

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ХII Всероссийская научно-практическая конференция с международным
участием
«ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД»
(С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)

Сборник материалов конференции
17-18 ноября 2022 г.

Курск–2022
©ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2022
ISBN 978-5-7487-2935-2

УДК 159.9:61(063)

ББК 88.7я43

П86

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход (с использованием дистанционных технологий). Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 17-18 ноября. 2022 г./ Под ред. Липатова В.А. – Курск: КГМУ, 2022. – 394 с. – Текстовое (символьное) электронное издание (5.89 МБ). – Курск, 2022. – 1 эл. опт. диск (CD/R).

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

ISBN 978-5-7487-2935-2

ББК 88.7я43

© ФГБОУ ВО КГМУ, 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ответственный редактор – Липатов В.А., проректор по научной работе и инновационному развитию, профессор кафедры общей хирургии и топографической анатомии, доктор медицинских наук, профессор

Члены редакционного совета:

Кузнецова А.А. – проректор по воспитательной работе, социальному развитию и связям с общественностью, и.о. зав. кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета, к.психол.н., доцент.

Молчанова Л.Н. – профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета, д.психол.н., доцент.

Недуреева Т.В. – зав. кафедрой физической культуры, доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета, к.психол.н., доцент.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ I	
<i>Бутева Л.В., Бугаева Н.В.</i> <u>СЕМЬЯ И ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В ВОЮЮЩЕМ ДОНБАССЕ</u>	11
<i>Гут Ю.Н., Егорова Е.С.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ - ПСИХОЛОГОВ И МАТЕМАТИКОВ</u>	15
<i>Колеватова А.С.</i> <u>СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ</u>	19
<i>Майдан В.А., Плужник М.С., Прохорова М.О.</i> <u>ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С ПОЛОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ У МУЖЧИН</u>	22
<i>Миракян К.Ф.</i> <u>НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ</u>	27
<i>Непочатых Е.П.</i> <u>УСЛУГА РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА</u>	34
<i>Николаевская А.О., Дралова А.Г.</i> <u>ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ</u>	39
<i>Pirogova N.G.</i> <u>THE ROLE OF TEACHER WELLBEING FOR PROFESSIONAL AND PERSONAL DEVELOPMENT</u>	43
<i>Пчелкина Е. П., Мелихова Д. Н.</i> <u>ПОНЯТИЕ ДИХОТОМИЧЕСКОГО (ГЛОБАЛЬНОГО) МЫШЛЕНИЯ КАК КОГНИТИВНОГО ИСКАЖЕНИЯ</u>	47
<i>Сорокоумова Е.А., Чердымова Е.И., Чердымова В.С.</i> <u>ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА</u>	52
<i>Сулейманов К.Б.</i> <u>КРАТКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА</u>	57
<i>Филяев М.А., Виноградова Е.Л., Гимазова Г.Р.</i> <u>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНОГО ПРОФИЛЯ</u>	61

<i>Щербатых Ю.В.</i> <u>МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРЕССА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ</u>	68
ЧАСТЬ II	
<i>Абрамова А. Е., Малеева М. В., Щукина Е. В.</i> <u>ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</u>	74
<i>Алетдинов М.В.</i> <u>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА РАДИАЦИОННО- ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ</u>	78
<i>Андреева А.В.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ АКТУАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ</u>	83
<i>Андреева Д.В.</i> <u>БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</u>	88
<i>Аринова М.Г.</i> <u>ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АЛИМЕНТАРНОЕ ПОВЕДЕНИЯ</u>	94
<i>Атуова М.Р.</i> <u>ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ</u>	99
<i>Беляев В.И., Гайдук Е.С.</i> <u>ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО Е СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА</u>	104
<i>Бойкова А.А.</i> <u>ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО СИНДРОМА ГИЙЕНЕ-БАРРЕ</u>	108
<i>Бондарева Е.Ю.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТАРНОСТЬЮ СЛУХА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ</u>	112

<i>Ветрова В.И.</i> <u>СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ. КАТЕГОРИАЛЬНО-ПОНЯТИЙНЫЙ АНАЛИЗ</u>	118
<i>Гарбаченя Т.А.</i> <u>АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИИ У ЛЮДЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID'19</u>	122
<i>Гончарова Е.Н.</i> <u>ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИОННОГО, РЕАБИЛИТАЦИОННОГО И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО РЕЛАКСАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ: БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ</u>	127
<i>Гринёва О.И.</i> <u>К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ</u>	133
<i>Громько О.Ю.</i> <u>ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА САМООЦЕНКУ ЛЮДЕЙ</u>	137
<i>Груздов А. Ю.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА</u>	141
<i>Девдариани С.Б.</i> <u>ЭФФЕКТ ОРЕОЛА КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ПАЦИЕНТА</u>	146
<i>Дяченко А.А.</i> <u>ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ЮНОШЕЙ</u>	152
<i>Еремина А.Н.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА</u>	158
<i>Ермачкова В.В., Николаева Л.П.</i> <u>СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</u>	161
<i>Жидкова Д.С.</i> <u>ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ</u>	165
<i>Захарова Е. С.</i> <u>СТРУКТУРНО – СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ</u>	169
<i>Золотарева Ю.Н.</i> <u>НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ</u>	172
<i>Зубова К.Ю.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ</u>	176

<u>Иванова М.С.</u> <u>ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ</u>	182
<u>Ивченко А.И.</u> <u>НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ А.Р. ЛУРИИ – АКТУАЛЬНАЯ КЛАССИКА НА ВСЕ ВРЕМЕНА (К 120-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО)</u>	188
<u>Касьянова К.В.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ «ВЫГОРАЮЩИХ» ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</u>	191
<u>Ковалева Ю.А.</u> <u>ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА ПОДРОСТКАМИ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ</u>	196
<u>Коробченко В.П., Литвин А.А.</u> <u>ВИНА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН СТУДЕНТОВ КГМУ</u>	199
<u>Кравченко А.С.</u> <u>ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ</u>	205
<u>Кравченко А.С.</u> <u>К ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)</u>	210
<u>Кузнецова Н.А.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ И ВИДОВ АГРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ (В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА)</u>	214
<u>Лешкевич А. А.</u> <u>ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОБУЧЕНИЯ</u>	222
<u>Лукьянова Т. С.</u> <u>ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ УСТАНОВОК ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ</u>	226
<u>Малеева М.В., Щукина Е.В., Абрамова А.Е.</u> <u>ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</u>	234

<i>Манахов Д.К., Нарышкина Е.Т.</i> <u>ФАКТОРЫ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У МОРЯКОВ</u>	237
<i>Маякова В.С.</i> <u>ЛЮБОВНЫЕ АДДИКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</u>	242
<i>Медведкова А.С.</i> <u>КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСТВОМ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ РЕБЕНКА</u>	246
<i>Меньшикова К.Ю.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ</u>	251
<i>Милаев А.В., Майдан В.А.</i> <u>КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА</u>	255
<i>Можжерова В.В., Шихматова Е.С., Шурыгина В.С.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В АСПЕКТЕ ПАТО- И НЕЙРОПСИХОЛОГИИ</u>	260
<i>Нагорная Д.А.</i> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ</u>	264
<i>Немцев А.В.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ</u>	269
<i>Нескородов М. Г.</i> <u>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАЛОГА В SF ФОРМАТЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ НАВЫКОВ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТА</u>	274
<i>Олифер Я.С.</i> <u>ВЛИЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО КГМУ</u>	277
<i>Папикян М.С.</i> <u>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ОЖИРЕНИЕ</u>	283
<i>Пахомов В.Н., Малхозова А.Б.</i> <u>ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ</u>	288
<i>Пионтковская Д.А.</i> <u>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ</u>	294

<i>Подвигина А.П., Федорова С.Ю.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА</u>	298
<i>Полтораки С.М., Шнитенков М.Д.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ УБОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</u>	302
<i>Рачок В.В.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ</u>	307
<i>Резяпова А. А.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР</u>	313
<i>Родина Е.И., Стрельникова Е.Н., Чалых Ю.Ю.</i> <u>АГРЕССИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР РИСКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ</u>	317
<i>Рошупкина А. В.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НОРМАЛЬНОМ И ОТКЛОНЯЮЩЕМся РАЗВИТИИ. БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ</u>	322
<i>Рябых А.М.</i> <u>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА КГМУ</u>	327
<i>Серебрянникова А.М.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ</u>	331
<i>Соболева И. Н.</i> <u>ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ КГМУ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ COVID-19</u>	336
<i>Сопромадзе Н.Ш.</i> <u>ВЛИЯНИЕ ЦВЕТОВОГО СПЕКТРА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР</u>	339
<i>Сняткова И.Г., Срывкова А.В.</i> <u>ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗРИТЕЛЬНО- ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА</u>	343

<u>Сыроватская Д.И.</u> <u>ЭМПАТИЯ КАК ПУТЬ КОМПЕНСАЦИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ</u>	348
<u>Стулова А.В.</u> <u>СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ</u>	353
<u>Турко Д.В.</u> <u>ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</u>	358
<u>Филончик Н. Е.</u> <u>ПРИЧИНЫ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАБОТУ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА</u>	364
<u>Хоменко К.М.</u> <u>АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ</u>	367
<u>Цурина Т.Г.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</u>	370
<u>Черникова С.И.</u> <u>СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ВОЛОНТЕРОВ, РЕАЛИЗУЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННУЮ ДОБРОВОЛЬЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</u>	374
<u>Чуйкова М. А., Невенченко С. М.</u> <u>СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ У ПОДРОСТКОВ СО СКЛОННОСТЬЮ К ДЕВИАНТНЫМ ФОРМАМ ПОВЕДЕНИЯ</u>	379
<u>Чурикова М.А.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА</u>	384
<u>Щетинина Я.С.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО - ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА</u>	387
<u>Щукина Е.В., Абрамова А.Е., Малеева М.В.</u> <u>ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ</u>	391

СЕМЬЯ И ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В ВОЮЮЩЕМ ДОНБАССЕ

Бутева Л.В., Бугашева Н.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
г.Донецк, ДНР, Россия*

Аннотация. Семья воплощает в себе нравственные ценности общества, т.к. порождена им и оказывает существенное влияние на него во всех его сферах, формируя здоровье общества. Неблагополучие в семье влечет за собой негативные социальные, демографические последствия, что влияет на его здоровье и членов его семьи. В работе представлена распространенность беременности среди подростков и доказательство влияния семьи: состава, благополучия, влияние родителей и воспитания на последствия их прерывания для дальнейшей судьбы репродуктивного здоровья этого контингента и здоровья рожденных ими детей

Ключевые слова: семья, дети, подростковая беременность, общество.

FAMILY AND TEENAGE PREGNANCY IN THE WARRING DONBASS

Buteva L.V., Bugasheva N.V.

Donetsk State Medical University. M. Gorky, Donetsk, DPR, Russian Federation

Abstract. The family embodies the moral values of society, because generated by it and has a significant impact on it in all its areas, shaping the health of society. Trouble in the family entails negative social, demographic consequences, which affects his health and his family members. The paper presents the prevalence of pregnancy among adolescents and evidence of the influence of the family: composition, well-being, the influence of parents and upbringing on the consequences of their interruption for the further fate of the reproductive health of this contingent and the health of children born to them.

Key words: family, children, teenage pregnancy, society.

Семья воплощает в себе нравственные ценности общества, т.к. порождена им и оказывает существенное влияние на него во всех его сферах, формируя здоровье общества. На протяжении жизни человек живет последовательно в трех семьях: родительской, собственной и в семье своих детей. Неблагополучие в любой из них, влечет за собой негативные социальные, демографические последствия, что влияет на его здоровье и членов его семьи. Существует 6 типов семей: по форме браков, по числу поколений в семье, по наличию супругов, по экономическому уровню супругов в семье, по количеству детей в семье, по главенству детей в семье, по главенству супругов в семье. Одной из

важных функций семьи является репродуктивная – это функция воспроизводства семьи, государства и жителей планеты[1]. Эта функция должна осуществляться планомерно с учетом здоровья супругов[2].

Наступление беременности сложный биологический процесс. Для его реализации необходимо бесперебойное и строго координированное взаимодействие всех уровней и систем, обеспечивающих репродуктивную функцию женщины[2,3]. Как следствие нарушений во взаимосвязи всех систем женского организма, является бесплодие, прежде всего вторичное. Чаще всего (до 45% случаев) основной причиной являются аборт, которые до настоящего времени являются основным методом регулирования рождаемости. Из их общего числа это искусственное прерывание беременности по «желанию женщины». При этом почти в 100% это касается абортов среди девочек подростков, т.к. беременность в этой ситуации чаще всего случайная, а значит не желательная. Значительную роль в этом играет семья, в которой девочка воспитывалась и воспринимала жизнь во всех ее проявлениях: полная – оба супруга; неполная – отсутствует один супруг; благополучная, неблагополучная. Восемь лет в Донбассе идут боевые действия, с февраля они активизировались. В каждой второй семье потеряли одного из главных его членов, а некоторые и обеих. Дети (подростки-девочки и мальчики) остались сиротами, воспитание их (особенно сексуальное) легло на плечи школы, участковой службы[4,5].

Поэтому цель нашего исследования не только поиска данных распространенности беременности среди подростков, а и доказательство влияния семьи: состава, благополучия, влияние родителей и воспитания на последствия их прерывания для дальнейшей судьбы репродуктивного здоровья этого контингента и здоровья рожденных ими детей.

Нами были опрошены 130 девочек-подростков из различных по составу, благополучию, воспитанию семей. Изучены их истории в гинекологическом стационаре г. Донецка. Применили метод расчета относительных величин с расчетом коэффициента достоверности, метод экспертной оценки. Сбор материала осуществлялся по предварительно разработанной программе, заключавшейся в выкопировке данных, ею предусмотренных, из соответствующей медицинской документации. При невозможности получения некоторых сведений путем выкопировки, мы применили интервьюирование матерей подростков и самих девочек-подростков.

Необходимо знать, подростковая среда, с одной стороны, является природной социокультурной средой для сверстников, с другой - это среда только общения «друг с другом» и доступ к которой взрослым ограничен их возрастом, социальным статусом, языком общения и т.д. Подростки, больше времени общаются «друг с другом», глубоко понимают потребности именно «своего окружения», свой субкультурный язык, наследуют поведения «друг друга», в том числе и сексуальное. Они просто «наследуют» особенности этого поведения. И как следствие низкой репродуктивной культуры подростковой возрастной группы – «сексуальное нездоровье». На этом этапе важное значение

имеет взаимоотношение в семье между ее членами, влияние родителей на девушку-подростка, особенно сексуальное доверие ее в семье.

Из общего числа подростков имевших сексуальные контакты неоднократно (72%), лишь 12% понимали, отрицательные последствия данного образа жизни, 9% осознавали недостаточный возраст для таких отношений и лишь 3% боялись забеременеть. 38% были из семей неблагополучных (один из родителей или оба употребляли спиртные и др. напитки), 26% из неполных семей (отсутствовал один из родителей, чаще отец), 15% имели свободное воспитание, позволявшее им совершать необдуманные поступки, 21% имели полную семью.

У 88% опрошенных подростков отсутствовали знания о симптомах заболеваний передающихся половым путем. Из них 25% из полной семьи, 19% со свободным воспитанием, 18% из неполной семьи, 38% из неблагополучной.

Связь между перинатальной патологией новорожденных и распространенностью гинекологических заболеваний их матерей (девочек-подростков), 70% случаев которых предшествовали аборты, определялась применением метода копи-пара (метод целенаправленного отбора и уравновешенных групп).

I-ю группу(600 новорожденных) составили дети повторно рождающих матерей возраста 22-27 лет без соматической патологии, но перенесших гинекологические заболевания, возникшие в возрасте 15-17 лет (73% девочки-подростки из неполных и неблагополучных семей);

II-я группа количественно таких же с аналогичными характеристиками родивших их матерей и болезни органов репродуктивной системы они перенесли в возрасте 19-20 лет (39%из неполных семей).

Функциональная незрелость, недоношенность, признаки хронической гипоксии имели место в 90% случаев I группы (девочки 85% из неблагополучных, неполных семей), тогда как во II-16% (из неполных семей).

При этом лишь 11% матерей девочек-подростков были осведомлены о состоянии менопаузы у своих дочерей (все они из неблагополучных семей, злоупотребляющие спиртными напитками).

70% девочек-подростков не знали элементов гигиены полового воспитания, не имели элементарных навыков в вопросах ухода за своими новорожденными детьми (91% неблагополучные семьи, 8% неполная семья). Целенаправленно вопрос гигиены полового воспитания, профилактики абортов в общеобразовательной школе обсуждается лишь с 8-го класса, следствием чего является неадекватность его восприятия.

Ни в семье, ни в школе, ни в участковой службе не уделяется должного внимания здоровому образу жизни: вопросам сексуального поведения.

В амбулаторных картах подростков, эпикризах, за редким исключением имеется информация о формировании, течении пубертатного периода. Некомпетентные в этих вопросах и семья.

Выводы. Важная функция семьи является репродуктивная. Сексуальная сторона жизни девочек-подростков, уровень грамотности и зрелости в этом

вопросе – это и ответственное отношение к своему здоровью, в частности, репродуктивному, «половой жизни» ее важнейшему элементу – «воздержание», принятие в этом вопросе осознанного решения.

Семья, школа, участковая служба должны уделять внимание здоровому образу жизни: вопросам сексуального поведения. Особенно это касается подростков из неполных, неблагополучных семей.

Литература

1. Агарков В.И. Особенности частоты возникновения гинекологических заболеваний среди девушек-подростков(15-17лет).//Эпидемиология и профилактика болезней женской репродуктивной системы в условиях крупного промышленного региона: монография/Агарков В.И., Костенко В.С. – Донецк: Донбасс, 2014.- с.175-180.
2. Ворник Б.М. Репродуктивное здоровье. - Руководство для врачей. -К.ИЦ «Семья». -Донецк. -1999,-128с.
3. Измеров Н.Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения // Медицина труда и промышленная экология. – 2000. - №1. –С.1-6.
4. Грачев Р., Удодов В. Проблемы и решения.- Здоровье и общество.- Украина.-Донецк,2007, с.122-126. (после... Передающиеся половым путем)
5. Федорова Э.Г. К методике изучения состояния здоровья детей, проживаю-щих в условиях промышленного города./В кн.: Вопросы гигиены, эпидемио- логии и здравоохранения.-М.-1969, с.14-17.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ - ПСИХОЛОГОВ И МАТЕМАТИКОВ

Гут Ю.Н.^{1,2}, Еголаева Е.С.¹

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия

²ФГБНУ «Психологический институт РАО», г. Москва, Россия

Аннотация. В данной статье проводится сравнительный анализ особенностей жизнестойкости у студентов психологических специальностей и студентов, профилем обучения которых является математика. В исследовании приняло участие 169 студентов. Предполагается, что уровень жизнестойкости у студентов, - математиков, выше, чем у студентов, обучающихся на факультете психологии. Поскольку феномен «жизнестойкость» является профессионально важным качеством психолога, подчеркивается необходимость формирования данного феномена в процессе обучения в вузе.

Ключевые слова: студенты, уровень жизнестойкости, жизнестойкость, контроль, принятие риска, вовлеченность.

FEATURES OF RESILIENCE OF PSYCHOLOGY AND MATHEMATICS STUDENTS

Gut Yu.N.^{1,2}, Negodaeva E.S.¹

¹FGAOU HE "Belgorod State National Research University", Belgorod, Russia

²FGBNU "Psychological Institute of RAO", Moscow, Russia

Abstract. This article examines the features of hardiness among students of psychological specialties and students whose teaching profile is mathematics. 169 students took part in the study. It is assumed that the level of hardiness of students, mathematicians, is higher than that of students studying at the Faculty of Psychology. Since the phenomenon of "hardiness" is a professionally important quality of a psychologist, the need for the formation of this phenomenon in the process of studying at a university is emphasized.

Key words: students, hardiness, the level of hardiness, control, challenge, commitment.

Современные условия жизни сопряжены с повышенным уровнем стресса и тревоги, снижением чувства безопасности и защищенности, что в свою очередь чревато повышением тревоги и психосоматическими заболеваниями. В связи с чем, возрастает спрос на услуги психологов. Оказание психологической помощи в условиях повышенного стресса и тревоги по формированию позитивного отношения к жизни, уверенности в способности решить

собственные проблемы, брать ответственность за свое психологическое благополучие на себя предполагает от психологов не только высокий уровень стрессоустойчивости, но и высокие показатели такой личностной характеристики как жизнестойкость. Эта личностная черта, по мнению ряда ученых, позволяет «справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста» [7, с.109].

Тема жизнестойкости психологов достаточно актуальна в наше время, так как популяризация психологии и психотерапии приводит к тому, что все большее количество людей выбирает психологию в качестве своей будущей профессии. В связи с чем, студенты-психологи для личностного роста и эффективного решения профессиональных задач должны отличаться достаточным адаптационным потенциалом, включающим высокий уровень жизнестойкости.

Понятие «жизнестойкость» широко используется в организационной психологии, психологии стресса и других. Особое место он занимает в экзистенциальной психологии как диспозиция, помогающая «снижать и легче переносить онтологическую тревогу, связанную с выбором будущего» [6, с. 89]. Также существуют исследования жизнестойкости в профессиональной сфере (спортсменов, медиков, военных). С. Мадди определяет жизнестойкость, как «систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, которые позволяют ему оставаться активным и препятствуют негативным последствиям стресса, причём они являются более важным предиктором совладания, чем оптимизм и религиозность» [6, с. 9].

Как правило, говоря о жизнестойкости личности, упоминается три ее компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска. Общий уровень жизнестойкости личности рассчитывается как сумма этих трех показателей [5]. Согласно Н.О. Леоненко, именно юношеский возраст является наиболее сенситивным для исследования условий развития собственной жизнестойкости [1]. Период студенчества, который в большинстве случаев совпадает с юношеством, непосредственно связан с процессами самоопределения, личностного роста и первыми шагами в профессиональной деятельности. Именно от успешности становления этих процессов в юношестве зависит их дальнейшее качество. Ученые предполагают, что жизнестойкость студентов также может зависеть от их профессиональной направленности, так как именно учебно-профессиональная деятельность является ведущей в юношеском возрасте, а усвоение ведущего вида деятельности также влияет на последующее существование человека и на уровень его жизнестойкости.

