалансированная мысль могла бы быть?». Обсудили в парах. Рефлексия и завершение: обсуждение сложности/легкости упражнения.

Далее выполнили телесное упражнение «Диафрагмальное дыхание» для расслабления:

- сядьте удобно, расслабьтесь;
- положите одну руку на живот, другую на грудь;
- медленно вдыхайте носом, ощущая, как живот поднимается, а грудь остается практически неподвижной;
- и медленно выдыхайте через рот полностью, расслабляя тело;
- сконцентрируйтесь на дыхании, позволяйте ему стать медленным и глубоким. Практикуйте 5-10 минут.

Затем, войдя в расслабленное состояние благодаря предыдущему упражнению, сделали медитацию «Лист на воде» для развития навыка наблюдения за мыслями без вовлечения и оценки:

- сядьте удобно, закройте глаза, сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, расслабляя тело;
- представьте, что смотрите на реку, по которой плывут листья. Каждый лист – это одна из мыслей, которая приходит в вашу голову. Позвольте мыслям появляться и исчезать, не цепляйтесь за них, наблюдайте, как они плывут, не боритесь и не оценивайте. Если почувствуете желание «поймать» или изменить мысль — мягко отпустите ее, возвращаясь к образу листа на воде. Оставайтесь в таком состоянии несколько минут, наблюдая за своим внутренним потоком. Сделайте несколько глубоких вдохов, потом медленно откройте глаза.

Рефлексия по встрече. Домашнее задание: дневник «Ситуация — мысли — эмоции — реакции» (СМЭР).

Домашнее задание: заполнять таблицу СМЭР в своем мотивирующем блокноте, пробовать оспаривать самые яркие мысли, практиковать дыхание животом в моменты тревоги.

Консультация № 3. Эмоциональная регуляция и самоотношение

Цель: развитие навыков управления эмоциями и формирование доброжелательного отношения к себе.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Обсуждение дневников СМЭР. Рефлексия.

Групповая дискуссия о том, почему мы обесцениваем себя и свои достижения («Это случайно», «Любой бы справился», «Это не так уж и сложно», «Это не настоящая заслуга» и т.д.). «Почему четверка, а не пятерка?» из детства. Перфекционизм. Сравнение с «идеальными» образами (в соцсетях, в представлениях о других). Влияние на самооценку и мотивацию.

Техника «Банк моих достижений». Участники в своих мотивирующих блокнотах (с обратной стороны, так как с передней стороны блокнота они ведут дневник СМЭР). Предлагается вспомнить и записать 20 своих достижений, которые они считают значимыми, за любой период жизни (академические, личные, профессиональные, бытовые). Записывать и отслеживать эмоции.

Далее по очереди каждая участница, выбирая из списка по 3 своих достижения, с ними работала поочередно вслух, сначала задавая вопросы к этому достижению:

- как бы я могла обесценить это достижение?
- какие есть доказательства, что это действительно моя заслуга?

После этих вопросов нужно было подумать и озвучить ответ на вопрос «Какую новую мысль я могу сформулировать вместо обесценивающей?», «Что хорошего дает мое достижение для меня и других людей?»

Затем мы подвели итоги, когда все участницы высказались. Далее была организована работа с применением колоды ресурсных метафорических ассоциативных карт «Мои сильные стороны и ресурсы» Анастасии Бариновой (рисунок 3).



Рисунок 3. – Колода МАК «Мои сильные стороны и ресурсы» (А. Бариновой)

Участницы вытянули по одной карте, символизирующей их сильные стороны или ресурсы, которые помогают им справляться с сомнениями. Все они поделились своими образами и ассоциациями. Мы плодотворно поработали, всем участникам понравилось, и они изъявили желание вытянуть еще по одной карте, затем – и третий раз. Следует отметить, что ранее с таким инструментом, как МАК, никто из них знаком не был.

Затем мы выполнили телесное упражнение «Мягкое растяжение и расслабление мышц».