В качестве проблемы нашего исследования нами был выделен следующий вопрос: различается ли уровень жизнестойкости у студентов-психологов и студентов-математиков?

Целью нашего исследования является сравнительный анализ уровня жизнестойкости и его компонентов у студентов-психологов и математиков.

База исследования: Белгородский Государственный национальный исследовательский Университет. В исследовании приняло участие 169

студентов первого курса. Из них 82 студента (12 юношей и 70 девушек) – обучающиеся факультета психологии в возрасте от 17 до 20 лет, 87 студентов (29 юношей и 58 девушек) – обучающиеся факультета математики и естественнонаучного образования в возрасте от 17 до 21 лет.

Для определения уровня жизнестойкости мы использовали тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [3].

В таблице 1 указаны средние значения по шкалам вовлеченность, контроль и принятие риска у студентов-психологов и студентов-математиков.

Табл. 1. Сравнительный анализ компонентов жизнестойкости у студентов-психологов и студентов-математиков

Параметр	Студенты-психологи	Студенты-математики	U	p
Вовлеченность	21,29	24,02	0,012	$p \leq 0,05$
Контроль	19,45	23,47	0,001	$p \leq 0,05$
Принятие риска	17,35	17,55	0,850	$p \geq 0,05$
Общий уровень	58	65	0,023	$p \leq 0,05$

Для проверки гипотезы мы проверили, существуют ли статистически значимые различия между группами студентов разных направлений, используя U-критерий Манна-Уитни. По данным таблицы видно, что показатели вовлеченности и контроля выше у студентов математических направлений на уровне значимости ($p \leq 0,05$). Это говорит о том, что студенты-математики более удовлетворены своей деятельностью, чувствуют свою значимость и ценность, в отличие от психологов.

Общий средний уровень жизнестойкости у студентов, обучающихся по программам психологических направлений – 58 баллов, в то время как средний балл у студентов, которые обучаются по математическим направлениям, равен 65 ($p \leq 0,05$). Что свидетельствует о достоверных различиях в показателях уровня жизнестойкости у студентов разных направлений подготовки.

Таким образом, в ходе нашего исследования была подтверждено предположение о том, что у студентов-психологов и студентов-математиков уровень жизнестойкости и его показателей отличаются.

Общий уровень жизнестойкости у студентов психологов ниже, чем у студентов-математиков, что характеризует их как менее способных справляться со стрессами и воспринимать их менее значимыми. Личность людей, выбравших профессии, связанные с точными науками, как правило, ассоциируются со стабильностью, сдержанностью высоким уровнем концентрации внимания и сосредоточенности.

Примечательно, что у психологов выявлен более низкий уровень контроля и вовлеченности, что свидетельствует о том, что студенты-психологи менее участливы в ходе своей жизнедеятельности и реже, чем студенты-математики, стараются повлиять на ход жизненных событий. Низкий уровень вовлеченности в последующем может привести к ощущению собственной

незначительности, неудовлетворенности своей профессиональной деятельностью и, как следствие, быстрому профессиональному выгоранию.

По шкале принятия риска не было выявлено статистически значимых различий между группами, то есть студенты обоих факультетов в равной степени принимают и осознают существование рисков, не считают их угрожающими, видят в них возможность получить ценный жизненный опыт.

Таким образом, гипотеза нашего исследования подтверждается, однако тема особенностей личности студентов психологического факультета является по-прежнему актуальной и требует дальнейшего изучения и увеличения экспериментальной выборки.

Полученные данные дополняют имеющиеся представления о феномене жизнестойкости у студентов и могут быть полезны при построении психологическими службами вуза программ социально-психологического сопровождения студентов-психологов первого курса в связи со специфическими особенностями проявлениями их адаптационного потенциала, включающего жизнестойкость и его компоненты.

Литература

1. Леоненко Н.О., Ахметова Н.А. Этнические особенности жизнестойкости российской и китайской студенческой молодёжи//XI Международная дистанционная научно-практическая конференция «Современные проблемы гуманитарных и естественных наук» 26-27 июня 2012 г / Сб-к научных трудов. - Москва, 2012.
2. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е изд., испр. М., 2003.
3. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М., 2006.
4. Логинова М.В. Психологическое содержание жизнестойкости личности студентов.: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2010.
5. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ. СПб., 2002.
6. Мадди С. Смыслообразование в процессе принятия решений // Психол. журн. 2005. Т. 26, №6. С. 87–101.
7. Петросянц В.Р. Особенности жизнестойкости студентов-психологов в зависимости от курса обучения // Психологическая наука и образование. 2017. Т. 22. № 6 . С. 109-117 . doi: 10 .17759/pse .2017220610

**СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Колеватова А.С.

ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», город Курск, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена рассмотрению социально – психологических аспектов реабилитации лиц, имеющих алкогольную зависимость.

Ключевые слова: *алкоголизм, реабилитация, социальные аспекты, психологические аспекты.*

**SOCIO – PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION OF
PEOPLE WITH ALCOHOL DEPENDENCE**

Kolevatova A.S.

Kursk Clinical Psychiatric Hospital named after the Holy Great Martyr and Healer Panteleimon, Kursk, Russian Federation

Abstract. This article is devoted to the consideration of socio – psychological aspects of rehabilitation of persons with alcohol dependence.

Keywords: *alcoholism, rehabilitation, social aspects, psychological aspects.*

В основе формирования алкогольной или наркотической зависимости лежит не наркотик, а непосредственно личность человека.

В настоящее время система профилактики алкогольной зависимости и социально-психологической реабилитации активно развиваются, открываются новые центры, разрабатываются подходы и методы реабилитации больных. Рассмотреть данный вопрос именно с социально – психологической точки зрения определена тем, что традиционно тема алкогольной зависимости относится большей частью к медицине и патопсихологии и разрабатывается, в основном, с позиции исследования динамики развития болезни и изменения личности, а также факторов, которые обуславливают данные процессы.

Согласно Всемирной организации здравоохранения, реабилитация представляет собой систему мероприятий, которые направлены на достижение и приспособление к новым жизненным условиям лиц, имеющих нарушения функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов.

При алкогольной зависимости происходит разрушение Я-концепции личности, перестройка ролевого поведения, нарушение межличностных связей, изменение системы ценностей.

Выделяют такие виды реабилитации, как медицинская, физическая, психологическая, социальная, трудовая.

В настоящее время реабилитационный процесс состоит из 3 составляющих: медицинская часть, психологическая работа и социальная составляющая. Основой всего процесса лечения является социально-психологическая составляющая, поскольку для достижения наилучшего результата больные участвуют в реабилитационных программах, где специалисты используют методы психотерапии, как групповой, так и индивидуальной. Основой реабилитации прежде всего будет выступать предупреждение рецидивов.

Социально-психологическая реабилитация представляет собой система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, ориентированных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса человека.

Социально-психологическая реабилитация имеет своей целью оказание помощи в восстановлении социальных связей и социально-психологического статуса, улучшение психологического состояния и повышение социально-психологического благополучия.

Таким образом, реабилитация алкогольной зависимости представляет собой довольно длительный процесс, который требует не только профессионализма психолога, но и желания больного. Работа в процессе реабилитации требует комплексного социально-психологического подхода. Социально – психологические аспекты реабилитации: партнерство между психологом и больным, единство социальных, психологических методов, ступенчатость при реализации мероприятий, изменение системы взаимоотношений. Понимание социально-психологических аспектов алкоголизма необходимо не только для теоретического понимания возникновения зависимости, но и для практической реализации программы реабилитации.

Учет индивидуальных особенностей пациентов с алкогольной зависимостью позволяет найти нужный подхода к оказанию психосоциальной помощи в реабилитационном процессе.

Литература

1. Быковская Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебнодиагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д :Феникс, 2015. – 430 с.
2. Гладков И.А., Гладкова О.А. Особенности психотерапии женщин с алкогольной зависимостью на этапе амбулаторной реабилитации // Омский психиатрический журнал. 2020. №2 (25). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihoterapii-zhenschin-s-alkogolnoy-zavisimostyu-na-etape-ambulatornoy-reabilitatsii> (дата обращения: 30.10.2022).

3. Зобин М.Л. Проблемное употребление алкоголя как предмет терапевтического вмешательства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013;113(6-2):14-19.
4. Кулуева, Ю. А. Социально-психологическая реабилитация лиц с алкогольной зависимостью / Ю. А. Кулуева, И. Д. Белалова // Наука и современное общество: актуальные вопросы, достижения и инновации: Сборник статей III Международной научно-практической конференции. В 2-х частях, Пенза, 23 мая 2020 года. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 204-206. – EDN PAECIA.
5. Морозова Т. А. Особенности медико-социальной работы с лицами, употребляющими алкоголь и наркотики, в Казахстане / Т. А. Морозова // Медико-социальные и психологические аспекты безопасности промышленных агломераций: материалы Международной научно-практической конференции (Екатеринбург, 16–17 февраля 2016 г.). — Екатеринбург: УрФУ, 2016. — С. 48-55.
6. Семакова Е.В., Журавлева М.А. Социально-психологическая реабилитация зависимых с учетом личностных характеристик // Теологический вестник Смоленской Православной Духовной Семинарии. 2017. №3-2 (3). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskaya-reabilitatsiya-zavisimyh-s-uchetom-lichnostnyh-harakteristik> (дата обращения: 30.10.2022).

**ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С
ПОЛОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ У МУЖЧИН**

Майдан В.А., Плужник М.С., Прохорова М.О.

*ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова»
Министерства обороны РФ, г. Санкт-Петербург, Россия*

Аннотация. Исследование посвящено обоснованию и разработке мер (схемы, программы) профилактики психогенных расстройств, связанных с половыми дисфункциями у мужчин на основе оценки факторы риска. В исследовании рассмотрено понятие эректильной дисфункции, проведен анализ причин психологического и социального характера возникновения данного заболевания. Проведен анализ результатов научных исследований. Показано, что наряду с функциональными и физиологическими изменениями, приводящих к половой дисфункции, ведущими факторами риска этих нарушений является влияние психологических и социальных факторов. Рекомендовано на основе предлагаемой программы психопрофилактики усовершенствовать систему гигиенического и полового воспитания подростков, активизировать пропаганду здорового образа жизни. Значительное место в схеме психопрофилактики отводится гигиеническому обучению, включающему сексуальное образование с учётом соблюдения принципов этики – объективность, доказательность и уважительность по отношению к различным представителям мужского пола.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, психосексуальная ориентация, половая психогигиена, импотенция.

**RISK FACTORS FOR PSYCHOGENIC DISORDERS ASSOCIATED WITH
SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN**

Maidan V.A., Pluzhnik M.S., Prokhorova M.O.

*Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense of the Russian
Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

Abstract. The study is devoted to the substantiation and development of measures (schemes, programs) for the prevention of psychogenic disorders associated with sexual dysfunction in men based on the assessment of risk factors. The study examines the concept of erectile dysfunction, analyzes the causes of the psychological and social nature of the occurrence of this disease. The analysis of the results of scientific research is carried out. It is shown that along with functional and physiological changes leading to sexual dysfunction, the leading risk factors for these disorders are the influence of psychological and social factors. It is recommended to improve the system of hygienic and sexual education of adolescents on the basis of

the proposed program of psychoprophylaxis, to intensify the promotion of a healthy lifestyle. A significant place in the scheme of psychoprophylaxis is given to hygienic training, including sexual education, taking into account the principles of ethics – objectivity, evidence and respect for various male representatives.

Key words: *erectile dysfunction, psychosexual orientation, sexual psychohygiene, impotence.*

Введение. В настоящее время в клинической и научно-исследовательской области необходим интегрированный подход к проблеме эректильной дисфункции, междисциплинарный подход к диагностике и лечению расстройств эрекции, основанный на тесном взаимодействии врачей разных специальностей.

Эректильная дисфункция (ЭД) – распространённое заболевание в современном мире. По данным ВОЗ на 2021 год данной патологией страдают 90 млн. мужского населения планеты и с каждым годом количество зарегистрированных случаев увеличивается. В основе возникновения этого заболевания лежат многие факторы: экологическая обстановка, социальные факторы, и психические расстройства.

Несмотря на то обстоятельство, что эректильная дисфункция не несет прямой угрозы жизни, ее наличие для мужчин является сильнейшим психотравмирующим фактором, поэтому в современных условиях является необходима разработка новых медико-биологических, социальных и клинико-психологических аспектов лечения, профилактики, реабилитации и психогигиены с целью снижения заболеваемости ЭД.

Цель исследования. Разработать меры профилактики психогенных расстройств у мужчин с нарушениями половой функции на основе исследования её факторов риска.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проведены систематизация и анализ данных зарубежной и отечественной литературы по проблеме эректильной дисфункции у мужчин. На основе анализа психогенных и социальных факторов, оказывающих негативное влияние на эректильную дисфункцию, разработаны рекомендации по профилактике исследуемого заболевания. Методы – исторический, сравнительный и системный анализы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ отечественной (Охоботов Д.А., Петросян А.Г., Ягубов М.И.) и зарубежной (Mac R., Vignera S.) литературы подтвердил гипотезу влияния различных негативных психологических и социальных факторов на эректильную дисфункцию мужчин.

Эректильную дисфункцию часто отождествляют с импотенцией, хотя это не совсем корректно. Импотенция – это неспособность достигнуть или сохранить эрекцию, достаточную для проведения успешного полового акта. Эректильная же дисфункция дополнительно затрагивает личностные особенности мужчины.

Эректильная дисфункция – это полиэтиологический психосоматический синдром, который может возникнуть у мужчины в любом возрасте и проявляется типичным клиническим симптомом – снижением качества адекватных эрекций [4, с. 276].

Патофизиология эректильной дисфункции была впервые описана еще до нашей эры Гиппократом, который определил ее как движение воздуха и жизненного духа в половом члене. В начале прошлого тысячелетия существовал миф об определенном запасе спермы, именуемый как «ведро на всю жизнь». Однако подобная терминология использовалась людьми, не имеющими полноценного представления о физиологии мужской половой системы, сексуально не грамотными, слепо верящими в мифы.

С развитием научных знаний, как в отечественной, так и в зарубежной медицине по проблеме эректильной дисфункции отмечаются различные факторы влияния на данную патологию и на основе этих различий предлагаются возможные варианты тактики лечения.

Эректильная дисфункция носит мультифакторный характер, и может быть объяснена значительным количеством причин.

В большинстве случаев это заболевание психогенной природы, что выражается в нарушениях психосексуального развития, формирующегося в несколько этапов: половое сознание, полоролевое поведение и психосексуальной ориентации [3, с. 45].

Механистический взгляд (понимание половых органов как «детали машины») на сексуальность, имеющий большую популярность в современном обществе, может вызвать у мужчин, страдающих эректильной дисфункцией шок, депрессивное состояние, а обращение за сексологической помощью рассматривается как катастрофа.

В настоящее время существует негативная тенденция стирания границ полового воспитания, формирующего половое сознание, что приводит к нарушениям полоролевого поведения ребенка, отклонениям психосексуальных ориентаций и половой аутоидентификации (полового самосознания) [2, с. 131]. Влияние семьи, принимающей участия в формировании личности мальчика, может оказаться негативным, что может привести к нарушению оценки собственной сексуальности в пубертатном периоде. Также негативную роль в деформации психосексуальной ориентации играют СМИ, в которых ведется активная пропаганда отрицания семейных ценностей и публичное одобрение нетрадиционных отношений.

Психосоциальная ориентация, определяемая как направленность полового влечения, определяющая выбор сексуального партнера. Девиации половой идентичности, проявляющиеся в гомосексуальном поведении, оказывают отрицательное влияние на влечение к противоположному полу

Негативные социальные факторы, находясь в тесной взаимосвязи с психогенными, также оказывают существенное влияние на возникновение и развитии эректильной дисфункции.

Социальная среда обитания современного мужчины связана с постоянной переоценкой собственной сексуальности и возможностей; вследствие этого происходит некий уход от реальности, что может приводить к развитию пагубных последствий, приводящих к перенапряжению адаптивных механизмов, деформации гендерных ролей, приводящих к развитию такие ориентаций человека, как бисексуальность и бигендерность.

Vignera S. в качестве основной причины развития эректильной дисфункции указывает низкую физическую активность мужчин [5, с. 154]. Однако данная позиция представляется не совсем верной, так как не учитывает дополнительные факторы, способствующие развитию заболевания. Наиболее полный перечень причин развития эректильной дисфункции приводит Мак R. В проведенном им экспериментальном исследовании распространения эректильной дисфункции среди мужского населения Бельгии, он акцентирует внимание на том, что основными причинами данного заболевания являются стресс, отсутствие физической активности, алкоголизм, проблемы в семейных отношениях, хронические недосыпания [4, с. 132].

Однако следует дополнить и такой немаловажный фактор, как невозможность обретения достаточного заработка. В современных российских экономических условиях наблюдается существенное повышение уровня безработицы ввиду эпидемиологической и политической обстановки в стране. Все эти факторы способствуют развитию стресса, который подавляет иммунную систему, и приводят к истощению физиологических ресурсов.

Социальное устройство современного общества провоцирует не только проблему массовых разводов, но сексуальной дисгармонии между супругами, что также является одной из причин эректильной дисфункции.

Заключение. Таким образом, как следствие функциональных и физиологических изменений возникают морфологические нарушения в половой сфере мужчин.

С целью нивелирования отрицательных последствий влияния психологических и социальных факторов на развитие эректильной дисфункции считаем необходимым усовершенствовать систему гигиенического и полового воспитания подростков, активизировать пропаганду здорового образа жизни. Нами разработаны меры (схемы, программы) профилактики психогенных расстройств, связанных с половыми дисфункциями у мужчин на основе оценки факторы риска.

Кроме того, полагаем, что сексуальное образование должно объективным, доказательным и уважительным по отношению к различным представителям мужского пола.

Необходимо восстанавливать культурно-цивилизированные основы национального бытия с целью формирования таких понятий как «любовь» и «сексуальность».

Литература

1. Охоботов Д.А. Психологические аспекты эректильной дисфункции // Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты. – 2017. – С. 276–284.
2. Петросян А.Г., Лесите Э.Ю. Влияние средств массовой информации на формирование полоролевого поведения современных подростков // Образование и социализация человека в современных условиях. – 2013. – С. 131–136.
3. Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. Проблемы классификации половых расстройств (расстройств половой идентификации, сексуальных предпочтений и половых дисфункций) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 3. – С. 45–48.
4. Mak R., de Backer G., Kornitze rM. et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium // Eur. Urol. — 2002. — Vol. 41. — P. 132–138.
5. Vignera S., Condorelli R., Vicari E. et al. Physical Activity and Erectile Dysfunction in Middle-Aged Men // J. Androl. — 2012. — Vol. 33. — P. 154–161.

**НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

Миракян К.Ф.

*Россия, Курск, ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»
E-mail: telfi@yandex.ru*

**Научный руководитель: к. психол.н., доцент кафедры
специальной психологии и коррекционной педагогики Миракян К.Ф.**

Аннотация. Статья посвящена теоретическому анализу проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Отмечено, что наиболее частым сопутствующим расстройством при СДВГ является нарушение в речевом развитии, что предполагает, помимо основного комплекса признаков, таких как повышенная двигательная активность, нарушение внимания и импульсивность, дезадаптацию в социуме, а также ограничение коммуникативных, смысловозначительных навыков ребенка.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, речь, дислексия, дисграфия, высшие психические функции.

**SPEECH DISORDERS IN CHILDREN WITH MANIFESTATIONS OF
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Vetrova V.I.

Kursk State University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: candidate of Psychology, Associate Professor of the
Department of Special Psychology and Correctional Pedagogy, K.F. Mirakyan**

Abstract. The article is devoted to the theoretical analysis of the problem of attention deficit hyperactivity disorder in children. It is noted that the most common concomitant disorder in ADHD is a violation in speech development, which implies, in addition to the main set of signs, such as increased motor activity, impaired attention and impulsivity, maladaptation in society, as well as limitation of the child's communicative, semantic skills.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, speech, dyslexia, dysgraphia, higher mental functions.

Введение. Современная специальная психология базируется на одном из центральных в категориальном аппарате понятии «высшие психические функции», которое было введено Л.С. Выготским. Наиболее подробно раскрыть структуру феномена нарушенного развития, полностью

охарактеризовать форму дизонтогенеза возможно при использовании данного понятия, поскольку оно выступает ключевым. Переход высших психических функций на более высокий уровень осуществляет речь. Нарушения речи приводят к тому, что формирование ВПФ перестает отвечать требованиям осознанности и произвольности. Чаще, чем в общей детской популяции, наблюдаются речевые нарушения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Актуальный словарный запас, умение строить развернутое высказывание при СДВГ ниже, чем в норме. Также выявляются трудности ориентации в различных областях социального поведения, отсутствие социальной зрелости суждений, низкая способность к применению социальных правил. То есть, дети с СДВГ проявляют низкую вариативность поведения в целом.

Материалы и методы исследования. Статья представляет собой теоретический анализ литературы по проблеме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, а так же соотношению данного неврологически-поведенческого расстройства с проявлениями нарушенного речевого развития.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с МКБ-10 понятие «гиперкинетические расстройства» (F90) определяется как группа расстройств, характеризующихся ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач; тем, что эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени. Гиперкинетические расстройства относятся к классификационному разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

Наиболее типичные проявления СДВГ представлены на схеме 1. Среди них также выделяются отвлекаемость, трудности с концентрацией внимания, чрезмерная активность или двигательная расторможенность в сочетании с плохим контролем импульсивности.

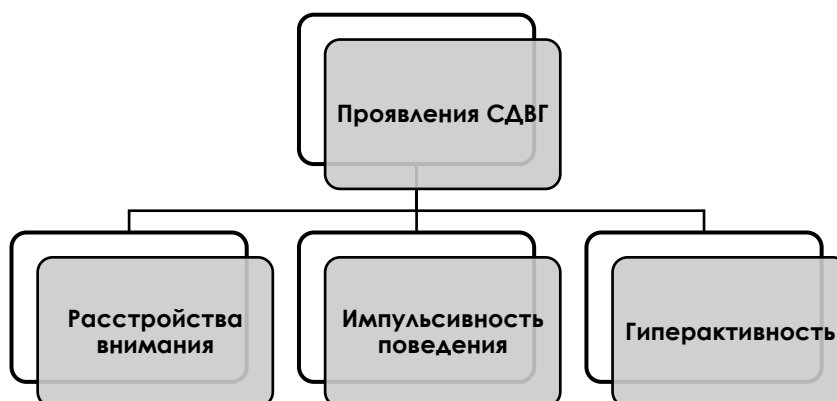


Схема 1. Проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Кроме того, фундаментальной особенностью детей с проявлениями дефицита внимания и гиперактивности является цикличность умственной деятельности, которая представлена на схеме 2.



Схема 2. Цикличность умственной деятельности у детей с СДВГ

Эти особенности умственной деятельности в сочетании с нарушениями координации рук, расстройствами восприятия, речевого развития способствуют возникновению у детей с СДВГ трудностей в освоении счета, чтения, письма, снижению интереса к интеллектуальным занятиям, что, при этом, не связано с дефектом интеллекта. Иными словами, потенциал интеллектуальной деятельности гиперактивного ребенка оказывается неоправданным, несоответствующим его реальным возможностям [1].

Необходимо отметить, что речевая продукция представляет собой материал для анализа по количественному составу словаря и объему вербальной памяти, уровню сформированности системных связей в лексиконе и словообразовательных процессов, концентрации и распределению внимания, словесно-логическому мышлению и словоизменительных навыков, т.е. по целому ряду определенных параметров. Кроме того, при обследовании необходимо различать виды речевой деятельности: продуктивные (говорение) и репродуктивные (аудирование, восприятие).

Нарушения речи у детей с проявлениями СДВГ представлены недостаточностью моторной функции артикуляционного аппарата, брадилалией, тахилалией, нарушением голоса и речевого дыхания, нарушением звукопроизносительной стороны речи, ее фонации, ограниченностью словаря и синтаксиса, недостаточностью семантики, заиканием [6,7].

Варнке А. (2001) отмечает, что очень часто у детей с СДВГ встречаются нарушения обучаемости. Нарушения внимания, проявления гиперактивности, импульсивности приводят к тому, что ребенок с интеллектуальной нормой имеет нарушения навыков чтения и письма, плохо справляется со школьными заданиями, допуская ошибки в выполняемой работе, не склонен прислушиваться к советам взрослых. Н.Н. Заваденко отмечает, что многие дети

с диагнозом СДВГ имеют нарушения в развитии речи и трудности в формировании навыков чтения и письма, счёта, 66% с диагнозом СДВГ – обнаруживали признаки дислексии и дисграфии [4,5].

Обратимся к основным понятиям.

Дислексия

- Это частичное специфическое нарушение или расстройство процесса чтения, характеризующееся трудностями при обучении чтению и проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера.

Дисграфия

- Представляет собой общее название расстройств письма, нарушение становления процессов письма и одна из форм недоразвития письменной речи, также проявляющаяся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Важно отметить, что текущие нарушения представлены 6-8 летним возрастом .

Данные расстройства имеют тесную связь с биологическим созреванием головного мозга, обуславливаются несформированностью функций, участвующих в процессе овладения чтением и письмом [8]. Характерной особенностью нарушений письменной речи является постоянное течение без ремиссий и рецидивов. Данный факт свидетельствует о том, что приобретенный навык чтения и письма не утрачивается, наблюдается лишь наличие дефицита в обучении этим навыкам.

Этиология речевых нарушений гиперактивного ребенка с дефицитом внимания отягощается симптомами, совокупность которых определяет данный синдром, что может обусловить риски нарушения умственного развития. Набор данных симптомов представлен на схеме 3.

РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

неумеренность речи, снижение плавности, речь менее логичная, менее связанная и организованная; задержка развития внутренней речи; снижение способности к грамматически правильному речевому поведению

НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ СЛУХА

ошибки при аудиологическом тестировании вызваны импульсивным или несосредоточенным поведением

СНИЖЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ

видимая неспособность держаться на уровне сверстников, может также возникать в результате слабых исполнительных навыков, что частично влияет на уровень IQ. Наблюдаются нарушения адаптации особенно в межличностной и социальной сферах

Схема 3. Симптомы, определяющие СДВГ

По данным Л.С. Цветковой (2000), проявления расстройства упорядочения деятельности, самоконтроля, а также отвлекаемость можно отнести к предпосылкам становления письма. Отсюда следует понятие письма как продукта длительного развития личности, поведения и высших психических функций ребенка. Психическое развитие гиперактивного ребенка с дефицитом внимания усугубляется пропуском «сензитивных» периодов развития (по Л.С. Выготскому). Помимо многочисленной симптоматики, незрелость определенных мозговых образований и/или их дисгармоничное развитие проявляется недостаточным уровнем сформированности ВПФ, прежде всего, письменной речи, что также вызывает дислексию среди младших школьников [12].

У детей с дислексией довольно часто обнаруживается преимущественно первый вариант СДВГ: синдром дефицита внимания. Частота встречаемости составляет у детей младшего школьного возраста с дислексией от 8 % до 66 % (R. Barkley, Н.Н. Заваденко) [2]. Анализ литературы позволяет выделить несколько точек зрения на проблему соотношения дислексии и СДВГ. Некоторые авторы придерживаются следующей: дислексия – подгруппа популяции детей с СДВГ. Sundheim, S.T.P. Voeller, Z. Tresohlava, S.D. Clements рассматривают СДВГ в структуре патогенеза дислексии. Иная, противоположная, позиция высказывается Е. Crichley, M. Crichley. Эти авторы разграничивают дислексию и СДВГ как принципиально разные. СДВГ представлен как возможный сопутствующий фактор неспецифических трудностей в чтении [3,4].

Учитывая, что при описании СДВГ речь идет о мозговой недостаточности, признаках незрелости нервной системы, целесообразно говорить о СДВГ как о первичном дефекте, а о дислексии как вторичном осложнении. Обращаясь к теории Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта, можно увидеть, что осложнения вторичного порядка возникают на

основе первичного и устраняются в первую очередь. Вероятно, эндогенные и экзогенные факторы нарушенного развития имеют фундаментальное значение на ранних этапах онтогенеза при СДВГ, затем возрастает роль социальных причин. Также, согласно положению о «социальной обусловленности дефекта», компенсация выражается в «устранении социального вывиха» [10]. В ходе развития общие компенсаторные процессы осложняются реализацией на изначально дефицитарной почве. А возможность для компенсации предоставляется лишь при правильно организованном воспитании и дифференцированном обучении гиперактивного ребенка с нарушениями чтения или письма. Большое значение имеет благоприятная обстановка в семье и правильный тип воспитания [11].

Таким образом, мы видим, что проблема актуальна и требует детального рассмотрения и поиска путей ее разрешения. Авторы предлагают разные методы коррекционной работы с гиперактивными детьми: общение «по душам», включение игр и игровых ситуаций в обучение ребенка, музыкотерапия, ароматерапия, цветотерапия [8].

Вывод. Несмотря на то, что проблема нарушений речи является актуальной проблемой современного общества, дислексия и дисграфия у детей с СДВГ недостаточно изучена. Большинство исследований связано с анализом когнитивных функций, которые, оцениваются по наличию трудностей в обучении: трудности в освоении письма, счета, чтения, отсутствие интереса к систематическим занятиям, учебной деятельности в целом [9]. Имеются также и нейропсихологические исследования, в которых говорится о связи функциональных нарушений мозга при СДВГ и школьной неуспеваемости. Отмечается, что парциальные задержки развития проявляются как несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать исходя из интеллекта ребенка с СДВГ.

Литература

1. Заломихина И.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Журнал «Логопед», 2007 № 3
2. Запесоцкая И.В., Никишина В.Б., Миракян К.Ф. Регуляторные и кинетические нарушения поведения в подростковом возрасте: Монография. – Курск: КГМУ Минздрава России, 2017. - 296 с.
3. Карампур.Р. Речевые нарушения у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности //статья «Психологические науки»- 2012 г.
4. Корнев, А.Н. Дислексия и дисграфия у детей / А.Н. Корнев. – СПб., 1995.
5. Корнев, А.Н. Узловые вопросы дислексии / А.Н. Корнев // Дефектология. – 2007. – № 1. – С. 59 – 66.
6. Миракян К.Ф. К проблеме клинико-психологической диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Томск: Типография "Иван Федоров", 2016. - № 5. – С. 196.

7. Никишина В.Б. Юркшат К.Ф. Медико-биологические и нейропсихологические аспекты нарушений праксиса у младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. // Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии: сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (17-19 мая 2011 г.). – Курск: КГМУ, 2011. – С. 268-269.
8. Юркшат К.Ф. В.Б. Никишина, В.Л. Баркова, Е.А. Петраш Диагностика индивидуально-типологических особенностей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования. Социальная политика и социология. – М: Российский государственный социальный университет, 2013. - № 4-2 (97). – С.142-154.
9. Юркшат К.Ф. Психологическая диагностика проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших подростков. // Вестник университета (Государственный университет управления), 2013. – № 19. – С. 307 - 310.
10. Юркшат К.Ф. Исследования конструктивного праксиса у младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии: материалы третьего Международного теоретико-методологического семинара. – М: МГПУ, 2011. – С. 224-225.
11. Юркшат К.Ф. Исследование динамического праксиса у младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью Ломоносов-2011 [Электронный ресурс]: материалы Международного молодежного научного форума (11-15 апреля 2011г.) / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, М.В.Чистяков). – М.:МАКС Пресс, 2011.
12. Юркшат К.Ф. Нейропсихологическое исследование проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью Молодежная наука и современность: материалы 76-й всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых (19-20 апреля 2011 г.). – Курск: КГМУ, 2011. – С. 140.

**УСЛУГА РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ,
ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА
Непочатых Е.П.**

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается услуга ранней помощи как фактор здоровья семьи, имеющей ребенка-инвалида; описываются подходы к изучению социального здоровья семьи; проводится анализ динамики численности детей-инвалидов по возрастным группам на примере Курской области; приведенные в статье результаты исследования выявили определенную востребованность услуг ранней помощи среди членов семей, имеющих ребенка-инвалида; стремление специалистов служб ранней помощи реабилитационных учреждений к росту профессиональной компетентности в рамках семейно-центрированного подхода при решении профессиональных задач и снижению профессиональной дистанции в системе «специалист – семья, имеющая ребенка-инвалида».

Ключевые слова: *услуга ранней помощи; семья, имеющая ребенка-инвалида; социальная работа.*

**EARLY CARE SERVICE AS A FACTOR OF HEALTH OF A FAMILY
WITH A DISABLED CHILD
Nepochatykh E.P.**

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Abstract. The article considers the early care service as a factor of the health of a family with a disabled child; describes approaches to the study of family social health; analyzes the dynamics of the number of disabled children by age groups on the example of the Kursk region; the research results presented in the article revealed a certain demand for early care services among family members with a disabled child; the desire of specialists of early care services of rehabilitation institutions to increase professional competence within the family-centered approach in solving professional tasks and reducing professional distance in the "specialist – family with a disabled child" system.

Key words: *early assistance service; family with a disabled child; social work.*

Комплекс оказания услуг ранней помощи в отечественной социальной работе законодательно стал оформляться с середины 1990-х годов. Отправной точкой в отношении формирования нормативной базы услуг ранней помощи

стали запросы общественных институтов по повышению качества жизни различных групп населения [2]; развитие сети социальных услуг; формирование международной нормативно-правовой базы в отношении инвалидов и лиц с ОВЗ. В Российской Федерации данная проблема существенно подкреплена федеральными законодательными актами и нормативно-правовыми документами [6].

В научном плане проблема оказания услуг ранней помощи связана с работами зарубежных специалистов в области специальной педагогики, психологии и психиатрии (Д. Боулби), в работах которых важный акцент делался на роли ближайшего социального окружения в младенческом развитии. Позже важные положения теоретических и экспериментальных разработок были положены в основу обоснования организации помощи и ухода за детьми с ограниченными возможностями здоровья (Концепция нормализации (Б. Нирье); программа опережающего обучения и др.).

Организация услуг ранней помощи продолжает оставаться актуальной и востребованной, о чем свидетельствуют статистические данные [Таблица 1].

Таблица 1. Динамика численности детей-инвалидов по возрастным группам в Курской области [7]

Годы	Всего, чел.	0-3 лет		4-7 лет		8-14 лет		15-17 лет	
		чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %
2022 (на 01.09.2022)	5 953	380	6,38	1 331	22,36	3 049	51,22	1 193	20,04
2021	5 925	419	7,07	1 414	23,86	2 921	49,30	1 171	19,76
2020	5 752	475	8,26	1 402	24,37	2 729	47,44	1 146	19,92
2019	5 639	560	9,93	1 336	23,69	2 629	46,62	1 114	19,76
2018	5 479	621	11,33	1 292	23,58	2 496	45,56	1 070	19,53

Как видно из таблицы 1, наибольшее количество детей-инвалидов приходится на следующие возрастные группы: 8 – 14 лет (51,22 %) и 4 – 7 лет (22,36 %). Число детей-инвалидов, находящихся в возрастной группе от 0 до 3-х лет, имеет тенденцию к уменьшению и остаются в пределах не более 10 %: по данным на 01.09.2022 – доля детей-инвалидов от общего числа составляет 6,38 % [7]. *Между тем, обеспечение качества жизни семей, имеющих ребенка-инвалида, является одной из приоритетных задач государственной социальной политики и обусловлено рядом социальных и психологических проблем, с которыми сталкиваются такие семьи.*

Традиционно здоровье рассматривается с определенной ВОЗ позиции как совокупность таких составляющих благополучия человека, как социальное, психологическое и физическое благополучие. При этом психологическое благополучие, анализируется авторами как обобщенная категория в описании здоровья и ее составляющих [2].

Содержательно психологическое благополучие субъективно, отражает взгляды мнения людей и их самооценку о счастье и благополучии; аффективно

(наличие эмоционального отношения к самооценке благополучию и другим людям); адаптивно (адекватное и здоровое поведение). Индикатором психологического благополучия могут выступать межличностные отношения [2].

В контексте социальных отношений здоровье анализируется как система согласованных действий социальных субъектов. С позиции институционального подхода социальное здоровье рассматривается как нормальная жизнедеятельность социального объекта в противовес социальным болезням. В контексте личностно-ориентированного подхода социальное здоровье характеризуется как возможность социальной системы удовлетворять потребности членов общества. Социологический подход в понимании социального здоровья ориентирован на анализ составляющих общество компонентов, обеспечивающих здоровье различных социальных групп. В гносеологическом аспекте социальное здоровье описывается как структурный компонент здоровья человека [4].

В контексте нашего исследования социальное здоровье семьи, имеющей ребенка-инвалида, предполагает определенный уровень психологического и социального благополучия ее членов; возможность установления конструктивных отношений с различными социальными институтами, способными обеспечить социальную безопасность и защиту; доступная социальная среда, медико-социальные услуги и др. [1].

С развитием гуманистической парадигмы в социальной работе преобладающей тенденцией изучения различных аспектов взаимодействия с семьей, имеющей ребенка-инвалида, является смена детоцентрического подхода к анализу решения проблем такой семьи на семье-центрированный подход, ориентированный на создание благоприятных условий для стабилизации здоровья семьи, социальную адаптацию и удовлетворения потребностей всех членов семьи [2].

Исследователи, анализируя семейно-центрированный подход в социальной работе с семьей, имеющей ребенка-инвалида, описывают такую семью как реабилитационную структуру, владеющую всеми ресурсами для развития и воспитания ребенка-инвалида. Между тем, ряд авторов отмечают потребности семьи в помощи специалистов с целью достижения реализации функции семьи как основополагающей структуры в достижении ее психологического благополучия. В качестве деструктивных факторов исследователи выделяют высокую степень травматизации членов семьи вследствие рождения ребенка-инвалида и, как следствие, неприятие родителями особенностей ребенка-инвалида; некомпетентность и отсутствие социальных навыков у родителей в отношении ребенка-инвалида; низкая мотивация к оказанию помощи ребенку-инвалиду [3].

По мнению исследователей, важная роль отводится различным социальным институтам в обеспечении помощи родителями и семьям, имеющим ребенка-инвалида, в том числе предоставление услуги ранней помощи. Результаты многочисленных исследований (Е.Е. Ермолаева; Д.Л.

Нефедьева, Р.А. Бодрова, Е.Г. Игнашина и др.) выявили продуктивность оказания услуг ранней помощи ребенку-инвалиду (усовершенствование когнитивных функций в младенческом и дошкольном периоде; положительная динамика моторики и двигательной сферы, улучшение жизнедеятельности ребенка-инвалида в социально-бытовой сфере и др.). [2].

По результатам нашего исследования на базе реабилитационных учреждений г. Курска, оказывающих услуги ранней помощи семьям, имеющим ребенка-инвалида, востребованность в услуге ранней помощи существует, но не в полной мере [5]. С запросами на оказание услуги ранней помощи обращаются около половины опрошенных респондентов (43,47 %). Профессионально востребованными для такой категории семей являются социальные работники (54,34 %); представители администрации реабилитационного учреждения (50,0 %); психологи (41,30 %). Распространенной формой оказания услуг ранней помощи среди потребителей данной услуги является «помощь на дому» (52,17 %). Кроме того, исследование среди специалистов реабилитационных учреждений выявило стремление специалистов служб ранней помощи реабилитационных учреждений к росту профессиональной компетентности в рамках семейно-центрированного подхода при решении профессиональных задач и снижению профессиональной дистанции в системе «специалист – семья, имеющая ребенка-инвалида».

Литература

1. Вдовина, М.В. Социальное здоровье семьи с ребенком-инвалидом в период раннего детства и в школьные годы / М.В. Вдовина, Н.Н. Семочкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-zdorovie-semi-s-rebenkom-invalidom-v-period-rannego-detstva-i-v-shkolnye-gody> (дата обращения: 21.11.2022).
2. Воронина, А.В. Проблема психического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа / А.В. Воронина // СПЖ. - 2005. - № 21. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-psiicheskogo-zdorovya-i-blagopoluchiya-cheloveka-obzor-kontseptsiy-i-opyt-strukturno-urovneвого-analiza> (дата обращения: 17.11.2022).
3. Калинина, А. В. Сопровождение семей с детьми раннего возраста с ОВЗ / А.В. Калинина // Специальное образование. - 2015. - № XI. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/soprovozhdenie-semey-s-detmi-rannego-vozrasta-s-ovz> (дата обращения: 21.11.2022).
4. Колпина, Л.В. К вопросу об определении понятия «Социальное здоровье» / Л.В. Колпина, И.Н. Сербай // Среднерусский вестник общественных наук. - 2011. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-opredelenii-ponyatiya-sotsialnoe-zdorovie> (дата обращения: 21.11.2022).

5. Непочатых, Е.П. Специфика оказания услуг ранней помощи семьям, имеющим детей-инвалидов / Е.П. Непочатых // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации: сб. материалов IV Международной науч.-прак. конф. ; под общ. ред. А.И. Ахулковой. - Орёл, 2022. - С. 85-87. - URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_49493970_91915109.pdf (дата обращения: 21.11.2022).
6. О межведомственном взаимодействии по оказанию ранней помощи детям и их семьям в Курской области [Электронный ресурс] / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/561556575> (дата обращения: 21.11.2022).
7. Численность детей-инвалидов по возрастным группам в разрезе субъектов РФ [Электронный ресурс] / Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei/chislennost-detei-po-vozrastu?territory=undefined> (дата обращения: 21.11.2022).

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Николаевская А.О., Дралова А.Г.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

Аннотация. В работе представлены результаты собственного исследования по проблеме нарушений пищевого поведения в женщин с бесплодием, приведена оценка состояния их аффективной сферы. Отражена специфика пищевого поведения у женщин с бесплодием и диагностированным депрессивным синдромом различной степени тяжести.

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, женское бесплодие, депрессия, репродуктивное здоровье.*

EATING BEHAVIOR IN WOMEN WITH INFERTILITY

Nikolaevskaya A.O., Dralova A.G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Abstract. The article presents the results of own study of the problem of eating disorders in women with infertility, an assessment of the state of their affective sphere. The specificity of eating behavior in women with infertility and diagnosed depressive syndrome of varying severity is reflected.

Key words: *eating disorders, female infertility, depression, reproductive health.*

Актуальность исследования. В современном мире бесплодие является одной из наиболее острых проблем не только в медицинской, но и в психологической науке. Нарушение репродуктивной сферы наносит урон психическому здоровью личности, нарушает социальное функционирование в обществе и усугубляет демографическую ситуацию в целом.

По мнению Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко распространенность женского бесплодия в мире составляет 2-15%. Данные 2016 года свидетельствуют, что в России проблема бесплодия касается около 15% супружеских пар репродуктивного возраста [1,2].

А.Н. Оранская с совт. (2018) отмечают, что в некоторых регионах страны коэффициент бесплодия поднялся до 20%, следовательно, каждая седьмая пара репродуктивного возраста сталкивается с проблемой неспособности к зачатию. В 2015 году обнаружено 146,6 новых случаев на 100 тыс. населения возрастом от 18 до 49 лет; а уже в 2016 году эта цифра выросла до 278,8 случаев на 100 тыс. населения [5,6].

Вопросы взаимосвязи и взаимовлияния психического состояния женщины и ее репродуктивной функции по сей день остаются мало изучены.

Способность к репродукции во многом зависит от личностных особенностей женщины и реакции на влияние стрессовых факторов [7].