После него участницы сделали медитацию «Самосострадание» Кристин Нефф (цель: развить доброжелательное и поддерживающее отношение к себе, снизить самокритику) под голос консультанта на фоне расслабляющей музыки со смартфона:

- сядьте удобно, закройте глаза, сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов;
- позвольте своему телу расслабиться;
- представьте, что вы говорите себе слова поддержки и заботы, как заботились бы о близком друге, который испытывает трудности.
- повторите про себя или вслух: «Пусть я буду добра к себе в этот момент. Я принимаю свои чувства и трудности. Все люди несовершенны, и это нормально. Я заслуживаю заботы и поддержки».

– почувствуйте, как эти слова наполняют вас теплом и комфортом. Несколько раз глубоко вдохните и выдохните. Когда будете готовы, мягко откроите глаза.

Рефлексия по медитации и всей встрече.

Домашнее задание: ежедневно в мотивирующем блокноте вести «Банк достижений».

Консультация № 4. Экзистенциальный взгляд на смысл и личную идентичность. Смысл и цели в медицине

Цель: помочь участникам осознать личные и профессиональные ценности, а также мотивационные ресурсы.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Обсуждение «Банков достижений». Рефлексия.

Групповая дискуссия. Виктор Франкл и логотерапия: поиск смысла как основная движущая сила. Об исследовании личного смысла выбора медицинской профессии и как этот смысл может противостоять синдрому самозванца. Формулировка личных целей, исходя из этого смысла. Почему студенты-медики часто теряют связь со своим первоначальным смыслом (стресс, рутина, давление, большой объем учебного материала, высококонкурентная среда). Фокус на том, что мотивирует студентов и что они хотят видеть в будущем. Осознание личных ценностей и принятие ответственности ведёт к внутренней устойчивости и мотивации. Работа с ценностями, смыслом, внутренними конфликтами: «Что для меня означает быть врачом на глубоком уровне?», «Почему я выбрала это?», «Какие ценности я хочу реализовывать через свою профессию?», «Какое свой уникальный вклад я могу внести?».

Акцент на том, что человек ищет смысл, и осознание личных ценностей и ответственности создаёт внутреннюю мотивацию. При синдроме самозванца ценности и смысл часто не в фокусе, что провоцирует внутренний конфликт и неуверенность.

Экзистенциальная техника «Колесо жизненных ценностей» — ранжирование, письменное осмысление, оценка важности сфер жизни и ценностей. Сфера: здоровье, образование, семья, карьера, досуг, саморазвитие, духовность и т.д. Оценить от 1 до 10 важность каждой для себя. Техника помогает выстроить связь между действиями и тем, что важно для человека. Рефлексия.

Краткий анализ «пути героя» (сказкотерапия). Мария Ангелимова (Кеваева) – терапевтическая сказка о пастушке, которому пришлось обойти полсвета в поисках своей звезды. «Путеводная звезда» (отрывки с вопросами для обсуждения). Обсуждение. Рефлексия по всей встрече.

Домашнее задание:

Эссе «Кто я сейчас и кем я хочу быть?» (исследуется конфликт между ожиданиями и реальностью, помогает осознать выбор и ответственность за жизнь).

Консультация № 5. Построение плана действий, повышение мотивации

Цель: повысить мотивацию через планирование и активацию, уменьшить избегание.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Обсуждение эссе (по желанию).

Телесно-ориентированное упражнение: акцентированное дыхание для активации (короткая серия глубоких вдохов и медленных выдохов).

Групповая дискуссия по постановке и достижению конкретных целей по системе SMART: S — конкретная (Specific), M — измеримая (Measurable), A — достижимая (Achievable), R — релевантная (Relevant), T — ограниченная во времени (Time-bound). Каждый участник прописывает в своем блокноте не менее 5 целей и разбивает их на мелкие подцели.

Метафорические карты «Мои сильные стороны и ресурсы» (А. Бариновой): создание метафоры пути к цели с опорой на выбранную карту.

Сказкотерапия: ролевая игра «Герои на Пути» с героями, преодолевающими препятствия на пути.

Цель: помочь участникам символически опознать и проработать внутренние препятствия (например, страхи, сомнения, синдром самозванца), развить внутренние ресурсы и веру в свои силы через работу с образами и ролевыми действиями.