Психика и тело тесно взаимосвязаны друг с другом. Поэтому, когда на уровне психики есть причины, подавляющие детородную функцию, то это обязательно отражается в теле самой женщины, включая и способность к деторождению [4].

Д.Ф. Хритинин (2008), Verhaak С.М., (2007), Н.Н. Стеняева с соавт. (2018) в своем исследовании указывают, что фактор бесплодия у женщин влияет на личностную травматизацию, внутрисемейную и социальную дезадаптацию и ведет к риску формирования психических расстройств невротического уровня. В результатах исследования авторы доказывают высокую распространенность у женщин с бесплодием психических расстройств непсихотического уровня: тревожные расстройства и сексуальные дисфункции – 60%, а коморбидность сексуальных расстройств и пограничных состояний достигает 100% [3].

Еще одной стороной обсуждаемой проблемы является нарушение пищевого поведения в рамках депрессивного синдрома у женщин с нарушением репродукции. В специальной литературе описаны аффективные расстройства с преобладанием тревожного аффекта, сочетающегося с дисфорией, адинамией и тоской у пациентов с нарушением пищевого поведения в контексте коморбидных нарушений [5].

Цель исследования – изучить клинко-психологические особенности аффективной сферы у женщин с бесплодием.

Задачи исследования. Провести оценку состояния аффективной сферы у женщин с первичным бесплодием, проанализировать особенности их пищевого поведения, оценить особенности их волевой регуляции.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положены результаты исследования на добровольной основе 45 женщин в возрасте от 22 до 45 лет в условиях отделений оперативной (1-го гинекологического) и консервативной (2-го гинекологического) гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом». Обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа – женщины с первичным бесплодием и депрессивным синдромом без расстройств пищевого поведения (30 женщин); 2-я группа – женщины с первичным бесплодием и проявлениями расстройств пищевого поведения в рамках депрессивного синдрома (15 женщин).

Ведущими методами исследования стал клинко-психологический метод, включающий клиническую беседу, наблюдение за поведением пациенток, а также использование ряда психодиагностических методик (шкала депрессии Бэка, исследование волевой саморегуляции А.В. Зверькова, Е.В. Эйдмана), статистический метод.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования нами было проведено сплошное анкетирование женщин с первичным бесплодием при помощи шкалы депрессии Бэка. По результатам данной методики были отобраны 45 пациенток, обнаруживающие по её результатам депрессивный синдром различной степени выраженности (легкий и умеренный) (30 больных с

депрессией легкой степени; 15 больных с проявлениями умеренной депрессии ($p \leq 0,05$)).

Последующее распределение больных в группы сравнения происходило в соответствии критерию тяжести депрессивного синдрома. Так, в 1-ю группу вошло 30 больных с первичным бесплодием и проявлениями лёгкого депрессивного синдрома. Вторую группу составили 15 респондентов с проявлениями умеренной депрессии и нарушениями пищевого поведения. Последние были диагностированы в ходе клинической беседы и соответствовали диагностическим критериям нервной анорексии (паттерн ограничения, переизбытка-очищения пищи), представленным в современных систематиках психических и поведенческих расстройств (МКБ-11, DSM-V).

Второй этап исследования был направлен на исследование волевой саморегуляции у больных в группах сравнения. Было установлено ослабление уровня волевой саморегуляции у пациенток 2-й группы, различия были статистически значимыми ($p \leq 0,05$). Речь идет о снижении самоконтроля у обследованных больных, что клинически выражалось в невозможности следовать ограничениям в приеме пищи – их кратности, количестве съеденного. Испытуемые отмечали о состоянии эмоционального дискомфорта, который толкает их на внеочередной прием пищи, зачастую насыщенной быстроусваиваемыми углеводами. Подобное поведение позволяет им достичь особого субъективно значимого эмоционального комфорта. Больным 2-й группы был свойственен более низкий уровень настойчивости, как волевого качества, способствующего достижению целей в перспективе ($p \leq 0,05$).

Выводы. Нарушение репродуктивного здоровья ответственно за формирование у страдающих им женщин аффективной патологии различной степени тяжести. Одним из механизмов разрядки психоэмоционального напряжения депрессивные личности видят в употреблении пищи. Депрессивный синдром, с одной стороны, выступает показателем измененной аффективности как следствие сомнительной перспективы родительства, с другой – усугубляется имеющимися нарушениями пищевого поведения. Причины формирования расстройств пищевого поведения у женщин с нарушением репродукции представлены сочетанием психологических, биологических и социальных факторов. Описанные в литературе данные, посвященные особенностям пищевого поведения у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья, позволяют судить о том, что специфика пищевых нарушений раскрыта далеко не в полной мере и требует дальнейшего исследования.

Литература

1. Бесплодие: диагноз, но не приговор // Трудный пациент. 2016. Том 14. №8-9.

2. Гинекология: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., переработанное и дополненное /Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2012. — 414 с.
3. Иванец Н.Н., Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В. Характеристика репродуктивной функции у женщин, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством. Акушерство и гинекология. 2019;3: 92-97.
4. Изотова М.Ю., Храименкова К.А., Уласень Т.В. Клинико-психологические и демографические особенности женщин с первичным и вторичным бесплодием // Смоленский медицинский альманах. 2021. №4.
5. Овсянникова ТВ, Куликов ИА. Бесплодный брак: алгоритмы диагностики и лечения. Эффективная фармакотерапия. 2016;(22):24-7.
6. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 2. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(1):93–99.
7. Федина Л.П. Психологическое бесплодие и социально-этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий. Молодой ученый. 2009;(11):257-60.
8. Хамраев ОА, Садикова ДИ, Рустамов УМ и др. Современный подход к лечению мужского бесплодия. Молодой ученый. 2016; (3):329-33.

THE ROLE OF TEACHER WELLBEING FOR PROFESSIONAL AND PERSONAL DEVELOPMENT

Pirogova N.G.

*Saint-Petersburg State Chemical Pharmaceutical University, Saint Petersburg,
Russian Federation*

Abstract. The paper addresses the problem of supporting teacher wellbeing. Research indicates that if teachers are in good mental and physical health, it will be easier for them to cope with the daily challenges. The advantages of incorporating wellbeing into personal and professional life include: seeing more options, being open to creative thinking, and connecting with other people. The paper gives useful examples of activities that teachers can try in order to achieve higher levels of wellbeing.

Key words: *wellbeing, teacher, mental health, emotion, job, relationship, physical health*

РОЛЬ БЛАГОПОЛУЧИЯ УЧИТЕЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ И ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ

Пирогова Н.Г.

Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В статье рассматривается проблема поддержки благополучия учителя. Исследования показывают, что если учителя находятся в хорошем психическом и физическом здоровье, им будет легче справляться с повседневными задачами. Преимущества включения благополучия в личную и профессиональную жизнь включают в себя: видение большего количества вариантов, открытость творческому мышлению и общение с другими людьми. В статье приводятся полезные примеры действий, которые учителя могут попробовать для достижения более высокого уровня благополучия.

Ключевые слова: *благополучие, учитель, психическое здоровье, эмоции, работа, отношения, физическое здоровье.*

Wellbeing can be defined as a state that comes from the sense of satisfaction, positivity and meaning an individual has and the ability to flourish in life. It does not emerge only from a person's characteristics, but it is partly determined by job and life circumstances as well. Our wellbeing may constantly change in response to happiness we experience and problems we have [4]. Nevertheless, the person can actively accumulate resources that will help not only to cope with challenges, but also to succeed.

There are different models of wellbeing which highlight the types of factors from which wellbeing stems. All the models agree that wellbeing emerges from various factors. It is how these factors operate together and their importance for a person which affect one's wellbeing. One useful model is PERMA which is developed by American psychologist Martin Seligman [5]. PERMA stands for: positive emotions, engagement, relationship, meaning, accomplishment.

Positive emotions deal with a balance of positive to negative feelings [6]. It is not to say a person does not experience any negative emotions, as that is unrealistic, but it is about having a more positive attitude to emotional life experiences. This might be a feeling of satisfaction while teaching or the pride in seeing learners succeed.

Engagement means the enjoyment people get from participating in activities which they get a lot of pleasure from and which they can get completely absorbed in, even losing the sense of time. These can be not only free time activities, but also job-related tasks, for example, preparing classes or organizing complex activities with learners.

Relationships include the network of relations that a person can draw positivity and strength from. It is vital to have someone a person can turn to, speak with and collaborate with inside and outside of workplace. In the workplace, it is very important to have a close friend to regularly share the ups and downs of teaching. Employers also play a crucial role in influencing the wellbeing of employees.

Meaning refers to the feeling of purpose people see in their lives more broadly and in their work in particular. Many teachers recognize the meaningful job they do as educators. Other people can draw meaning from other roles in their lives such as with friends, in families or in the community.

Accomplishment deals with the feeling people gain when they achieve aims that are meaningful to them. It is not about getting money or status. It is about reaching goals that are personally relevant which may be simple everyday steps or large-scale life goals. This might be finishing a new teaching project or observing a learner who has struggled eventually succeed with teacher's support and assistance.

A final component that has not been in the original PERMA model, but which has been sometimes added by other researchers since, is health.

Mental and physical health are interrelated and affect each other. Paying attention to health by becoming aware of how much physical exercise we do, what we eat or drink and the quality of sleep we prefer are all important steps which are conducive to our wellbeing and the ability to function at our best. When pressed for time, teachers can find themselves reducing sleep or free time activities. However, as teachers become conscious about the importance of good health for their ability to function well in their professional and personal lives, they are more likely to pay attention to the aspects of their lives which support strong health.

Wellbeing is the framework of what it means to be human. Every person has the right to have positive wellbeing and it is defined by WHO (World Health Organization) as a basic human right. Research indicates that teachers who possess higher levels of wellbeing are more creative and enthusiastic in their work. Such

teachers have better relations with their students and, moreover, their learners tend to be more motivated, positive and achieve their goals. Actually, when teachers' wellbeing is high, everyone benefits.

Practical experience indicates that when the teacher's mood and energy levels are low, then the teacher is not willing to experiment, do complex and creative tasks with students and try out new things. However, if teachers are ready to take actions as individuals and, if possible, with support from the educational institutions to ensure they are cared for, then they are more likely to teach to the best of their abilities and have more days when they are willing to be more innovative in their teaching. In case teachers' workload becomes too great and they feel exhausted, they may find themselves in the state of burnout. This relates to emotional exhaustion, as well as reduced sense of motivation and commitment, which can be the outcome of prolonged exposure to chronic stressors and demands in the workplace [1].

Ideally, developing wellbeing is something that happens in balance between institutional support and teacher's own steps as an individual.

A good starting point can be considering certain steps teachers can take to attend to their wellbeing. The PERMA + health model described above is a useful framework to initiate some thinking about what teachers can do to prioritize their wellbeing in order to succeed as a professional and individual.

Life incorporates both positive and negative emotions, but sometimes we focus only on negative experiences [2]. To maintain a better balance, it might be useful to keep a diary of positives [3]. At the end of the day, teachers can compile a list all positives happened that day, and things that they enjoyed, made them smile, and they are grateful for or proud of. This diary can be useful on those days when teacher's mood or motivation is decreasing. It may be helpful to exchange positive work-related stories with colleagues in order to support each other.

To give their wellbeing a boost, teachers can engage in activities that distract them from work and give pleasure. While teachers can get a lot of pleasure from job, there is a risk of becoming one-dimensional. Actually, engaging in sports, hobbies and other activities that absorb our whole attention gives a balance in our life. It is important to allocate time for free time activities and sometimes these can become cut out or overlooked when the time is pressed. The teacher should mark off time in the weekly calendar for free time activities in order to recharge the batteries.

It is important to mention that all people need social support and they thrive on positive relations. Basically, when people have a positive social network to draw strength and support from, their wellbeing becomes stronger. A key to strong relationships is positive communication and good time together. Whether it is a colleague at work, friend or family member, the relationship may benefit when people contribute to it by spending time together and being available for that person with no other distractions in the moment.

Teaching is one of the most meaningful jobs. Teachers make a difference to the new generation and the future life depends on the people they educate. It is a great responsibility, but also a privilege to shape the future of new generation. Teachers can sometimes overlook the importance of what they do as they get stuck in the routine.

Actually, teachers can draw purpose and meaning from daily interactions with their students. Even some words of encouragement and smile can make a difference to our learners.

People like to set objectives and have aim and direction. These goals are often related to work, leisure activities or aspects of personal life. The teacher can think about the various areas of life and note down things he/she would like to achieve in the next 3 or 5 years. Having a sense of direction and a plan how to achieve the objectives is crucial for motivation and developing a feeling of accomplishment.

Undoubtedly, health is the basis of wellbeing. Health is a key to successful functioning and it is useful to reflect on what is conducive to good health. One method is to engage in mindful activities or meditation to achieve inner balance. The teacher can arrange a meeting with a friend, enjoying physical exercise and time outdoors.

To sum up, wellbeing is the basis of good practice. It stems from the interaction of individual features and contextual conditions. Educational institutions have to take action to ensure that all employees are cared for and thoroughly supported in their professional activities. Teachers should also be aware of the importance of their wellbeing and the importance of taking active steps to protect it. The PERMA + health model is one framework that can help teachers to reflect upon the different aspects of wellbeing.

References

1. Eyer, C. (2017). *The elephant in the staffroom: How to reduce teacher stress and improve teacher wellbeing*. Abington: Routledge.
2. Fredrickson, B. (2011). *Positivity: Groundbreaking research to release your inner optimist and thrive*. Croyden: Oneworld publications.
3. Mercer S., McIntyre P., Gregersen T., Talbot K. (2018). Positive language education: Combining positive education and language education. *Theory and Practice of Second Language Acquisition*, 4(2), pp. 11–31.
4. Morris I. (2015). *Teaching happiness and wellbeing in schools* (2nd ed.). London: Bloomsbury.
5. Seligman, M. (2011). *Flourish*. London: Nicholas Brealey Publishing.
6. Williams M., Puchta H., Mercer S. (2021). *Positive psychology in practice*. Rum: Helbling.

ПОНЯТИЕ ДИХОТОМИЧЕСКОГО (ГЛОБАЛЬНОГО) МЫШЛЕНИЯ КАК КОГНИТИВНОГО ИСКАЖЕНИЯ

ПЧЕЛКИНА Е. П., МЕЛИХОВА Д. Н.

*ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный
исследовательский университет (НИУ «БелГУ»), г. Белгород, Россия*

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые особенности дихотомического мышления. Речь пойдет о полной растерянности и неспособности разобраться в своих мыслях, когда возникает тревога. Люди, склонные к панике или приступам тревоги, часто склонны мыслить глобально. Им трудно рационально обрабатывать информацию и решать, что имеет отношение к делу, когда они оказываются в стрессовой ситуации.

Ключевые слова. Стресс, глобальное мышление, когнитивные искажения.

THE CONCEPT OF DICHOTOMOUS (GLOBAL) THINKING AS A COGNITIVE DISTORTION

Pchelkina E. P., Melikhova D. N.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation

Abstract. The article discusses some features of dichotomous thinking. It will be about complete confusion and inability to sort out your thoughts when anxiety arises. People prone to panic or anxiety attacks often tend to think globally. It is difficult for them to process information rationally and decide what is relevant when they find themselves in a stressful situation.

Key words: stress, global thinking, cognitive distortions.

В современном быстро меняющемся мире хронический стресс является обычным явлением, но человеческий разум и тело человека могут заплатить за него высокую цену.

Во время сильного стресса поведение человека способно значительно измениться. Как правило, это проявляется в способности принимать решения, но хронический стресс может также повлиять на способность обрабатывать как уже известную информацию, так и новые знания.

Стресс – это физическая, психическая и эмоциональная реакция человека на определенный стимул, иначе называемый «стрессором». Именно адаптация, или совладающая реакция, помогает организму подготовиться к сложным ситуациям. Стресс может иметь двойственные последствия для человека, либо отрицательные, либо положительные, в зависимости от стрессора. Например, если необходимо начать с написания диссертации, то сама диссертация – это не

стимул. Стимулами будут – крайний срок, глубина предмета, объем исследований, и даже партнер по исследовательской группе – это лишь некоторые примеры потенциальных стимулов, которые могут повлиять на готовый результат. Однако реакции на эти стимулы могут стать проявлениями стресса. Стресс – это несоответствие между воспринимаемым препятствием и воспринимаемыми ресурсами для преодоления «требований» препятствия.

Реакцию на стресс можно рассматривать как компонент, общий адаптационный синдром, где сила реакции предопределяет силу эмоции. На самом деле это также относится к положительным чувствам [5]. Как уже говорилось, стресс может быть отрицательным или положительным, в зависимости от уровня реакции на возникающие стрессоры.

Негативный стресс связан со стрессором, который сложно контролировать. Это плохое воздействие сильного стресса часто проявляется в физических и психических признаках и симптомах. Однако, находясь под влиянием легкого или умеренного стресса, можно испытать положительную его сторону, которая включает в себя улучшение творческих способностей, эффективности обучения и работы, в конечном счете, более высокий уровень устойчивости к более высоким уровням стресса в будущем.

Причины стресса разнообразны и индивидуальны. Наиболее распространенные стрессоры включают напряженный график работы, тяжелую рабочую нагрузку, проблемы в семье и в отношениях, а также финансовые проблемы. Однако то, что подталкивает работать над этим, можно назвать стрессором. Выбор университета для поступления, женитьба, выбор автомобиля и другие значимые жизненные события также могут быть стрессорами. Чтобы уметь справляться со всеми этими стрессовыми ситуациями необходимо знать о методах управления стрессом, чтобы поддерживать баланс в жизни.

Большинство жизненных событий не являются «полностью катастрофическими» или «абсолютно прекрасными», но содержат элементы как хорошего, так и плохого. По мнению И.Г. Малкиной-Пых, важно то, как сам человек объясняет эти ситуации [2, с. 922]. Однако в стрессе бывает проблематично мыслить не абсолютными категориями. Но такие стратегии могут привести к ряду проблем, в частности психосоматически обусловленным отклонениям здоровья.

По мнению, Л.Э. Кузнецовой и В.Н. Волгина, мышление людей обычно организуется привычным образом. Среди таких устоявшихся способов мышления встречаются когнитивные искажения, еще не доходящие до психологического расстройства. Однако когнитивные искажения имеют связи с психическими заболеваниями. В целом в разной степени выраженности они встречаются у каждого человека [1].

Когнитивные искажения выступают как некоторые ошибки мышления, это ошибочные пути, на которые человек систематически и неосознанно направляет свои мысли в определенных ситуациях. Таким искажением является дихотомическое или чёрно-белое мышление (еще его называют поляризацией).

Выполняя функцию защитного механизма психики, информация о мире и о самом себе по привычке искажается человеком и категоризируется как одна из крайностей: ей дается или максимально хорошая оценка или абсолютно плохая. Без возможности промежуточных вариантов [4]. И.Г. Малкина-Пых называет такие способы «глобальными формулировками» [2, С. 36], а склонность в таком ключе объяснять происходящее «глобальной философией» [2, с. 510].

«Глобальное мышление», «черно-белое мышление», или «дихотомическое мышление» – это склонность индивида мыслить в терминах бинарной оппозиции. Люди, склонные к панике или приступам тревоги, часто склонны мыслить глобально. Им трудно обрабатывать информацию и решать, что имеет отношение к делу, когда они оказываются в стрессовой ситуации [4, с. 31-35].

Такое дихотомическое мышление позволяет упрощать происходящее, давая иллюзию понимания и избавляя человека от необходимости анализировать, размышлять, искать компромиссные варианты решения проблемы, собирать факты. С помощью таких формулировок: «или прекрасно, или ужасно», «или друг, или враг», «или счастье, или катастрофа», «или всё, или ничего» и т.д. человек только вначале снимает лишнее напряжение, однако в результате необъективно оценивает реальность и лишает себя личностного развития. Но у него при этом остаются амбиции, желания и стремления. В результате копится внутреннее напряжение. Индивид с таким мышлением испытывает коммуникативные сложности, чувствует себя непонятым и непризнанным людьми, обделенным их вниманием. Ему сложно завязывать новые знакомства и устанавливать крепкие связи. И в итоге все сводится к одиночеству и изоляции.

Чаще всего глобальное мышление может выражаться в навязчивых мыслях по типу: «Моя жизнь – полный бардак», или «Ничего из того, что я делаю, не приносит пользы», или «Я не могу справиться ни с чем из этого», или «Я навсегда останусь один». Все вышеперечисленное является примерами глобального мышления.

Мышление «все или ничего» встречается у людей с низкой стрессоустойчивостью во всем мире, потому что это часть самой примитивной из человеческих реакций, а именно реакции «бей или беги» [5].

Следует указать на основные черты дихотомического мышления:

- люди с таким типом мышления склонны проявлять категоричную и бескомпромиссную точку зрения;
- при чёрно-белом мышлении человеку очень сложно изменить своё мнение с того момента, как он определился;
- однако может наступить резкая смена мнения при наличии какого-либо факта, который человек с подобным мышлением примет как важный;
- делить по типу чёрного и белого можно не только людей, события и явления, но даже эмоции;

- поляризация является одной из основных причин приобретённой беспомощности, при которой человек не в состоянии что-либо делать, если не уверен в триумфальном итоге;
- дихотомическое мышление приводит к хронической тревоге, а также приносит ряд соматических заболеваний [3].

Психологи-когнитивисты считают этот мыслительный паттерн когнитивным искажением, потому что он мешает видеть жизнь такой, какая она есть на самом деле: сложной, неопределенной и постоянно меняющейся [3]. У каждого человека имеются собственные субъективные интерпретации окружающего, которые он осуществляет через собственный внутренний мир.

По мнению американского исследователя и создателя когнитивной психотерапии Аарона Бека, к ошибкам в суждениях, когнитивным искажениям приводят систематические негативные мысли [3].

Согласно Джорджу Александру Келли, основателю когнитивной теории, неадекватные мыслительные схемы и категории являются результатом искаженных способов мышления не в прошлом, а в настоящий момент времени, а также мыслей относительно моделирования будущего. Эти искаженные мыслительные схемы приводят к психоэмоциональным проблемам, могут способствовать развитию тревожных состояний и даже депрессий. Поэтому, с его точки зрения, важно не допускать таких когнитивных искажений. Исследуя данную проблему, Дж. А. Келли создал специальные техники их коррекции [1; 3].

К. Юнг, напротив, больше внимания придавал прошлому опыту в отношении формирования мыслей человека, придавая особое значение бессознательному. В нем закладываются основы мыслей, которые впоследствии могут появиться в сознании. Он считал, что сфера личного бессознательного вбирает в себя весь опыт человека: все видимое им когда-то, услышанное и прочувствованное. Эта информация затем в виде переработанного прошлого опыта появляется в сознании, «всплывает» в памяти человека [6].

Согласно мнению создателя рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса, негативные чувства вины, депрессии, тревоги, психологические проблемы возникают не столько от самих психотравмирующих ситуаций, сколько от их восприятия и отношения к ним людей. Так, например по А. Эллису, не сам провал на экзамене расстраивает человека, а понимание себя как неспособного к обучению и от этого несчастного. Эти «самопоражающие» стереотипы мышления необходимо идентифицировать, к чему направлена терапия Эллиса, а затем изменить на более реалистические путем моделирования, поощрения и логики [6].

Автор книги «Современная психотерапия. Курс лекций» А.А. Александров также обосновывает необходимость когнитивного реструктурирования в случаях психических расстройств, в основе которых выступают искаженные когниции, или дезадаптивные стереотипы мышления [6].

«Для недостаточно обработанного посредственного ума, – пишет С.И. Поварнин, – какую тенденцию ни возьми, она или достоверна, или, несомненно, ложна. Половины нет, а вернее, он о таких «тонкостях» не задумывается. И если встречается человек, некоторый сознательно старается выяснить, достоверна или только вероятна мысль, и придает данной разности огромное значение, то это является признаком хорошо обработанного ума» [6].

Когнитивное реструктурирование позволяет изменять негативные когниции, дезадаптивные и тревожные мысли на более разумные и спокойные. Негативные мыслительные стереотипы и когнитивные ошибки часто не осознанны. Проблема понимания их истоков связана с вопросами взаимодействия сознательного и бессознательного.

Таким образом, из вышеописанного можно сделать вывод, что способ мыслить глобально – довольно распространенное явление, может проявляться у человека периодически или стать привычным когнитивным стереотипом. Проблематика глобального мышления как когнитивного искажения, в отечественной психологии изучалась в значительно меньшей степени, чем у западных представителей когнитивной психологии.

Литература

1. Кузнецова, Л.Э. Техники преодоления негативных мыслей и их неосознанное применение человеком / Л.Э. Кузнецова, В.Н. Волгин // Молодой ученый – 2016, Номер: 9 (113). – С. 1029-1032.
2. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых // Эксмо, 2005. – 928 с.
3. Black and white thinking D. Brennan [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.webmd.com/mental-health/black-and-white-thinking>. (дата обращения 24.04.2022).
4. Guy, K. The fast cure for phobia and trauma: evidence that it works/ K. Guy and N. Guy // Human Givens Journal, 2003 – Volume 9. – No. 4. – С. 31-35
5. Martin, P.R. The Sickening Mind: Brain, Behaviour, Immunity and Disease / P.R. Martin // Publisher: Flamingo, 1998 – 384 с.
6. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) S. Rose [Электронный ресурс]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12076399/>. (дата обращения 24.04.2022).

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ:
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**
Сорокоумова Е.А.¹, Чердымова Е.И.², Чердымова В.С.²

¹ *ФГБОУ ВО МПГУ «Московский педагогический государственный университет», г. Москва, Россия;*

² *ФГАОУ ВО СНИУ «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева», г. Самара, Россия*

Аннотация. В данной статье анализируются проблемы и особенности качества инклюзивного образования в культуре информационного общества. Рассмотрены пути повышения качества инклюзивного образования в представлении родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. Показано, что в качестве путей повышения качества инклюзивного образования в представлении родителей детей с ограниченными возможностями здоровья можно выделить следующие: ведение просветительской работы с обществом, которая должна носить ненавязчивый характер, но при этом формировать толерантные установки; одним из ключевых для повышения качества инклюзивного образования выделен кадровый ресурс; необходимость прохождения курсов педагогами, строящихся на основе социального подхода к инвалидности, а не на медицинской терминологии; необходимость введения в инклюзивных классах системы тьюторства; необходимость разработки всех мероприятий по созданию доступной среды, в том числе информационной среды, только после проведения мониторинга образовательных потребностей детей инвалидов.

Ключевые слова: инклюзия, инклюзивное образование, дети с ограниченными возможностями здоровья

**IMPROVING THE QUALITY OF INCLUSIVE EDUCATION:
REPRESENTATION OF PARTICIPANTS IN THE EDUCATIONAL
PROCESS**

Sorokoumova E.A.¹, Cherdymova E.I.², Cherdymova V.S.²

¹ *Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russian Federation*

² *FSAOU IN SNIU "Samara National Research University named after academician S.P. Korolev", Samara, Russian Federation*

Abstract. This article analyzes the problems and features of the quality of inclusive education in the culture of the information society. The ways of improving the quality of inclusive education in the representation of parents of children with disabilities are considered. It is shown that the following can be distinguished as ways to improve the quality of inclusive education in the view of parents of children with disabilities: conducting educational work with society, which should be unobtrusive, but at the

same time form tolerant attitudes; one of the key factors for improving the quality of inclusive education is the human resource; the need for teachers to take courses based on a social approach to disability, and not on medical terminology; the need to introduce a tutoring system in inclusive classes; the need to develop all measures to create an accessible environment, including an information environment, only after monitoring educational needs disabled children.

Key words: *inclusion, inclusive education, children with disabilities.*

В настоящее время в исследованиях параллельно могут использоваться тождественные понятия: дети с инвалидностью и дети с ограниченными возможностями здоровья, что обусловлено использованием того и другого в российском законодательстве, сообществах специалистов, работающих с группой детей с общим недоразвитием здоровья, в научных текстах и повседневном словоупотреблении, что облегчает понимание смысла используемой терминологии в профессиональном сообществе и в общении с участниками исследования. Важно определить, какие смыслы включает в себя понятие инклюзивного образования при переносе в российский контекст и как использовать это знание для повышения качества российского образования в целом. В российской научной литературе проведен глубокий социокультурный анализ нетипичности, и в том числе вопросов инвалидности [8, 9].

В настоящее время продолжается речь о создании новых специальных коррекционных школ, бесплатном образовании для детей с ограниченными возможностями здоровья в этих школах, где будут удовлетворены особые образовательные потребности ребёнка и оказана необходимая психолого-педагогическая поддержка. Это может звучать заманчиво для родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, борющихся за доступ своих детей к качественному образованию. При этом остаётся неясным, как обучение в отдельных школах поможет социализации детей с ограниченными возможностями здоровья в обществе [2, 3, 6].

Современный опыт научных школ, применяющих инклюзивный подход, лишней раз доказывает, что надо учитывать необходимость ухода от понимания школьного образования как неотъемлемого стандарта знаний, которые должны быть усвоены всеми участниками образовательного процесса, к осознанию того, что образование в первую очередь служит разностороннему развитию личности [1, 4, 5].

Кроме этого, массовые изменения создают новую цивилизацию, основанную на компьютерных технологиях и потоках информации. При этом в обществе происходит переход от вертикальных иерархий взаимодействия к горизонтальным. Происходят процессы глобализации и создания мультикультуры, начинается поиск путей разрешения оставшихся межкультурных конфликтов. Главный ресурс информационного общества - информация. По мнению Тоффлера, третья волна полностью «накроет» общество к 2025 году [7]. В связи с этим следует отметить и изменения при переходе от индустриальной к информационной системе образования. Более наглядно данное сравнение можно представить в виде рисунка. (см. рисунок 1)

Таким образом, инклюзивное образование заявлено как перспективное с точки зрения не только интеллектуального, но и социального развития детей. В этом главная ценность инклюзии в аспекте повышения качества общего образования.

Применительно к российскому контексту целостный анализ роли и взаимодействия различных социальных групп в общем трансформационном процессе представлен в теории трансформационного процесса, где рассмотрены оба уровня социальной реальности - социальные структуры, что позволяет применять положения теории к анализу института российского образования, и деятели те, кто оказывает влияние на трансформацию института образования, а также промежуточный уровень массовых трансформационных процессов, отражающих суть и своеобразие современного этапа трансформации образования.

Резюмируя вышесказанное относительно повышения качества инклюзивного образования, можно отметить непосредственную его связь с развитием инклюзивной культуры, реализацией инклюзивной политики и развитием инклюзивной практики. Необходимость повышения качества услуг актуализирует вопросы разработки стандартов инклюзивного образования и, вместе с тем, целенаправленного управления качеством образовательных услуг в интересах их потребителей



Рис.1. Сравнение индустриальной и информационной системы образования

Результаты пилотажного исследования свидетельствуют о наличии ряда проблем, требующих коррекции в аспекте повышения качества инклюзивного образования (см. рисунок 2-3).

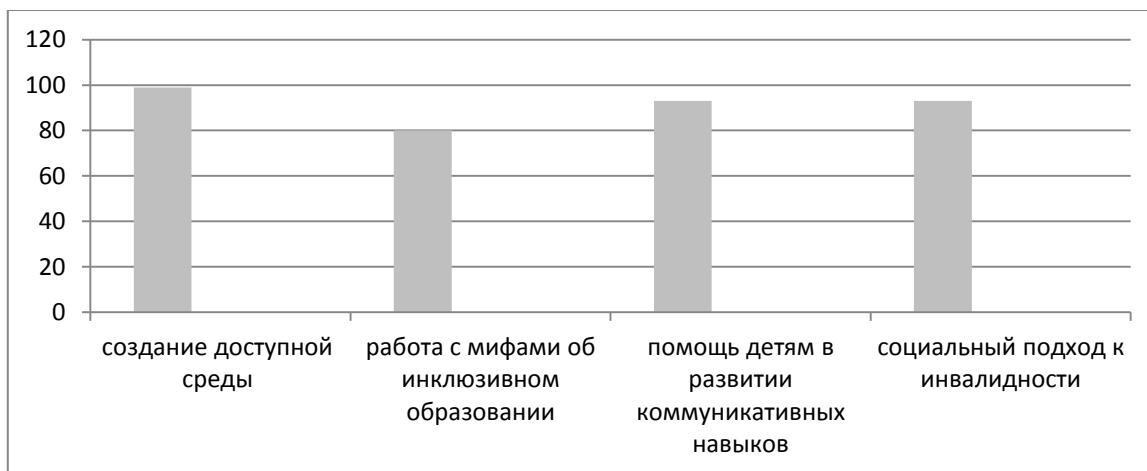


Рис. 2. Представление родителей о повышении качества инклюзивного образования

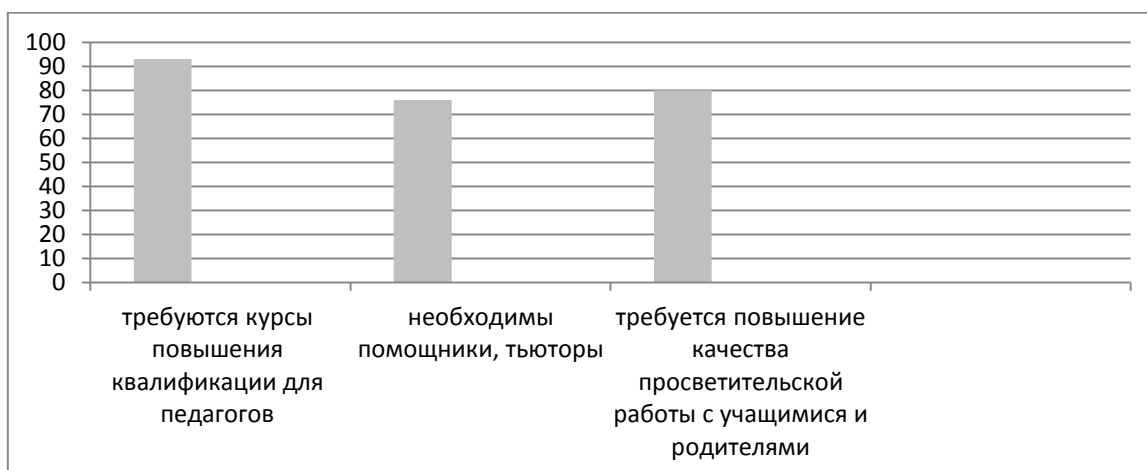


Рис.3. Представление родителей о повышении квалификации педагогов, преподающих в инклюзивных классах

В качестве путей повышения качества инклюзивного образования в представлении родителей детей с ограниченными возможностями здоровья можно выделить следующие:

- необходимо вести просветительскую работу с обществом в целом, которая должна носить ненавязчивый характер, но при этом формировать толерантные установки;
- одним из ключевых для повышения качества инклюзивного образования является кадровый ресурс;
- необходимо педагогам пройти курсы, которые должны строиться на основе социального подхода к инвалидности, а не на медицинской терминологии;
- в инклюзивных классах необходимо введение системы тьюторства;
- необходимо разрабатывать все мероприятия по созданию доступной

среды только после проведения мониторинга образовательных потребностей детей инвалидов. Именно дети с ограниченными возможностями здоровья должны выступать основным источником информации о своих образовательных потребностях, на реализацию которых направлена вся работа инклюзивной школы и инклюзивных классов

Таким образом, повышение качества инклюзивного образования должно быть связано с разработкой гибких правил самими участниками образовательного процесса, своих для каждого класса с учётом особенностей детей в нём, а не со следованием неким общепринятым правилам, которые создают новые трудности в процессе обучения.

Литература

1. Алехина С. В., Алексеева М. Н., Агафонова Е. Л. Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 83-92.
2. Ахметова Д.З. Готовность российских педагогов реализовывать инклюзивную культуру и инклюзивную практику (концепция и реальность). Профессионализм педагога: сущность, содержание, перспективы развития. М.: МАНПО, Часть 1., 2016 г., 520 с.
3. Денисова О.А., Леханова О.Л., Поликарпова В.Н., Букина И.А. Региональный опыт проектирования образовательных программ подготовки педагогов для инклюзивного образования детей с ОВЗ. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: сборник материалов II Междунар. науч.-практ. конф. Москва, 2013 г., С. 564-568
4. Кулагина Е. В. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья. Опыт коррекционных и интеграционных школ. Социологические исследования. № 2. С. 107-116.
5. Малофеев Н.Н. (2005) Основные направления развития специального образования в России. Дефектология. № 1., 2009 г., 175 С.
6. Розенблюм С.А. Инклюзия. Как помочь обычному учителю. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: сб. матер. II Междунар. науч.-практ. конф.: Буки Веди, 2013 г., С. 592-595.
7. Toffler, A. The Third Wave [Электронный ресурс] Перевод на русский язык: А. Мирер [и др.] / А. Toffler; GTMARKET.RU: Сайт «Гуманитарные технологии». - М., 1980 (перев. 2004).- URL: <https://gtmarket.ru/laboratory/basis/4821>
8. Ярская В.Н., Ярская-Смирнова Е.Р. Качество жизни людей с инвалидностью в Средней Азии: политика и практика. Социологические исследования, № 8. 2020 г., С. 160-162.
9. Ярская-Смирнова Е.Р. Ярская В.Н. Агентная позиция людей с инвалидностью в городском пространстве. Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. № 56., 2020 г., С. 223-234.

**КРАТКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ РЕГУЛЯЦИИ
ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**
Сулейманов К.Б.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

Аннотация. В тезисах кратко представлена программа развития регуляции поведения дошкольников с РАС и её главные теоретические основы. Дается анонс дальнейших публикаций по результатам внедрения.

Ключевые слова: регуляция поведения, коррекция, РАС, дошкольный возраст.

**A BRIEF PRESENTATION OF THE PROGRAM FOR THE
DEVELOPMENT OF REGULATION OF BEHAVIOR OF PRESCHOOL
CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**
Suleymanov K.B.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Abstract. The theses briefly present the program for the development of regulation of behavior of preschoolers with ASD and its main theoretical foundations. An announcement of further publications on the results of the implementation is given.

Key words: behavior regulation, correction, RAS, preschool age.

Актуальность. Расстройства аутистического спектра представляют собой важную проблему на стыке психологии, педагогики и медицины. До сих пор ведутся споры об этиологии и патогенезе аутизма и сходных состояний, что, в свою очередь, определяет множество подходов к коррекции, основанных на зачастую противоречащих друг другу принципах.

Согласно статистике Министерства здравоохранения США с 2000 по 2020 год количество детей с РАС увеличилось на 241 %, достигнув уровня 1 ребёнка из 44 новорожденных [11]. В России, по результатам мониторинга 2020 года, численность детей с РАС составила 32899 человек. Проведённый мониторинг выявил выраженную динамику увеличения численности по сравнению с 2019 годом - на 42% [10].

В данных условиях повышается спрос со стороны общества и государства на действенные методы медицинского, психологического и педагогического сопровождения людей с аутистическими расстройствами.

Развитие саморегуляции у детей с РАС описывается в работах А. Биннс. [8, 9] Автор рассматривает связь саморегуляции со стрессом. В разработанной с

соавторами методике А.Биннс предлагает вычленить факторы, приводящие к стрессовым реакциям у ребёнка и мешающие ему регулировать своё поведение. Предлагаемая А.Биннс методика «Стресс, саморегуляция, коммуникация» имеет большой потенциал практического использования, однако, не распространена широко.

В работах С.Гринспен саморегуляция описывается в качестве начальной ступени эмоционального функционального развития.[2] Всего этих ступеней-уровней шесть, и согласно концепции DIR ребёнок при нормативном развитии должен усвоить их к началу школьного возраста. Однако саморегуляция в данной концепции рассматривается скорее как «способность быть уравновешенным, спокойным и внимательным», то есть относиться к способности поддерживать себя в тоне для поддержания определенного уровня активности.

В работах Никольской О.С. отмечается, что аутистические расстройства имеют в качестве первичного дефекта нарушение эмоционально-волевой сферы. На основе работ Лебединского, разработавшего теорию об уровнях эмоциональной регуляции ребёнка, Никольской О.С. с соавторами была разработана психологическая классификация детского аутизма, подразделяющая детей на 4 группы с характерными моделями поведения. [6]

Цель исследования. Целью диссертационного исследования «Развитие регуляции поведения как фокус психокоррекции детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра» является исследование особенностей регуляции поведения дошкольников с РАС. Согласно гипотезе исследования, коррекционная работа по развитию регуляции поведения аутичного ребёнка будет способствовать преодолению проявлений РАС и повышению уровня общего развития ребёнка. Была разработана и апробирована программа развития регуляции поведения детей дошкольного возраста с РАС. Статья с подробным описанием теоретических основ разработанной методики готовится к публикации. Здесь же хотелось бы отметить наиболее значимые источники.

Материалы и методы. В качестве модели становления саморегуляции мы выбрали концепцию Д. Стерна, подразумевающую развитие самости, то есть целостного ощущения себя. Залогом этого является взаимодействие со взрослым для отделения «себя» от «другого», то есть первичной основы формирования саморегуляции. [7]

Форма взаимодействия специалиста и ребёнка основывается на взглядах Л.И. Божович на детское развитие. [1] Отталкиваясь от естественной потребности ребёнка в новых впечатлениях, мы можем выстроить работу таким образом, чтобы взрослый был их поставщиком, посредником, становясь тем самым интересным для ребёнка. Как и многие другие исследователи. Л.И. Божович отмечает созревание лобных долей мозга в качестве органической основы саморегуляции.

Деятельностный подход к вопросу онтогенеза саморегуляции предполагает, что она формируется в совместной деятельности со взрослым (О.А. Конопкин, В.И. Моросанова, Б.В. Зейгарник и другие). [3,4,5] Причём, при

поддержке и посредничестве взрослого, с опорой на зону ближайшего развития, согласно Л.С. Выготскому, путём интеоризации. Соответственно, задача психолога – создать условия для совместной деятельности.

Мы исходили из предположения, что навыки саморегуляции аутичного ребёнка развиты недостаточно, что оказывает существенное влияние на состояние ребёнка и эффективность коррекционно-развивающих занятий.

Рабочая программа по развитию регуляции поведения детей с расстройствами аутистического спектра подразделяется на следующие этапы:

1 этап предполагает непосредственный контроль специалистом деятельности ребёнка, получаемых впечатлений и активности. Создаются условия, в которых взрослый становится источником положительных впечатлений, сенсорных ощущений и источником активности для ребёнка. Для того, чтобы получить всё вышесказанное, ребёнку необходимо выстраивать простейшее взаимодействие со взрослым, уже на начальном этапе подстраивать свою активность под правила поведения на занятиях, требования взрослого.

На 2 этапе происходит введение речевых инструкций или иных знаков, помогающих в регуляции поведения ребёнка. Основной контроль по-прежнему на специалисте и знаках, однако роль ребёнка в регуляции поведения на занятии, выборе видов активности, степень вовлечённости в совместную деятельность возрастает.

3 этап предполагает постепенное овладение ребёнком основами саморегуляции за счёт изучения знаков и речевых инструкций. Саморегуляция развивается в простых, искусственно созданных границах. В таких безопасных и знакомых условиях контроль за своим поведением и деятельностью постепенно переходит к ребёнку.

На 4 этапе мы целенаправленно развиваем саморегуляцию в знакомых ситуациях, постепенно перенося её на все сферы жизни ребёнка за счёт знаков, речевых инструкций и доверия к взрослому. Вводятся совместные занятия со сверстниками. Срок реализации программы – три месяца. В последние две недели помимо индивидуальных вводились групповые занятия в мини группах по 2-3 ребёнка.