Консультант объясняет задачу игры и создает атмосферу поддержки и безопасного выражения чувств, напоминает о правиле «Стоп».

Рассказывается короткая сказка об отважных героях, которые отправились в путешествие к важной цели. На пути им встречаются трудности и враги-сомнения, которых надо преодолеть.

Выбор ролей. Каждый участник выбирает роль:

- героя — символ положительных качеств (смелость, уверенность, настойчивость);
- препятствия или «врага» – внутренние страхи, критика, сомнения;
- тень самозванца – голоса сомнений и страха;
- помощники – символы ресурсов, например, сострадание, вера, настойчивость;
- наблюдатели – поддерживают, в конце дают обратную связь.

Далее каждый участник продумывает характеристику своей роли. Герои рассказывают друг другу, что их мотивирует, чего боятся. Тени продумывают, что и как будут «шептать» героям, чтобы затмить их уверенность. Помощники определяют свои способы поддержки.

Предлагаются ситуации, где герои сталкиваются с препятствиями. Участники разыгрывают эти сцены: герои борются или находят способы обойти препятствия, помощники поддерживают. Например: герои идут по тропе к городу Успеха. Вдруг появляется тень самозванца – злой дух, который шепчет им: «Вы недостойны, вы не справитесь!» Герои оказываются в замешательстве, теряют уверенность. Помощник сострадания предлагает героям написать на щите слова поддержки и поверить в свои силы. Герои

снова выступают против тени, используя новые силы и убеждения, и проходят дальше. Тени начинают шептать в уши сомнения: «Ты не достоин этого, тебя разоблачат», «Ты ошибёшься, все заметят твои слабости». Герои показывают сомнения, внутренние диалоги. Помощники стараются поддержать словом, например: «Помни, даже великие ошибаются, это не крах», «Ты не один, твоя сила в том, что тыдвигаешься вперёд». Тени усиливают давление (критикуют, насмехаются). Герои пробуют разные стратегии – некоторые уступают страху, другие сопротивляются. Помощники вместе с героями находят способы укрепить веру и уверенность: написание аффирмаций на воображаемом щите, совместная поддержка. Ведущий приглашает героев выразить чувства (тревогу, надежду, решимость).

Затем герои собирают внутренние силы и выступают против тени. Игроки, играющие тени, постепенно ослабевают и уменьшают давление. Помощники подчеркивают победу маленьких шагов, усиливают веру в себя. Герои достигают символического «города Успеха» – место поддержки, завершения этапа.

Рефлексия: в конце все обсуждают, что символизировали герои и препятствия, какие новые идеи или силы открылись, какие чувства возникли. Все участники садятся в круг. Консультант задает вопросы:

- Какие чувства вызвала игра?
- Что символизировали для вас герои, тени, помощники?
- Какие стратегии работы с сомнениями вы готовы применять в жизни?
- Что нового вы поняли о себе и своих ресурсах?

Наблюдатели делятся своими впечатлениями и положительными наблюдениями. Рефлексия по игре и по всей встрече.

Домашнее задание: начать реализацию первого этапа плана, вести дневник успехов, отмечать используемые ресурсы и возникающие трудности. Практиковать дыхательные техники для стабилизации.

Консультация № 6. Страх ошибки и внутренний критик

Цель: помочь участникам осознать природу страха ошибки, развить здоровое отношение к ошибкам как к естественной части личностного роста. Научиться договариваться с внутренним критиком.

Приветствие. Проверка домашнего задания. Анализ успешности реализации плана.

Групповая дискуссия по ошибкам как части человеческой жизни. Ошибка как источник обучения, а не как провал. Как избегание ответственности питает синдром самозванца.

Упражнение «Диалог с моей ошибкой». Участницам предлагается вспомнить недавнюю ошибку (или страх совершить ошибку), которая вызвала сильные негативные переживания, и написать письмо своей ошибке: «Дорогая ошибка, я чувствую к тебе...» (страх, стыд, злость). «Я боюсь, что из-за тебя произойдет...» (катастрофический сценарий). «Чему ты можешь научить меня?». «Как я могу использовать этот опыт?». По желанию участники читают фрагменты своих писем.