Конечной целью работы является максимально возможное для каждого ребёнка развитие саморегуляции, под которой мы понимаем культурно обусловленную и формирующуюся во взаимодействии со взрослым способность самостоятельно инициировать и прекращать деятельность в соответствии с требованиями конкретной ситуации, модулировать интенсивность своих реакций на внешние и внутренние раздражители, сдерживать активность в отношении непосредственного желаемого объекта.

Результаты. На данный момент программа была проведена на 100 испытуемых с расстройствами аутистического спектра. Предварительный анализ результатов отмечает статистически значимые сдвиги в уровне развития дошкольников с РАС. Материалы исследования готовятся к публикации.

Выводы. Программа развития регуляции поведения показала значительный потенциал в работе с дошкольниками с РАС. Результаты

внедрения требуют тщательного анализа, который будет отражен в последующих публикациях.

Литература

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. / под ред. Д. И. Фельдштейна. М.: Институт практической психологии, 1997. 351с.
2. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф 2017. 512 с.
3. Зейгарник Б. В., Холмогорова Е.С., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии. // Психологический журнал. 1989. Т. 10. – № 2. – С. 122 – 132.
4. Конопкин, О. Н. Функциональная структура саморегуляции деятельности и поведения // Психология личности в социалистическом обществе. – М.: Наука, 1989. – С. 158.
5. Моросанова В. И., Аронова А.Е. Самосознание и саморегуляция поведения. М.: Институт психологии РАН, 2007. 213с.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либринг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 2010. 288с.
7. Стерн, Д. Межличностный мир ребёнка. Взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2006. 375 с.
8. Binns A., Hutchinson L., Oram-Cardy J. The speech language pathologist's role in supporting the development of self-regulation: A review and tutorial. *Journal of Communication Disorders*, 2019, tvol. 78, pp. 1—17.
9. Binns A., Oram-Cardy J. Developmental social pragmatic interventions for preschoolers with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism and Developmental Language Impairments*, 2019, vol. 4, no. 1, pp. 1—18.
10. Аналитическая справка о численности детей с расстройствами аутистического спектра в субъектах Российской Федерации в 2020 году. [Электронный ресурс] // Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. URL: <https://autism-frc.ru/education/monitoring/1265> (дата обращения 07.07.2022)
11. Данные и статистика по расстройствам аутистического спектра. [Электронный ресурс] // Центры по контролю и профилактике заболеваний США. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата обращения 07.07.2022)

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ
КОМПОНЕНТОМ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНОГО ПРОФИЛЯ**

Филяев М.А., Виноградова Е.Л., Гимазова Г.Р.

ООО Наука ПСИ20, Москва, Россия

Аннотация. В статье представлен метод психологического консультирования в работе с психосоматическим компонентом пациентов ревматоидного профиля. Разработан подход на основе метода PSY2.0 и созданного специального клинического протокола без привлечения фармакологических средств лечения в составе комплексного лечения ревматоидного артрита.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, метод психологического консультирования, психосоматический компонент, PSY 2.0.*

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF
PSYCHOLOGICAL COUNSELING IN WORKING WITH THE
PSYCHOSOMATIC COMPONENT OF RHEUMATOID PATIENTS**

Filyaev M.A., Vinogradova E.L., Gimazova G.R.

Nauka PSI 20 LLC, Moscow, Russia

Abstract. The article presents a method of psychological counseling in working with the psychosomatic component of rheumatoid patients. An approach has been developed based on the PCI 2.0 method and a special clinical protocol created without the involvement of pharmacological treatments as part of the complex treatment of rheumatoid arthritis.

Key words: *rheumatoid arthritis, psychological counseling method, psychosomatic component, PSY 2.0.*

Последние годы наблюдается повышение интереса к теме психосоматической природы возникновения различных заболеваний, и мы видим тенденцию смещения фокуса внимания с биомедицинского подхода к биопсихосоциальной или биопсихосоциодуховной модели здоровья, в которой отражается целостное восприятие человека[3].

Стремления многих ученых в разных сферах научных исследований: медицине, психофизиологии, психологии и психосоматической медицины направлены на интеграцию подходов к лечению и сопровождению пациентов.

Актуальность изучения психосоматической природы ревматоидного артрита не вызывает сомнения как наиболее распространенного аутоиммунного заболевания психосоматического характера, с неизвестной или гипотетической

этиологией (Коршунов Н.И. и соавт., Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ли Д.М.), которым каждый год заболевают от 5 до 50 человек на 100 000 населения [2].

Основоположник психосоматического направления Ф. Александер относил ревматоидный артрит к классической семерке психосоматических заболеваний, в которых ведущую роль в патогенезе, прогнозе и развитии играет психологический фактор[5].

Ревматоидный артрит (РА) определяют как «системное аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим воспалением синовиальной оболочки суставов и широким спектром внесуставных (системных) проявлений».

Проблема изучения системных заболеваний соединительной ткани обусловлена широким спектром клинических проявлений, вариабельностью течения, поражением многих систем организма. Традиционное лечение сосредоточено в основном на облегчении боли, замедлении развития заболевания и восстановлении повреждений с помощью хирургического вмешательства. Но этот процесс усугубляется с течением времени и проходит все стадии до полного исчезновения суставной ткани, когда жизнь человека начинает зависеть от доступности обезболивающих препаратов. Раннее обнаружение заболевания с помощью современных средств может значительно сократить вред, который может быть нанесён суставам и другим тканям. Причины ревматоидного артрита как заболевания до сих пор до конца не выделены[3,4].

В настоящее время, несмотря на изучение патогенеза и течения заболевания с точки зрения психологических и психосоматических аспектов, отсутствуют исследования эффективности психотерапевтических подходов, их методология, остается много вопросов по поиску доказательной базы эффективности применения методов психотерапии в качестве немедикаментозного лечения.

Современная система взаимодействия с клиническими психологами, психотерапевтами, применяющих психосоматический подход может значительно повысить эффективность в лечении и реабилитации пациентов с данным диагнозом.

Цель исследования: изучение эффективности применения авторского протокола психологического консультирования по методике PSY 2.0 (автор Филяев М.А.) у пациентов ревматологического профиля, получение статистически значимого изменения показателей, в сравнении с пациентами, получающими стандартное медикаментозное лечение (Контрольная группа), с применением клинических, лабораторных и психологических средств диагностики.

Результатом воздействия психологического консультирования по авторскому протоколу PSY 2.0 будут следующие критерии:

-снижение или избавление от боли (часто боли могут усиливаться от страха и внутренней напряженности);

-улучшение показателей психоэмоционального состояния (тревожности и депрессии)

-снижение маркеров воспаления (лейкоциты в общем анализе крови, СОЭ, СРБ);

-улучшение иммунологических показателей (РФ, АЦЦП, единица измерения (Ед/мл));

-улучшения общего состояния пациента (по данным опросников, диагностических тестов, нормализация температуры тела (при наличии лихорадки));

-улучшения качества жизни в целом (по данным психо-диагностических тестов) ;

-выздоровление.

Исследование проведено на базе ООО «Наука ПСИ20» .

Контингент исследования: В исследовании принимали участие 39 человек (30 человек в экспериментальной и 9 человек в контрольной группах), участники с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (МКБ-10 M05.9 серопозитивный ревматоидный артрит), отобранные на основе первичной анкеты и клинического анамнеза, мужчины и женщины в возрасте 30-45 лет.

Мы использовали следующие методы:

1. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании), справка от врача ревматолога.

2. Лабораторные исследования: Общий анализ крови и мочи, анализ острофазовых показателей: СОЭ, СРБ, РФ, АЦЦП

3. Психодиагностика включала в себя следующие тесты: ГШТД (госпитальная шкала тревоги и депрессии), Оксфордский опросник счастья, опросник ВАШ для оценки болевого синдрома, опросник «Оценка качества жизни».

Исследование включало 3 этапа: анализ анкет субъективного отношения к болезни, самочувствию, клинических показателей анализов и психологические тесты и опросники.

В рамках научного исследования симптоматики участников с ревматоидным артритом, участникам исследования было проведено 3 сессии психологического консультирования по авторскому протоколу PSY20, с интервалом в 7-10 дней между консультациями, и 2 сессии с интервалом в 1 месяц. Продолжительность сессии 1,5 - 2 часа. После чего участники повторно сдавали клинические лабораторные анализы, проходили тесты и заполняли анкеты субъективной обратной связи.

Результаты: первый этап анализа результатов заключался в изучении субъективной оценки эффективности психологического воздействия участников исследования в ЭГ (экспериментальной группе) в виде анкетирования и выявления их реального самочувствия, степени удовлетворенности результатами и изменений со стороны физического и психоэмоционального состояния. Важно отметить, что 51% участников после завершения исследования заметили положительные изменения в физическом

состоянии. Выраженность симптоматики ревматоидного артрита после психологических сессий, по субъективной оценке, снизилась у 37,7% участников исследования, из них один участник вошел в ремиссию, у одного участника ушла почти вся симптоматика и двое участников частично отменили прием препаратов без ущерба физическому состоянию. Семь участников (20,3%) не заметили особых изменений.

У 7 участников (20,3%) произошло обострение симптоматики – следует отметить, что объединяет этих участников схожесть психоэмоционального состояния до проведения исследования – пятеро из них пребывали в подавленном и двое в раздраженном состоянии, показатели уровня депрессии и тревожности – клинически выраженные.

Второй этап – клинические анализы. Среди клинических показателей наиболее значимая и статистически достоверная динамика наблюдалась в показателях АЦЦП, РФ и СРБ. Показатели АЦЦП с максимальным значением 2278,00 в начале исследования снизились до 810,50. Если рассматривать количественные результаты, то в начале исследования у 90% (27 человек) показатели выше нормы, после - 86,7% (26 человек), улучшение показателей у всех, но только у 1 человека они пришли к норме. Средние значения (Mean) снизились на 96,5. Несмотря на то, что количественно результаты изменились слабо, мы видим тенденцию в качественном изменении данного показателя. Это значительное снижение, которое коррелирует с показателем «депрессии». Таким образом, мы выявили прямую зависимость высоких значений АЦЦП с высоким показателем депрессии (значимость на уровне 0,01).

1. Ревматоидный фактор: качественная динамика в средних значениях с 135,7 до 117. (Mean -18,7): у 14 человек (47%) - ревматоидный фактор снизился, у 15 человек (50%) - этот показатель повысился и у 1 человека (3%) - остался без изменений. В контрольной группе (КГ) у 44% испытуемых без проведения консультаций показатель Ревматоидного фактора снизился, у 33% повысился и у 22% остался без изменений. Стоит заметить, то динамика происходила в пределах высоких значений, и количественно соотношение осталось прежним: 86,7 – выше нормы в ЭГ, и в КГ – снижение с 88,9 до 77,8 у 1 человека показатели пришли в норму. В ЭГ - яркая обратная корреляция между РФ и «эмоциональным функционированием», снижение РФ ведет к положительной динамике в качества жизни в показателе «эмоциональное функционирование».

С-реативный белок (СРБ) является одним из маркеров воспаления, в нашем исследовании ЭГ и КГ по данному показателю не были однородны изначально: mean в ЭГ - 13,9 и снизилось до 13,1, mean в КГ - 7,7, снизилось до 4,0. Но вы выявили интересные корреляционные связи с другими показателями, а именно:

- значимая обратная корреляция между показателем СРБ и физическим, социальным, эмоциональным функционированием и показателем боли, снижение СРБ –ведет к увеличению показателей оценки качества жизни до уровня значимости 0,01**;

- в начале исследования наблюдается яркая обратная корреляция между ролевым функционированием и СРБ. В конце исследования отмечается небольшая динамика в сторону снижения корреляции (связь отсутствует), таким образом, увеличение СРБ может быть связано со снижением уровня ролевого функционирования.

Третий этап: анализ психологических тестов, опросников:

В ЭГ уровень клинически выраженной тревожности снизился на 23,4% у 7 человек, и на 26,7% выросло количество участников с нормой, это 8 человек. В КГ уровень тревожности вырос клинически выраженной на 11,2 (1 человек)%, субклинической тревожности – на 11,1%, и уровень нормы снизилась на 22,2 % (2 человека).

В ЭГ уровень клинически выраженной депрессии снизился у 3 человек (10 % от общего количества участников), субклиническая депрессия тоже у 3 человек, на 10%, за счет этого увеличилось количество участников в норме увеличилось на 20%. В КГ уровень выраженности субклинической и клинически выраженной депрессии не изменился у 33,3%.

Таким образом, изменения психоэмоционального состояния, выраженного в состоянии тревожности и депрессии в ЭГ более значительные, чем в контрольной. Психологическая работа способствует нормализации состояния и ведет к значимым улучшениям в других сферах.

Важнейшим симптомом ревматоидного артрита является ощущение боли, поэтому оценка болевого синдрома важный для нас важный показатель в оценке эффективности применения метода. Исходя из результатов опросника ВАШ (Визуально-аналоговая шкала) мы получили, что 29 человек испытывают болевой синдром, и только у 1 –отсутствует. У большинства, у 18 человек (60%) - умеренная боль, мешающая концентрации или деятельности, и у 4 участников - сильная боль (13,3%). После проведения психотерапевтической работы с участниками, мы видим значимые изменения в оценке болевого синдрома, средние значения (mean) снизились с 4,7 до 4,3 (на 0,4), качественные изменения произошли в уменьшении интенсивности боли: у 4 человек (13,3)-отсутствует боль, снижение у 3-х человек, уменьшилось количество участников с сильной болью на 1 человек, и с умеренной болью, мешающей концентрироваться на 4 человека (13,3%). В контрольной группе показатели интенсивности боли изменились только у 1 человека, с сильной до умеренной боли (11,1%). Таким образом, мы видим снижение интенсивности в болевых ощущениях, что приводит к изменению ощущений, состояния человека, его качество жизни в целом.

Рассмотрим показатели изменений «Качества жизни». Согласно определению ВОЗ, качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Оно определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество

жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Мы сравнили показатели качества жизни участников по Опроснику (ВОЗ) и увидели значимые и статистически достоверные изменения практически по всем сферам в ЭГ. Наиболее значимые изменения В ЭГ в средних значениях показателя «Эмоциональное функционирование, ге» на 33,5, в «Ролевом (физическом) функционировании, гр» - на 18,3, «Социального функционирования, sf» на 13, «общего здоровья» - на 11,3. Значимый показатель уровень «боли» тоже качественно изменился на 7,7. В КГ изменения в основном незначительные, кроме показателя «Эмоциональное функционирование»- увеличение на 7,4.

В своей работе мы показали эффективность метода при работе с пациентами с диагнозом ревматоидный артрит. Проведя всего 5 сессий по авторскому протоколу PSY20, у людей уменьшились болевые показатели, повысилось качество жизни, улучшилось самочувствие, снизился уровень депрессии и уровень тревоги, улучшились лабораторные показатели. При проведении данного исследования, нами не ставилась задача вывести в 100% ремиссию, а дать людям толчок к их собственным изменениям в жизни, изменить способы реагирования пациента в условиях стресса, изменить мышление пациента и восприятие болезни, в позитивный контекст их собственной жизни.

Мы предлагаем использовать разработанный нами подход на основе метода PSY2.0 и созданного нами специального клинического протокола без привлечения фармакологических средств лечения в составе комплексного лечения ревматоидного артрита. Его преимуществами являются простота исполнения, безопасность, экологичность, скорость изменений и четкие пошаговые рекомендации, делающие его удобным для применения в медицинской практике.

Мы готовы продолжать глубокое изучение этой темы с привлечением доказательной медицины, широких площадок, что поможет нам сформировать четкую и ясную пошаговую методику работы с ревматоидным артритом, а также отслеживать в процессе работы маркеры успешности психологического воздействия на пациента. Данный подход не исключает других методов лечения или контроля аутоиммунного заболевания, его можно комбинировать с другими терапевтическими подходами.

Литература

1. Абдрахманова А.И., Зарипова Ф.А., Амиров Н.Б., Расстройства тревожно-депрессивного спектра при ревматических заболеваниях // ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 2020 Том 13, вып. 1 с. 61-65
2. Коршунов НИ, Курьгин АГ, Речкина ЕВ и др. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Научно-практическая ревматология. 2015;53(5):469–71

3. Лас Е.А. Исследование психосоматических соотношений при ревматоидном артрите (Литературный обзор) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru>
4. Рыбакова В.В., Олюнин Ю.А., Лихачева Э.В., Насонов Е. Влияние психологических факторов на оценку активности ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. 2019;57(3):363–395, с.390
5. Сторожакова Г.И., Шамря В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение Руководство для врачей. //Санкт-Петербург СпецЛит 2014, 303с
6. Туаева Н.О., Носырев А.Е., Ренадино И., Арлеевская М.И. Психологический стресс и ревматоидный артрит - интерференция патогенетических механизмов // Научно-практическая ревматология. 2019;57(1):83–90

**МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
СТРЕССА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
Щербатых Ю.В.**

Воронежский институт (филиал) АНО ВО Московского гуманитарно-экономического университета, Воронеж, Россия

Аннотация. Статья посвящена сравнению различных опросников, оценивающих соматические проявления стресса. В ней анализируются психологические тесты, в которых описываются соматические проявления психологического стресса. Рассматривается авторский опросник признаков стресса, предложенный Ю. Щербатых, который позволяет отдельно оценивать когнитивные, поведенческие, эмоциональные и физиологические (вегетативные) признаки стресса. В статье приводятся данные, полученные при использовании данного опросника в сравнении с другими тестами на стресс.

Ключевые слова: диагностика стресса, психологический стресс, оценка стресса, анализ стресса, методики диагностики стресса, тест на уровень стресса, тест на тревожность, проявления стресса, шкала Гамильтона, шкала Цунга, опросник Spielberger-Ханина, опросник стресса Щербатых

**METHODS FOR ASSESSING PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS OF
STRESS: COMPARATIVE ANALYSIS
Y.V. Shcherbatykh**

Voronezh institute (affiliate) of autonomous non-commercial organization of higher education Moscow humanitarian economic university, Voronezh, Russian Federation

The article is devoted to the comparison of various questionnaires assessing somatic manifestations of stress. It analyzes psychological tests that describe the somatic manifestations of psychological stress. The author's questionnaire of signs of stress, proposed by Y. Shcherbatykh, is considered, which allows us to separately assess cognitive, behavioral, emotional and physiological (vegetative) signs of stress. The article presents the data obtained using this questionnaire in comparison with other stress tests.

Key words: stress diagnostics, psychological stress, stress assessment, stress analysis, stress diagnostic techniques, stress level test, anxiety test, stress manifestations, Hamilton scale, Tsung scale, Spielberger-Khanin questionnaire, Shcherbatykh stress questionnaire

В литературе встречается достаточно много методик диагностики стресса, но, но при выборе того или иного диагностического инструмента исследователю нужно четко понимать, что именно изучает тест, и насколько

адекватны получаемые с его помощью выводы [2,6,7]. Основатель учения о стрессе, Ганс Селье делал свои опыты на лабораторных крысах, и в основном изучал биохимические и патофизиологические последствия стресса [4]. Понятно, что в случае психологического стресса у человека, методы оценки вегетативных проявлений и последствий переживаемого стресса должны быть неинвазивными и охватывать весь спектр человеческих реакций на стресс – от психологических до соматических [3,7].

Некоторые психологические тесты позволяют в той или иной мере выявить физиологические реакции на стресс. Среди них можно выделить три группы инструментов для оценки проявлений стресса на соматическом уровне. Первые тесты позволяют оценить изменения в организме человека в период протекания стрессовой ситуации, вторые нацелены на оценку тенденции проявления тех или иных реакций, типичных для данного человека [6]. Другими словами, первая группа тестов оценивает физиологические реакции на конкретный стресс или за конкретный период жизни человека, а вторая группа тестов позволяет определить типичный для данного человека вариант реакции на стресс. Можно выделить и третью группу психологических инструментов, направленных на определение стрессоустойчивости человека. Такие тесты позволяют оценить индивидуальные факторы, способствующие развитию стресса у каждого человека. Например, кто-то больше реагирует на внешние раздражители, а кто-то – на свои собственные мысли и переживания [7].

Значительная часть тестов на стресс направлена на оценку психологических феноменов – мыслей, чувств и переживаний человека. Но существует ряд тестов, задача которых отследить, помимо когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций, еще и физиологические проявления стресса. К подобным инструментам, направленным на оценку соматических изменений в организме человека при стрессе, можно отнести шкалы оценки тревожности Гамильтона и Цунга [8]. К сожалению, приходится признать, что в этих наиболее распространенных клинических тестах, определяющих уровень тревожности и стресса, не разделяются феномены, присущие активации симпатической или парасимпатической нервной системы, что не дает возможности определить фазу стресса.

Дело в том, что согласно взглядам основателя учения о стрессе Ганса Селье биохимическая и физиологическая картина, наблюдаемая в организме, будет существенно различаться на разных стадиях стресса [4]. В первую фазу стресса наблюдаются явления страха, гнева и психомоторного возбуждения, во второй фазе отмечается психическая напряженность, а для третьей фазы стресса характерны состояния депрессии и фрустрации. Поэтому в разных стадиях стресса желательно применять разные опросники, адекватные тому психическому состоянию, которое испытывает человек в соответствующей фазе стресса. Например, в первую и вторую фазу стресса более желательными будут опросники, нацеленные на выявление выраженности тревоги или агрессии, а в третьей фазе – на уровень переживаемой депрессии или фрустрации [9]. Если же мы отслеживаем вегетативные проявления стресса, что

в первые две фазы марками стресса будут признаки активации симпатической нервной системы, а в третью фазу – парасимпатической [7].

Если под этим углом зрения посмотреть на шкалу тревожности Цунга, то там можно обнаружить одни пункты, относящиеся к активности симпатической нервной системы, а другие - к парасимпатической. К первой группе относятся вопросы: «У меня бывает ощущение учащенного сердцебиения»; «Мои руки и ноги дрожат и трясутся», а к ваготонии вопросы типа «Частые позывы на мочеиспускание»; «Мое лицо краснеет»; «Мои руки сухие и теплые».