Техника «Рефрейминг ошибки». Обсуждение с группой: как можно иначе взглянуть на ошибки, совершаемые в процессе обучения? Участницы потренировались в том, чтобы прощать себя за свои ошибки.

Примеры рефрейминга:

- ошибка в тесте – возможность понять, что нужно повторить.
- неудачная попытка на практике – ценный опыт, как не надо делать.
- забыл что-то важное – сигнал о необходимости лучше систематизировать и фиксировать информацию.

Далее участники пробуют переформулировать одну из своих прошлых ошибок.

Групповая дискуссия «Мой внутренний критик». Кто такой внутренний критик? Часто – эхо родительских или других значимых фигур. Как он звучит? Типичные фразы: «Ты недостаточно хороший», «Ты ленивый», «Ты не справишься»).

Как он мешает нам? Снижает мотивацию, усиливает тревогу, провоцирует перфекционизм.

Участницы учатся дифференцировать критика от реальной обратной связи. Как выглядит этот критик? Каким голосом он говорит? Какие главные фразы он произносит? По желанию, делятся образами. Представляем, что голос поддержки говорит критику: «Спасибо за твою заботу, но сейчас мне нужна поддержка, а не критика».

Рефлексия по технике и по всей встрече.

Домашнее задание: когда возникает голос внутреннего критика, попробовать вспомнить образ голоса поддержки и сказать себе что-то доброе.

Консультация № 7. Формирование здорового самоотношения

Цель: способствовать развитию у студентов позитивного и реалистичного самоотношения, снижению самокритики и формированию самопринятия.

Приветствие. Проверка домашнего задания.

Телесно-ориентированная практика «Ресурсное тело» (цель: усиление ощущения поддержки и силы через телесные ощущения). Проведение: участницы с закрытыми глазами поэтапно фокусируются на части тела, где они ощущают опору, силу, тепло. Создаётся ощущение «тела-ресурса», к которому можно вернуться в трудную минуту. Консультант проговаривает: «Представьте источник силы внутрь себя, почувствуйте, как эта энергия наполняет вас...». Рефлексия.

Групповая дискуссия о заботливом внутреннем родителе.

Упражнение «Письмо себе с поддержкой» (письмо от заботливого внутреннего родителя).

Техника из статьи П. Клэнс [73] из гештальт-терапии. Участница вспоминает всех людей, которых, по ее мнению, она обманула и рассказывает им в фантазиях, как она их обманула, и вслух представляет, как

каждый человек отреагирует на нее. Упражнение предлагается выполнить желающим участникам, озвучив свою ситуацию.

Домашнее задание: продолжать вести «Банк моих достижений», фиксировать 3 достижения в день без самокритики. Создание списка удовольствий (дела, которые наполняют человека энергией). Объем списка неограничен и должен периодически пополняться.

Консультация № 8. План самоподдержки. Итоги и закрепление навыков

Цель: рефлексия, планирование дальнейшей самостоятельной работы и поддержка.

Приветствие. Проверка домашнего задания.

Техника «Сканирование тела»:

- сядьте удобно, закройте глаза;
- медленно и внимательно переводите внимание по телу: от макушки до ступней;
- отмечайте ощущения: напряжение, тепло, покалывание, тяжесть, без оценки;
- при нахождении напряжённой зоны пытайтесь мысленно расслабить эту область, отпуская напряжение с каждым выдохом.

Рефлексия в кругу «Что изменилось?».

Упражнение «Письмо себе через 6 месяцев» с описанием целей и поддерживающих факторов.

Что было самым важным/полезным за эти 8 встреч? Какие изменения произошли с каждым участником? (Можно в формате «до/после»). Что было самым сложным? Какие инсайты были получены?

Упражнение «Мой план действий против самозванца»

Предлагается прописать конкретные шаги, которые они будут предпринимать в будущем: Какие техники (КПТ, МАК, сказкотерапия, экзистенциальные) они будут использовать? Как они будут работать со

своими мыслями? Как они будут поддерживать себя? Как они будут отмечать свои успехи? К кому они смогут обратиться за поддержкой (друзья, преподаватели, психолог)? Акцент на реалистичности и выполнимости плана.

Ритуал завершения

Каждый участник делится одним словом или фразой, которое описывает его состояние сейчас.

Консультант подводит итоги цикла встреч.

Выражение благодарности всем участникам.

Рефлексия: Что понравилось? Что вызывало трудности? Чему способствовали проведенные встречи? Какие чувства Вы испытывали? Что нового узнали о себе, о группе? Как будете использовать эти знания? Чему научились? Как это пригодиться в будущем? Что было важным? Над чем вы задумались?

Заключительное слово консультанта. Резюмирование. Благодарность.
Озвучивание просьбы снова пройти опросники онлайн.

Домашнее задание: выполнение техник.

Приложение В

Таблица 4. – Результаты исследования по методикам «Шкала феномена самозванца», «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» и «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» у экспериментальной группы до формирующего эксперимента

№	Ф.И.	Курс	Успе ваемо сть	«Шкала феномена самозванца»		«Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите»		«Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху»	
				Баллы	Уровень выраженности	Балл ы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	П.М.	1	3,5	80	ярко выражены	16	средний	8	низкий
2	Ш.Д.	1	3,7	72	выражены	16	средний	15	средний
3	Т.С.	1	4,1	71	выражены	10	низкий	14	средний
4	К.А.	3	4,1	63	выражены	25	слишком высокий	9	низкий
5	М.Н.	1	3,8	63	выражены	10	низкий	23	слишком высокий
6	Т.Ю.	3	4,1	61	выражены	11	средний	7	низкий
7	Х.М.	1	4,3	40	отсутствуют	19	высокий	17	высокий

Таблица 5. – Результаты исследования по методикам «Шкала феномена самозванца», «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» и «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху» у экспериментальной группы после формирующего эксперимента

№	Ф.И.	Курс	Успе ваемо сть	«Шкала феномена самозванца»		«Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите»		«Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху»	
				Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности	Баллы	Уровень выраженности
1	П.М.	1	3,5	56	средний	9	низкий	13	средний
2	Ш.Д.	1	3,7	56	средний	17	высокий	16	средний
3	Т.С.	1	4,1	36	отсутствуют	10	низкий	17	умеренно высокий
4	К.А.	3	4,1	30	отсутствуют	15	средний	19	умеренно высокий
5	М.Н.	1	3,8	49	средний	7	низкий	13	средний
6	Т.Ю.	3	4,1	40	отсутствуют	20	высокий	20	умеренно высокий
7	Х.М.	1	4,3	39	отсутствуют	18	высокий	14	средний

Приложение В

Таблица 6. – Результаты исследования по методике «Тест-опросник самоотношения» у экспериментальной группы до формирующего эксперимента*

№	Ф.И.	Курс	Успеваемость	1.Шкала S (интегральная)	2.Шкала самоуважения (I)	3.Шкала аутосимпатии (II)	4.Шкала положительного отношения к другим (III)	5.Шкала самооценки (IV)	6.Шкала веренности (1)	7.Шкала самоожидания (2)	8.Шкала самопринятия (3)	9.Шкала самоподдержания (4)	10.Шкала самоведовательства (5)	11.Шкала самоинтереса (6)	12.Шкала самопонимания (7)
1	П.М.	1	3,5	5	4	4	3	1	4	4	3	38	82	1	21
2	Ш.Д.	1	3,7	88	91	58	91	100	48	100	90	80	43	100	69
3	Т.С.	1	4,1	80	16	47	40	92	65	51	17	38	61	80	43
4	К.А.	3	4,1	85	59	58	53	71	66	51	90	60	82	80	21
5	М.Н.	1	3,8	88	71	86	72	92	81	80	90	92	61	100	43
6	Т.Ю.	3	4,1	85	25	97	91	80	48	80	90	26	15	80	69
7	Х.М.	1	4,3	96	59	77	72	71	66	80	71	80	43	55	84

*Примечание: при значении показателя меньше 50 - признак не выражен; 50-74 - признак выражен; больше 74 - признак ярко выражен.