В общий итог шкалы Гамильтона входят баллы, набранные при оценке психологических показателей, признаков тревоги, депрессии и отражающих вегетативную симптоматику тревоги и стресса. В шкале психологического стресса Лемура-Тесье-Филлиона (PSM-25) смешиваются когнитивные, поведенческие эмоциональные и вегетативные симптомы стресса без возможности их четко разделить для последующего анализа. Например, в итоговый результат входят баллы, набранные на такие ответы как «Мне совсем не хватает времени», «Я чувствую себя одиноким», «Меня внезапно бросает то в жар, то в холод», «У меня усталый вид» [2].

Для того, чтобы разделить данные группы симптоматики стресса, нами был разработан опросник «Признаки стресса», в котором испытуемый должен был отдельно отметить наличие у себя когнитивных, поведенческих, эмоциональных и физиологических признаков стресса. В целях более оперативной диагностики стресса нами был сокращен первоначальный вариант опросника, содержащий 48 утверждений [7], который был уменьшен до 28 позиций, причем эмпирическая проверка показала, что данный инструмент сохранил свою информативность и в сокращенном виде [9].

Для более полного понимания работы данного опросника, названного «Признаки стресса (28)» мы сравнили его результаты с тремя другими инструментами: опросником на личностную тревожность Спилбергера-Ханина, тест на стрессоустойчивость Ю.Щербатых, и тест на самооценку стресса по модели Дембо-Рубинштейн. Исследование, проведенное на 102 испытуемых разного возраста и пола, показали, что этот инструмент обладает достаточной валидностью для оценки проявлений стресса [9].

Опросник состоит из четырех разделов, каждый из которых определяет наличие когнитивных, поведенческих, эмоциональных и вегетативных проявлений стресса. Примерами признаков стресса из первого раздела были утверждения «Трудность сосредоточения» и «Ухудшение показателей памяти», из второго раздела - «Потеря аппетита или переедание» и «Более частое курение и употребление алкоголя», из третьего – «Беспокойство, повышенная тревожность» и «Раздражительность, приступы гнева», и из четвертого, «физиологического» раздела – «Нарушения в сердечно-сосудистой системе (изменение артериального давления или частоты сердечных сокращений)» и «Нарушение процессов пищеварения (запоры или расстройства кишечника)». Данный опросник показал хорошее соответствие с другими тестами стресс и тревожность, что позволяет использовать его не только в качестве оперативной

проверки на наличие стресса, но и определять ту систему организма человека, которая в большей мере страдает от стресса.

В результате корреляционного анализа было установлено, что опросник «Признаки стресса (28)» коррелировал с результатами самооценки стресса Дембо-Рубинштейн (0,55; $r < 0,001$), с показателями теста на стрессоустойчивость Ю.Щербатых (0,59; $r < 0,001$) и с показателями личностной тревожности, измеренной с помощью опросника Спилбергера-Ханина (0,40; $r < 0,01$) [10]. Сильнее всего личностная тревожность испытуемых коррелировала с эмоциональными проявлениями стрессов (0,50; $r < 0,001$), чуть меньше – с когнитивными проявлениями стресса (0,44; $r < 0,01$), еще меньше – с поведенческими проявлениями стресса (0,33; $r < 0,05$), а вот с физиологическими проявлениями стресса на уровне телесных ощущений корреляции с личностной тревожностью не наблюдалось. Другими словами, и высоко- и низко тревожные люди не различаются по их реакциям на стресс на телесном уровне.

Сравнение показателей теста «Проявление стресса» с нашим тестом на стрессоустойчивость выявило, что сильнее всего признаки стресса выражены у тех людей, которые бурно и эмоционально реагируют на внешние стрессоры, на которые не могут повлиять, причем сильнее всего это проявляется на поведенческом уровне (0,34; $r < 0,05$).

Таким образом, можно заключить, что тест «Признаки стресса (28)» является рабочим инструментом, позволяющим быстро и надежно выявить четыре группы признаков стресса у человека.

Литература

1. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление /В.А. Бодров. – Москва, ПЕР СЭ, 2006. - 528 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса /Н.Е. Водопьянова. – СПб., 2009. – 336 с.
3. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования /Р. Лазарус. - В кн.: Эмоциональный стресс. М., 1970, с.178-209.
4. Селье Г. Стресс без дистресса /Г. Селье. - М.: Прогресс, 1970. – 124 с.
5. Щербатых Ю.В. Вегетативные проявления экзаменационного стресса: диссерт. ... докт. биол. наук: Воронеж, 2001.
6. Щербатых Ю. В. Комплексный подход к диагностике и коррекции психологического стресса / Ю.В.Щербатых // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. 2017. - Курск: Издательство КГУ. 2017. - С. 363-368.
7. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В.Щербатых., 2-е изд. СПб., 2012. – 256 с.
8. Щербатых Ю.В. Методики диагностики тревоги и тревожности – сравнительная оценка / Ю.В.Щербатых // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2021. – № 2. С. 85-104.

9. Щербатых Ю.В. Методики диагностики психологического стресса / Ю.В. Щербатых // Исследовательский потенциал гуманитарно-экономических наук в современном высшем учебном заведении: межвуз. сборник научн. трудов. Вып. 13. – Воронеж: ВГПУ, 2022.– С.77-82.

ЧАСТЬ II

**ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

Абрамова А. Е., Малеева М. В., Щукина Е. В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель – доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. В статье представлены основные обозначения понятий «психопрофилактика» и «психогигиена», что в свою очередь является неотъемлемым компонентом в борьбе с «синдромом эмоционального выгорания» у медицинских работников в своей профессиональной деятельности, а также определенные методы для саморегуляции своего психического состояния.

Ключевые слова: *психогигиена, психопрофилактика, медицинский работник, «синдром эмоционального выгорания».*

**PSYCHOHYGIENA AND PSYCHOPROPHYLAXIS IN THE
PROFESSIONAL ACTIVITY OF MEDICAL WORKERS**

Abramova A. E., Maleeva M. V., Shchykina E.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor - Associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. The article presents the main designations of the concepts of "psychoprophylaxis" and "psychohygiena", which in turn is an integral component in the fight against "burnout syndrome" in medical workers in their professional activities, as well as certain methods for self-regulation of their mental state.

Key words: *psychohygiena, psychoprophylaxis, medical worker, "burnout syndrome".*

В современном мире профессия медицинского работника несомненно связана с ответственностью за жизнь и здоровье пациентов. Однако стрессовые условия, их воздействие на людей может привести к эмоциональным и соматическим проблемам, а в дельнейшем к профессиональной деформации. Медицинские работники подвержены опасности «выгорания». Постоянные эмоциональные перегрузки, стрессовые условия, неравномерные рабочий график с ночными дежурствами способствуют нарушению адаптации и

устойчивости организма, а также психического здоровья в целом. Пациента постоянно жалуются на свои болезни, а иногда даже проявляют агрессию по отношению к медицинским работникам, что приводит к эмоциональной лабильности [2]. Помимо социального аспекта усилению стресса способствуют профессиональные факторы такие, как: биологические, физические, химические воздействия.

Зачем человек должен иметь представление о своем психическом здоровье, собственной психике, вредных факторах? Что же такое вообще психическое здоровье? Для многих психическое здоровье – это не только психические расстройства личности, но и состояние равновесия между человеком и окружающим миром, наличие психических резервов для преодоления стрессов, обстоятельств и проблематичных ситуаций [3]. На самом деле, стресс является адаптивной реакцией организма на различные экстремальные нарушения, изменения функций организма под действием стресс-факторов, поскольку при длительном их воздействии наступает нарушение гомеостаза и срыв приспособительных реакций организма. Необходимо помнить, что психогигиена и психопрофилактика направлены на устранение стрессовых ситуаций и нормализации зависимого поведения человека [1].

Психогигиена направлена на разработку рекомендаций по сохранению и укреплению психического здоровья и является отраслью медицинских знаний, изучающая условия и факторы окружающего мира, влияющие на психическое развитие и состояние человека. Главная цель данного раздела – это сохранение душевного равновесия и психического здоровья с помощью отстранения от неблагоприятных факторов, умения избегать трудности или справляться с вновь возникшими проблемами, а также цель – это уметь справляться с сложившейся ситуацией [4]. Психогигиена в большей степени направлена на социальную среду, ее влияние на здоровье человека и предупреждения негативного воздействия факторов на организм.

В свою очередь психогигиена очень тесно связана с психопрофилактикой, поскольку эти мероприятия предупреждают возникновение психических заболеваний. Психопрофилактика включает в себя комплекс неких мероприятий, направленных на обеспечение психического здоровья и предупреждения психического заболевания, что немало важно для медицинских работников в их профессиональной деятельности. Выделяют три основных вида профилактики: первичная – направлена предупреждение вредных воздействий на психику и развитие психических заболеваний у психически здорового человека; вот вторичная и третичная имеют более специфический характер и требуют помощи специалистов [1].

В профессиональной деятельности медицинских работников особое место занимает «синдром эмоционального выгорания». ВОЗ определяет «синдром эмоционального выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью

соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению [2]. Причины могут быть различные как организационные, так и психогенные. Большое внимание уделяется неадекватной нагрузке и дефициту отдыха, что приводит к формированию хронической усталости и утомлению. «Синдром эмоционального выгорания» развивается последовательными тремя фазами: первая – напряжения – предвестник эмоционального выгорания, проявляющийся в виде тревоги и депрессии, неудовлетворенностью собой; вторая фаза – резистенции – фаза сопротивления, где человек стремится к психологическому комфорту, происходит редукция профессиональных обязанностей, неадекватное, эмоциональное, избирательное реагирование; третья фаза – фаза истощения, ослабления нервной системы. Эмоциональный дефицит, отстраненность [4]. На «синдром эмоционального выгорания» влияют не только неблагоприятные факторы производственной среды, но и стресс, изменение центральной нервной системы и личности. Выделяя неблагоприятные факторы, их можно разделить на внешние и внутренние. Внешние – организационные исходят из условий работы и социально-психологических условий деятельности, а вот внутренние – это индивидуально-психологические особенности человека [3].

Говоря о клинических проявлениях «синдрома эмоционального выгорания», можно выделить пять основных групп: первая – физические проявления (слабость, усталость, потеря аппетита, нарушение сна, вегетативные нарушения); вторая группа – эмоциональные симптомы (пессимизм, эмоциональное истощение, чувство беспомощности, тревога, беспокойство, депрессия, чувство вины и одиночества); третья – поведенческие проявления (безразличие к работе, снижение двигательной активности, импульсивное эмоциональное поведение); четвертая группа – интеллектуальные проявления (падение интереса к работе, апатия, отказ от любых форм самосовершенствования); пятая группа – социальные симптомы (снижена социальная активность, снижение интереса, ощущение изоляции и взаимопонимания) [3].

Достижение внутреннего эмоционального равновесия весьма одна из важнейших проблем профессиональной деятельности медицинских работников. Здесь эффективна как психогигиена, так и психопрофилактика. Психическая саморегуляция является действенным способом для исчезновения стрессового напряжения [1]. Выделяют огромное количество методов саморегуляции психического состояния, они многообразны, к ним можно отнести и прямые – естественные, направленные на соблюдение режима дня и образа жизни самим человеком, и опосредованной регуляции психического состояния – имитационные игры, где можно проиграть определенные ситуации, включая трудотерапию и физические нагрузки. Третья группа методов включает в себя методы психического (специального) управления, направленные аутогенную тренировку и прогрессивную релаксацию. Аутогенный тренинг – самовнушения на фоне полнейшего мышечного расслабления, схож с

ощущениями в состоянии гипноза [2]. Также прогрессивная релаксация основывается на мышечном расслаблении, что необходимо научиться делать постепенно, начиная с мышц лица и далее. Медитация - это простой и безопасный метод, который может помочь обрести внутреннее равновесие при стрессовых состояниях психики, вся методика медитации направлена на ощущение полной свободы и безопасности. И четвертая группа методов саморегуляции – это методы отвлечения, убеждения, самоприказа и самовнушения, где человек должен верить своим словам и поступкам [4].

Медицинские работники в силу своей профессии должны соблюдать принципы здорового образа жизни не только для укрепления здоровья, но и в качестве примера для своих пациентов. Хорошее психологическое, физическое и психическое состояние позволяют быстро принимать решения, от которых непосредственно зависит жизнь и здоровье пациента.

Литература

1. Леонтьева Д.И. Психологическая безопасность медицинских работников в период пандемии / Д. И. Леонтьева // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. - 2021. – Т.10, №2-1. – С. 59-64.
2. Павлов В.Н. Психологические проблемы медицинского персонала. Работающего в ковидном госпитале / В. Н. Павлов, Б. А. Казаковцев, Б. С. Положий и др. // Психическое здоровье. – 2020. - №11. – С. 54-61.
3. Руженкова В.В. Распространенность и клиническая структура психических расстройств у медиков (проблемы первичной и вторичной психопрофилактики) / В. В. Руженкова // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2020. – Т.6, №1. – С. 135-153.
4. Церфус Д.Н. Особенности механизмов психологических защит и совладающего поведения медицинских вузов и практикующих врачей медицинского профиля / Д. Н. Церфус, М. В. Карагачева, Н. В. Удальцова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2020. - №10. – С. 165-172.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО
НА РАДИАЦИОННО-ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ**

Алетдинов М.В.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема влияния радиационных аварий на душевное благополучие человека. Анализ современной научной литературы позволил структурировать факторы риска, этапы, патогенетические звенья и направления формирования состояния повышенной тревожности у населения, проживающего или временно находящегося на радиационно-загрязненных территориях. Установлено, что ведущими факторами риска представляется отсутствие или недостоверное информирование населения о радиационной обстановке, что является ключевым звеном патогенеза радиотревожности населения. Научно обоснованы и разработаны профилактические меры в отношении нарушений внешней психической деятельности. Предлагается использование системного подхода в интересах повышения эффективности методов профилактики психологической составляющей населения.

Ключевые слова: радиотревожность, состояние повышенной тревожности, стресс, радиация, психопрофилактика.

**SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PREVENTION OF INCREASED
ANXIETY IN THE POPULATION LIVING IN RADIATION-
CONTAMINATED AREAS**

Aletdinov M.V.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. This article discusses the problem of the influence of radiation accidents on the mental well-being of a person. The analysis of modern scientific literature allowed structuring risk factors, stages, pathogenetic links and directions of formation of a state of increased anxiety in the population living or temporarily located in

radiation-contaminated territories. It has been established that the leading risk factors are the absence or unreliable informing of the population about the radiation situation, which is a key link in the pathogenesis of radio anxiety of the population. Preventive measures have been scientifically substantiated and developed in relation to violations of external mental activity. It is proposed to use a systematic approach in order to increase the effectiveness of methods of prevention of the psychological component of the population.

Key words: radio anxiety, state of increased anxiety, stress, radiation, psychoprophylaxis.

Введение. По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), душевное благополучие является важнейшим элементом здоровья человека. Известно, что психологические расстройства нередко возникают в связи с отсутствием реакции органов чувств и иных физиологических систем организма человека на воздействие отдельных физических и химических факторов, включая ионизирующее излучение и радиоактивные вещества.

Элемент неизвестности прогноза в отношении риска заболеваний и даже летальных исходов составляет основу патогенеза изменения психологической структуры личности, кроме того немаловажную роль в динамике эмоциональной сферы принадлежит наследственности, то есть генетическому фактору, благодаря которому формируется специфический психологический конституциональный тип, к тому же фактором отягощающим психологическую реакцию человека на известные события представляется специфика социальной среды обитания и связанное с ней негативное информационное поле, отличающееся в различных населенных пунктах.

Известно, что критическими профессиональными группами, распространяющими неполную или необъективную информацию являются: участковые врачи, школьные учителя, депутаты, журналисты, представители Госкомчернобыля, администрация населенных пунктов, которые по разным причинам использовали факт радиационной аварии в интересах той или иным причинам. Результаты исследований проведенных группой специалистов в области радиационной гигиены (ВМедА имени С.М.Кирова, НИИРГ) в 1991-1993 годах подтвердили эту версию патогенеза психогении у населения.

Неотъемлемым влиянием в возникновении психологических болезней являются факторы окружающей среды и состояние организма, то есть соотношение экзогенных и эндогенных условий, в которых действует причина. Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с высоким риском здоровья населения по причине негативной динамики эмоциональной сферы населения, проживающего на радиационно-загрязненных территориях (РЗТ), и заключается в необходимости разработки эффективных методов психопрофилактики нарушений внешней психической деятельности.

Цель. Разработка мер первичной профилактики нарушений психического здоровья населения, проживающего на радиационно-загрязненных

территориях, на основе анализа современных данных о факторах риска и патогенезе состояния повышенной тревожности.

Материалы и методы. В данной работе проведена систематизация и анализ зарубежной и отечественной литературы. Исследованы факторы риска психологических нарушений. Разработана программа социально-психологической профилактики населения. Методы системный, исторический и сравнительный анализ.

Результаты исследований. Патогенетические механизмы развития заболеваний в основном зависят от гуморальных, нервных, гормональных, наследственных, иммунных факторов. Начальным звеном психосоматических заболеваний является нарушения состояния нервной системы, обычно возникающих в результате психогенных воздействий. Главным психогенным воздействием является стресс.

Стресс или общий адаптационный синдром как описывал в своих работах канадский патолог Ганс Селье – это совокупность общих физиологических, психологических и биохимических реакций организма в ответ на действие чрезвычайных раздражителей любой природы – стрессоров. В психологии выделяется три стадии стресса: стадия тревоги, которая подразумевает снижением устойчивости организма к повреждающим факторам, продолжительность 6-48 часов, стадия резистентности – от 48 часов, является при восстанавливающей стадией при умеренном раздражителе и угнетающей при сильном, стадия истощения - снижение устойчивости организма к действию чрезвычайных раздражителей. Биологическая роль стресса – повышение неспецифической реактивности организма на воздействующее влияние окружающей среды, при продолжительной работе стресс-фактора, стресс развивается в дистресс, что является причиной многих заболеваний, называемых болезней адаптации.

По статистике наибольшую тревожность испытывает население в подростковом возрасте, так как сформирована повышенная реактивность нейроэндокринной системы, особенно половых гормонов, а также критической группой является старшая возрастная группа, из-за снижения основного обмена происходит снижение адаптационных возможностей организма.

Авария на ЭАС Фукусима произошла 11 января 2011 года в результате сильнейшего землетрясения. Погибших и пострадавших от острых радиационных заболеваний не было, зато преобладали психологические расстройства. В результате аварии на АЭС «Фукусима-1» наибольшая часть населения подверглась неконтролируемой тревожности и стрессу, произошли массовые социально-психологические изменения у японских жителей. Проводилась эвакуация населения, в результате чего эвакуированное население было вынуждено изменить свой образ жизни практически полностью: рацион питания, уровень физической активности, многие сменили место работы. Также эвакуированные не проходили должного медицинского осмотра, что способствовало повышению тревожности среди этой группы лиц, но наиболее выраженную тревогу испытывали родители детей.

Вследствие радиационных аварий повышается радиотревожность населения, что в большинстве случаев приводит к увеличению процентности распространения психологических заболеваний, в частности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), также из-за стрессовых расстройств растет процентность попыток суицида.

Уникальность восприятия радиации состоит в том, что оно лишено чувственного компонента, то есть несет лишь информационный характер, из-за этого человек не может достоверно самолично оценить факторы риска собственного здоровья, что является дополнительным источником стресса и стрессовых расстройств, состояния радиотревожности.

Радиотревожность – психологическая и эмоциональная составляющая состояния человека, при котором он субъективно гипертрофирует объективно существующую, но чаще всего незначительную для здоровья опасность радиационного воздействия. Профилактика радиотревожности очень затруднительна, так как должна проводиться систематически – от наиболее важных методов до второстепенных.

Главным этапом профилактики радиотревожности населения, проживающего или находящегося на местах РЗТ является информирование. Информирование населения о радиационной обстановке должно состоять из трех этапов:

1. Достоверный источник информации – Роспотребнадзор, выступления независимых специалистов в области радиационной медицины, сотрудники МЧС
2. Передающее звено информации – средства массовой информации (телевидение, радио)
3. Потребитель информации – население, которое готово воспринимать информацию и рационально оценивать риски и готово действовать предложенным инструкциям.

На каждом из предложенных этапов могут возникнуть проблемы: запаздывание официальной информации, резкое изменение радиационной обстановки, обильное количество недостоверной информации – все это приводит к повышению тревожности, стресса у населения.

Также неотъемлемым этапом профилактики и реабилитации радиотревожности населения является санитарно-просветительская работа, которая должна включать достоверную и доходчивую информацию о радиационном риске, о мерах защиты от радиации и радиационной обстановке. Наиболее качественный и доступный вид санпросветработы является методическая работа с населением посредством таких источников информации как учителя, журналисты, Роспотребнадзор, сотрудники МЧС, врачи. Однако на этом этапе тоже бывают трудности, так как санитарно-просветительская работа создает коррекцию защитного поведения и смягчает психосоциальные последствия аварии только в случае активного и осознанного участия самого населения. Нами разработаны меры первичной профилактики населения на местах РЗТ, которые включают методы радиационной профилактики

населения, обеспечение доступного информирования о радиационной обстановке, организацию санпросвет работы с наиболее критическими группами населения, качественное проведение всеобъемлющей радиационной разведки объектов окружающей среды в районах РЗТ и доведение соответствующей информации до всех групп населения.

Вывод. Таким образом, ведущим фактором стресса в радиоактивной зоне-радиотревожности является неадекватное, недостоверное информирование населения о радиационной обстановке, некачественное выполнение санитарно-просветительской работы.

На основании ранее приведенных недостатков, факторов риска здоровья нами разработана схема профилактики, которая включает:

1. Обеспечение организации доведения достоверной информации о радиационной опасности, которая должна проводится под контролем Роскомнадзора.
2. Санитарно-просветительная работа должна проводится во всех социальных учреждениях, предприятиях, включая образовательные организации.
3. Обеспечение доступности к предоставлению медицинских услуг, оборудование консультативных центров по вопросам диагностики и лечения психосоциальных заболеваний.