Таблица 7. – Результаты исследования по методике «Тест-опросник самоотношения» у экспериментальной группы после формирующего эксперимента*

№	Ф.И.	Курс	Успеваемость	1.Шкала S (интегральная)	2.Шкала самоуважения (I)	3.Шкала аутосимпатии (II)	4.Шкала положительного отношения к другим (III)	5.Шкала самооценки (IV)	6.Шкала веренности (1)	7.Шкала самоожидания (2)	8.Шкала самопринятия (3)	9.Шкала самоподдержания (4)	10.Шкала самоведовательства (5)	11.Шкала самоинтереса (6)	12.Шкала самопонимания (7)
1	П.М.	1	3,5	88	59	77	72	71	48	51	34	80	5	55	69
2	Ш.Д.	1	3,7	85	87	77	53	100	29	51	90	80	28	100	84
3	Т.С.	1	4,1	55	34	37	53	29	7	32	51	60	61	55	84
4	К.А.	3	4,1	98	100	100	72	100	100	80	100	80	15	100	84
5	М.Н.	1	3,8	97	91	100	72	92	92	80	100	80	15	100	94
6	Т.Ю.	3	4,1	98	100	98	72	92	100	80	100	80	28	100	94
7	Х.М.	1	4,3	97	91	100	72	100	92	80	100	92	15	100	94

*Примечание: при значении показателя меньше 50 - признак не выражен; 50-74 - признак выражен; больше 74 - признак ярко выражен.

Оценка достоверности сдвига в значениях исследуемого признака

С целью сравнения уровней проявления признаков синдрома самозванца до и после проведения экспериментально-опытной работы был использован парный непараметрический тест Вилкоксона (Wilcoxon signed-rank test). Выбор этого метода обусловлен малой численностью выборки — всего 7 участников, что делает невозможным надёжное применение параметрических тестов (например, t-теста для связанных выборок), требующих нормальности распределения данных.

Результаты представлены в виде эффекта и медиан, что более адекватно отражает центральную тенденцию и вариативность при небольших объемах данных. Критерий Уилкоксона позволил определить направленность изменений в показателях до и после прохождения курса, выявить статистически значимые сдвиги и оценить практическую значимость воздействия вмешательства.

Таким образом, примененный подход обеспечивает корректную оценку эффективности обучения даже при крайне ограниченной выборке и позволяет сделать обоснованные выводы о влиянии курса на психологические и академические показатели участников.

В таблицах приведены для каждой пары: номер, анкета или какая пара рассматривалась, наименование сравниваемых показателей, число пар (n), значение критерия Вилкоксона (W), p-value и оценка размера эффекта r. Также указывались медианы до/после. Значение р <0,05 считается статистически значимым. Из-за малого объема выборки (n=7) интерпретация p-value проводится с осторожностью; рекомендуется обращать внимание также на медианы и число участников с ростом/снижением показателя (поэтому медианы остались в таблицах).

Таблица 8. – Значение критерия Вилкоксона для методик «Шкала феномена самозванца», «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите» и «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху»

№	Методика	n	W	p-value	r _т (эффект)	Медиана до	Медиана после
1	«Шкала феномена самозванца»	7	0,00	0,02	0,90	63,00	40,00
2	«Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите»	7	6,50	0,40	0,34	16,00	15,00
3	«Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху»	7	8,00	0,38	0,39	14,00	16,00

Таблица 9. – Значение критерия Вилкоксона для шкал «Теста-опросника самоотношения, ОСО»

№	Пара	n	W	p-value	r _т (эффект)	Медиана до	Медиана после
1	Шкала S (интегральная)	7	8,0 0	0,38	0,38	85,00	97,00
2	Шкала самоуважения (I)	7	1,0 0	0,03	0,83	59,00	91,00
3	Шкала аутосимпатии (II)	7	2,0 0	0,05	0,77	58,00	98,00
4	Шкала ожидания положит.ого отнош.других (III)	7	6,5 0	0,79	0,12	72,00	72,00
5	Шкала самоинтереса (IV)	7	4,0 0	0,34	0,43	80,00	92,00
6	Шкала самоуверенности (1)	7	9,0 0	0,47	0,32	65,00	92,00
7	Шкала ожидания отношения других (2)	7	5,0 0	1,00	0,00	80,00	80,00
8	Шкала самопринятия (3)	7	0,0 0	0,03	0,92	90,00	100,00
9	Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4)	7	1,5 0	0,06	0,77	60,00	80,00
10	Шкала самообвинения (5)	7	1,0 0	0,05	0,81	61,00	15,00
11	Шкала самоинтереса (6)	7	3,0 0	0,22	0,55	80,00	100,00
12	Шкала самопонимания (7)	7	0,0 0	0,02	0,89	43,00	84,00

Интерпретация результатов

1. «Шкала феномена самозванца». Число участников n = 7. Статистика W = 0,00, p-value = 0,02. p <0,05 — статистически значимое различие. Эффект

большой ($r = 0,90$), Медиана до = 63,0; Медиана после = 40,0. Вывод: есть статистически значимое изменение между «до» и «после» для данной анкеты.

2. «Опросник для оценки мотивации к избеганию неудачи – к самозащите». Число участников $n = 7$. Статистика $W = 6,50$, $p\text{-value} = 0,40$. $p > 0,05$ — статистически значимых различий не обнаружено. Эффект умеренный ($r = 0,34$). Медиана до = 16,0; Медиана после = 15,0. Вывод: статистически значимого изменения между «до» и «после» не обнаружено.

3. «Опросник для оценки мотивации к достижению цели – к успеху». Число участников $n = 7$. Статистика $W = 8,0$, $p\text{-value} = 0,375$. $p > 0,05$ — статистически значимых различий не обнаружено. Эффект умеренный ($r = 0,386$). Медиана до = 14,0; Медиана «после» = 16,0. Вывод: статистически значимого изменения между «до» и «после» не обнаружено.

4. «Тест-опросник самоотношения, ОСО». Всего 12 пар результатов (12 шкал). Число статистически значимых пар при уровне значимости $p < 0,05$ — 5. Направление изменений: у 1 пар медиана снизилась (После < До), у 9 пар медиана возросла (После > До), у 2 пар медиана не изменилась. Средний модуль эффекта r по всем парам $\approx 0,57$

Значимые пары (перечислены ниже):

2. Шкала самоуважения (I): $p = 0,0312$, $r = 0,83$
3. Шкала аутосимпатии (II): $p = 0,0469$, $r = 0,77$
8. Шкала самопринятия (3): $p = 0,0260$, $r = 0,92$
10. Шкала самообвинения (5): $p = 0,0464$, $r = 0,81$
12. Шкала самопонимания (7): $p = 0,0156$, $r = 0,89$.

Вывод по «Тесу-опроснику самоотношения, ОСО»: наблюдается следующая общая картина изменений по методике: значимые изменения имеются в определенном числе шкал, направления изменений и величины эффектов показывают, какие именно аспекты изменились. Рекомендуется обратить внимание на значимые шкалы и проверить их клиническую интерпретацию. Также следует учитывать малую выборку ($n < 7$) —

статистическая мощность ограничена, поэтому в таблице оставлены медианы до и после.

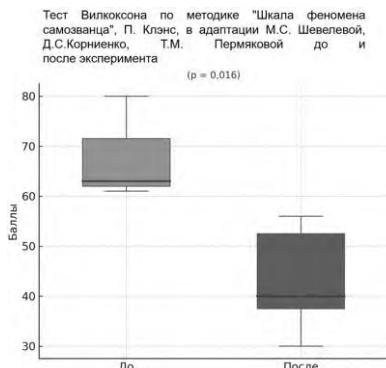


Рисунок 4. – Сравнение двух зависимых групп

Таким образом, выявлены достоверные различия между уровнями проявления признаков синдрома самозванца до и после проведения формирующего эксперимента (рисунок 4), что подтверждает нашу гипотезу и говорит об эффективности разработанной нами программы групповых консультаций.