Литература

1. Авария на АЭС «Фукусима-1»: радиологические последствия и уроки / под ред. акад. РАН Г.Г. Онищенко и проф. А.Ю. Поповой. – СПб. : ФБУН НИИРГ им. П.В. Рамзаева, 2021. – С. 324-360.
2. Архангельская Г.В., Зыкова И.А., Зеленцова С.А. / Трудности информирования населения по вопросам радиационной безопасности
3. Зыкова И.А. Радиотревожность населения и меры по ее снижению / И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская // Радиационная гигиена. – 2008. – Т. 1, № 4. – С. 65–72.
4. Зыкова И.А., Архангельская Г.В., Зеленцова С.А. Информационная защита населения на основе представлений о социальной приемлемости радиационного риска. – Изд-во ФГУН НИИРГ, 2010. – 18 с.
5. Основные положения общей нозологии. Учебное пособие для студентов медицинского университета / Л.А. Северьянова, Ю.Д. Ляшев – Курск: КГМУ, 2013. – 92 с.
6. Санитарно-просветительская работа с целью коррекции защитного поведения лиц из групп риска населения территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению / И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская // Радиационная гигиена. – 2008. – Т. 1, № 4. – С. 58–64.

**ОСОБЕННОСТИ АКТУАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

Андреева А.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психиатрии и
психосоматики, к.пс.н. В.П. Глушкова**

Аннотация. В статье рассматриваются изученные актуальные состояния и особенности эмоциональных переживаний женщин, родивших раньше предполагаемого срока, которые отражают важнейшие параметры их текущего психического состояния, включая доминирующие чувства и общую оценку жизненных событий субъективного настоящего.

Ключевые слова: *преждевременные роды, эмоциональные переживания, аффективная сфера, актуальное психическое состояние.*

**FEATURES OF THE CURRENT MENTAL STATE OF WOMEN
WOMEN WHO HAVE SUFFERED PREMATURE LABOR**

Andreeva A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia Federation

**Scientific advisor: Assistant of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, Candidate of Ps. N. V.P. Glushkova**

Abstract. The article illustrates the explored actual states and features of emotional experiences of women who gave birth earlier than expected, which reflect the most important parameters of their current mental state, including dominant feelings and a general assessment of life events of the subjective present.

Key words: *premature labor, emotional experiences, affective sphere, actual mental state.*

В рамках современной науки и практики одной из наиболее значимых является проблема медико-психологического сопровождения женщин после родов. Усложняет ситуацию вопрос, связанный с увеличением количества преждевременных родов в России. Так, согласно последним данным Единой межведомственной информационно-статистической системы Российской Федерации (ЕМИСС РФ) на 2020 г. доля преждевременных родов (22 - 37 недель) в перинатальных центрах составляет 69%. По сравнению с данными ЕМИСС РФ за 2019 г. 66,8% наблюдается рост показателей [3]. Обозначенные

тенденции приводят нас к необходимости изучения специфики эмоциональных переживаний женщин, перенесших преждевременные роды. Ведь в такой жизненной ситуации у рожениц проявляются негативные особенности в эмоционально-личностной сфере, а именно: напряженность; тревожность; пониженный фон настроения; тревога о будущем, связанным со здоровьем малыша; а так же нарушается формирование адекватного отношения к роли материнства [2]. Факт преждевременных родов является для женщины особой жизненной ситуацией, выступающей в качестве детерминанты специфических показателей самооценки, тревожности и депрессии, которые в свою очередь, провоцируют изменения в эмоционально-личностной сфере, проявляются в особенностях социально-психологической адаптации [6, 7]. Эти проблемы побуждают стремления к новым исследованиям, так как работ в данном направлении немного, а, значит, пока еще не сформирована позиция, которая способствует качественному и эффективному медико-психологическому сопровождению женщин, перенесших преждевременные роды. Поэтому необходимость изучения специфики их актуального психического состояния становится обоснованной, что в дальнейшем поддержит общее развитие перинатальной психологии и психологии материнства как научной области [1,4].

Исследование проводилось в послеродовом отделении на базе ОБУЗ «Областного перинатального центра» города Курска с 05.09.22 по 24.10.22. В контрольную группу вошли 30 женщин, родивших в срок, находившихся в послеродовом отделении ОБУЗ «Областного перинатального центра», а в экспериментальную - 30 женщин, родивших преждевременно.

В исследовании применялись следующие группы методов: эмпирические методы (беседа, наблюдение, психодиагностические методы); обработки данных (количественного и качественного анализа, статистические методы, пакет прикладных программ STATISTICA 13; интерпретативные методы (обобщение и типизация). В группу эмпирических методов вошла психодиагностическая методика Л. В. Куликова «Опросник Актуального Состояния», с помощью которого нами были изучены особенности психического состояния женщин в обеих группах [5].

В результате исследования нами было выявлено, что в экспериментальной группе наблюдается тенденция к значительному повышению показателей по шкале «Во» (возбуждение эмоциональное) \bar{X} ср. $62,8 \pm 3,6$, что указывает на напряженность, нервозность, неудовлетворенность эмоциональным саморегулированием, склонность к неумеренному реагированию на изменение текущей ситуации, возможность неуравновешенного поведения. В то время как в контрольной группе показатель по шкале соответствует \bar{X} ср. $48 \pm 6,2$. Полученные данные свидетельствуют о средних значениях и определяют у женщин, родивших в планируемый срок, оживленное эмоциональное состояние с готовностью оперативно реагировать на возможные изменения ситуации, их также

характеризует более устойчивая саморегуляция аффективной и поведенческой сферы.

По шкале «Са» (самочувствие физическое: комфортное – дискомфортное) у женщин, перенесших ситуацию преждевременных родов, показатели занижены $X_{ср.} 22,4 \pm 5,9$ (они указывают на ощущение телесного дискомфорта, плохое физическое самочувствие). Контрольная группа испытуемых демонстрирует средние показатели, близкие к высоким значениям по шкале $X_{ср.} 58,9 \pm 4,1$, означающие благополучие соматического состояния и ощущение телесного комфорта.

Шкала «То-АС» (тонус: высокий – низкий) отражает энергетические ресурсы женщин, где у преждевременно родивших также наблюдается снижение $X_{ср.} 32 \pm 0,7$ (испытуемые переживают ощущения утомленности, заторможенности, инертности, замечают снижение работоспособности), а у контрольной группы средние показатели в рамках шкалы $X_{ср.} 46,8 \pm 2,4$. Родившие в предполагаемый срок женщины отмечают удовлетворительное самочувствие, ощущают бодрость и достаточное количество энергии.

По шкале «Сп-АС» (спокойствие-тревога) значительно снижены данные, полученные от экспериментальной группы $X_{ср.} 19,7 \pm 5,3$. Эти женщины сильно испытывают чувство тревоги, переживают беспокойство и неблагоприятные предчувствия, ощущают возможную угрозу. Женщины из контрольной группы также показали снижение данных по этой шкале, но менее значительное $X_{ср.} 29,2 \pm 0,9$. Они испытывают умеренное чувство тревоги и неизвестности, соответствующее переживаемой жизненной ситуации, ощущают лёгкое беспокойство и опасения, связанные с состоянием новорожденного, озадачены ролью материнства.

Шкала «Ак-АС» (активация – деактивация) характеризует интенсивность актуализированных мотивов. Здесь данные распределились следующим образом: у женщин, родивших раньше предполагаемого срока $X_{ср.} 75,8 \pm 8,3$, а у женщин, родивших в ожидаемый срок $X_{ср.} 63,1 \pm 6,7$. В обеих группах отмечаются повышенные данные, что говорит о готовности матерей к преодолению возможных трудностей, готовность, в случае необходимости, изменить ситуацию в лучшую сторону.

На основании оценки значимости различий показателей с использованием критерия Манна-Уитни у женщин, родивших детей на доношенном сроке и у женщин, переживших ситуацию преждевременных родов, значения по представленным шкалам находятся на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$). Матери преждевременно рожденных детей склонны преувеличивать проблемы со здоровьем ребенка, не уверены в себе как в матери, в способности ухаживать, воспитывать своего ребенка. Кроме того, они обладают резко сниженным фоном настроения, эмоционально холодно или формально относятся к новорожденному, сконцентрированы на своих переживаниях (боятся быть покинутыми мужем, непринятыми окружающими), испытывая чувство вины за случившееся. Они воспринимают

себя как неуспешную мать, не имеющую внутреннего личностного потенциала в данной сфере.

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что женщины в ситуации преждевременных родов склонны подчиняться сложившимся обстоятельствам, испытывают внутреннюю тревогу, апатию, тоску. Также часто наблюдаются такие особенности поведения: несамостоятельность, повышенная внушаемость, трудности в выполнении прогностических функций, сниженная способность к волевому контролю и преодолению трудностей. При отсутствии своевременной психологической коррекции это может привести к эмоционально-волевым нарушениям и снижению адаптации к роли матери.

У женщин, родивших в срок, преобладает ориентация на сотрудничество с другими людьми, обусловленная потребностями в поддержании конструктивных отношений, они отчетливо представляют себя в роли матери, ставят перед собой цели по дальнейшему воспитанию новорожденного ребенка.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что в ходе исследования нами были получены статические и фактические материалы, учитывающие специфику актуального психического состояния женщин, родивших преждевременно, которые могут использоваться психологами перинатального центра в просветительской, консультативной, психокоррекционной работе с матерями и медицинским персоналом. Необходимо, чтобы оказание помощи такой категории рожениц было своевременным, носило комплексный характер и объединяло различные подходы при разработке специальных психокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Глушкова, В. П. Психологическая помощь женщинам в ситуации преждевременных родов и длительного выхаживания новорожденного ребенка / В. П. Глушкова // Университетская наука: взгляд в будущее: Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. В 2-х томах, Курск, 07 февраля 2020 года / Под редакцией В.А. Лазаренко. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 588-592.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2015. — 234 с.
3. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). [Электронный ресурс] URL: <http://www.fedstat.ru>. (дата обращения: 26.10.2022).
4. Завгородняя И. В. Психологический кризис беременности: монография. – Воронеж : Научная книга, 2013. – 182
5. Куликов Л. В.. Определение доминирующего и актуального психического состояния // Практикум по психологии состояний. Под ред. А. О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004

6. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Available at: <http://www.consultant.ru/>
7. Хломов, К.Д. Журнал «Перинатальная психология и психология родительства» / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов. – 2007. – № 3. – С. 38-49.

**БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ПРОБЛЕМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА У МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Андреева Д.В.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры клинической психологии, к.п.н.
М.А. Коргожа**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования публикационной активности зарубежных авторов по проблеме посттравматического стрессового расстройства у матерей в послеродовом периоде. Исследование было осуществлено с использованием программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer». Результаты анализа показали возросшее за последние 10 лет количество публикаций по заданной теме, также в ходе анализа удалось установить кластерные взаимосвязи, образованные с понятиями «post-traumatic stress disorder» и «parturition».

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, матери, роды, послеродовой период.*

**BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THE CURRENT STATE OF THE
PROBLEM OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN POSTPARTUM
MOTHERS**

Andreeva D.V.

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

**Scientific advisor: PhD of Psychology, Associate Professor of the Clinical
Psychology Department M.A. Korgozha**

Abstract. The article presents the results of a study of the publication activity of foreign authors on the problem of post-traumatic stress disorder in mothers in the postpartum period. The study was carried out using a software tool for the construction and visualization of bibliometric networks "VOSviewer". The results of the analysis showed an increased number of publications on the given topic over the past 10 years; the analysis also revealed cluster relationships formed with the concepts "post-traumatic stress disorder" and "parturition".

Key words: *post-traumatic stress disorder, mothers, parturition, postpartum period.*

Введение. По состоянию на 2019 год распространенность таких психических расстройств, как тревога, депрессия, биполярное расстройство, шизофрения и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), составляла 22,1% во всем мире со средним распределением по тяжести от легкой до тяжелой по 13%, 4%, 5,1% соответственно, что указывает на то, что распространенность ПТСР в настоящее время достаточно велика [5]. Современные исследователи определяют его как психическое расстройство, связанное с травмой, заменяя тем самым более раннюю классификацию, где ПТСР относилось к тревожным расстройствам [4]. Темпы глобализации современного общества, непрекращающиеся локальные военные конфликты и повсеместные ситуации насилия создают базис для полипричинной природы развития ПТСР. Определяемое первоначально как расстройство, связанное с военными действиями, сегодня ПТСР можно обнаружить практически у каждой категории населения, одной из которых являются матери, пережившие роды, в особенности травматичные роды. С этой точки зрения представляется необходимым проведение библиометрического анализа проблемы возникновения ПТСР у матерей после родов. Определяемое параметрами эмоционального состояния, психическое благополучие женщины во время беременности может оказываться под влиянием множества факторов. Так, в 2020 году, когда Всемирная Организация Здравоохранения столкнулась с пандемией COVID-19, стали актуальными исследования влияния глобального распространения SARS-CoV-19 на матерей. Согласно данным С.С. Савенышевой, симптомы посттравматического стрессового расстройства были выявлены у 7% опрошенных во время пандемии матерей [2]. Несколько иные данные можно встретить в отечественных источниках, ссылающихся на то, что по состоянию на 2021 год симптомы послеродового ПТСР выявляются в 3% исследуемой выборки, но, в то же время, симптоматика пренатальной тревожности во время эпидемии COVID-19 оказалась более выраженной по сравнению с данными на момент начала пандемии [1].

Одним из ключевых аспектов, определяющих возникновения психической травмы, после родов, является опыт преждевременных родов. По данным норвежских исследователей Misund, A. R., Nerdrum, P., Diseth, T. H., у матерей детей, рождённых до 33-й недели беременности, в течение двух недель после родов, объективно регистрируются признаки посттравматического стрессового расстройства [6]. Важно отметить, что возникновение подобных симптомов определяется не только родами, сопряженными с психологическим дистрессом, но и спецификой развития преждевременно рожденных детей. Необходимо также отметить, что тяжесть симптомов ПТСР обоих родителей способно оказывать значительное влияние на возникновение схожих тревожно-депрессивных симптомов у детей [3].

Цель библиометрического анализа – изучить актуальное состояние проблемы ПТСР у матерей в послеродовом периоде, осветить вопросы профилактики посттравматического стрессового расстройства у матерей с

целью развития системы психологической помощи в области перинатальной психологии.

Материалы и методы исследования. Библиометрический метод, осуществляемый с использованием программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer», исследования, посвященные изучению посттравматического стрессового расстройства.

Результаты исследования. В целях реализации задачи исследования, проведенного в два этапа, были использованы материалы Национальной библиотеки медицины «Pub.Med» за временной промежуток с 2012 по 2022 годы [6]. На первом этапе исследования ключевым словом для поиска выступило понятие «post-traumatic stress disorder» (посттравматическое стрессовое расстройство). Итогом статистической обработки с помощью программы «VOSviewer» стала кластеризация ключевых слов по 7 основным кластерам (см. рис.1).

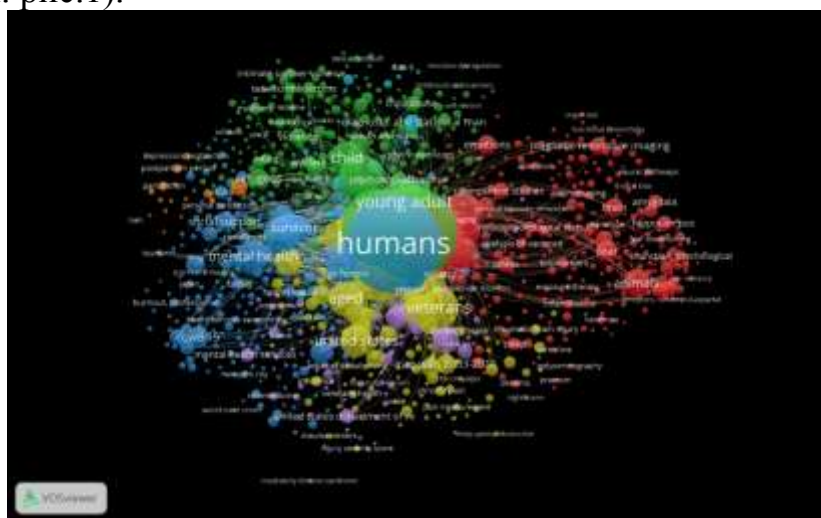


Рис.1. Кластеризация ключевых слов «post-traumatic stress disorder» по 7 основным кластерам

Представленная на рис.1 статистическая диаграмма подтверждает вышеизложенную информацию о том, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является распространенным психическим расстройством, присущим многим категориям населения. Так, среди них можно выделить ветеранов (кластер №4, жёлтый цвет), лиц, переживших COVID-19 (кластер №3, синий цвет), детей, переживших насилие в родительских семьях (кластер №2, зелёный цвет). Взаимосвязь ключевого термина с понятиями из других кластеров свидетельствует о многопрофильности термина.

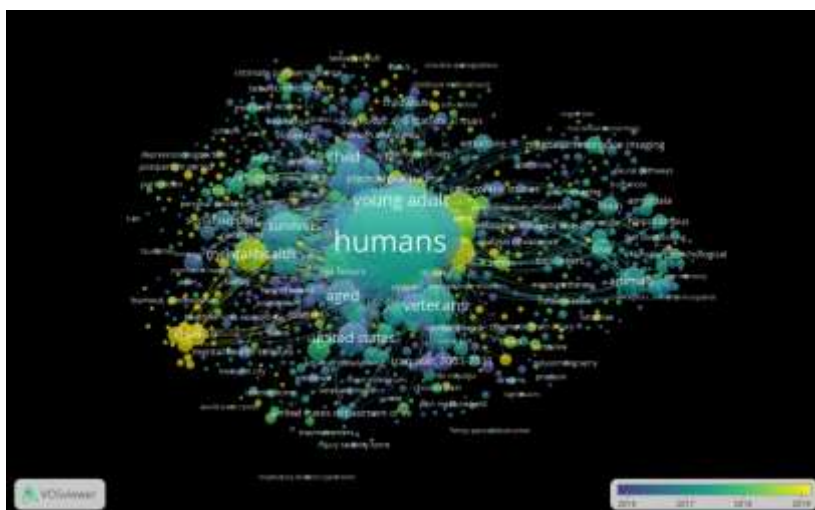


Рис.2. Кластеризация ключевых слов «post-traumatic stress disorder» за последнее десятилетие

На рисунке №2 изображено временное распределение ключевых слов за последнее десятилетие, с помощью которого можно установить четкую закономерность возрастания публикационной активности относительно исследований, содержащих данных о взаимосвязи ПТСР и инфекционных заболеваний, начиная с 2019 года.

Представляющим интерес в рамках заявленной темы является кластер №7, представленный на рисунке №1 оранжевым цветом. Данный кластер включает в себя 16 ключевых слов, относящихся к проблеме материнства. Среди наиболее значимых из них стоит выделить понятия «postpartum period», «pregnancy complication», «parturition». В связи с тем, что проблеме ПТСР у матерей отводится незначительное количество статей при ключевом запросе «post - traumatic stress disorder», было принято решение реализовать в рамках исследования 2 этап, при котором запросом стали следующие ключевые слова: «(post-traumatic stress disorder) AND (mothers)». Основываясь на результате кластеризации, представленном на рисунке №3 (см.рис.3), мы можем выявить кластерные связи понятия «parturition» (рождение ребенка) со следующими понятиями: «infant, newborn», «female», «humans», «stress disorder», «adult» «postpartum period», «delivery obstetric», «childbirth».

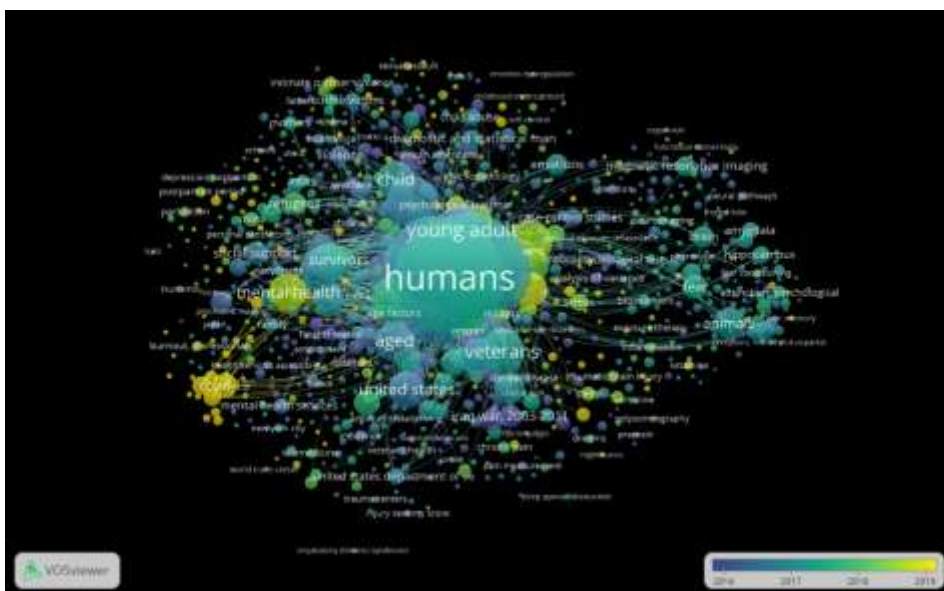


Рис.3. Кластеризация ключевых слов «(post-traumatic stress disorder) AND (mothers)»

Взаимосвязь с ключевым словом «surveys and questionnaires» (опросы и анкетирование) может указывать на методы, применяющиеся для анализа возможности наличия посттравматического стрессового расстройства у матерей. Представляется необходимым обратить внимание на временное распределение публикационной активности в заявленных рамках (см. рис.4). Так, количество публикаций, связанных с ситуацией проживания женщиной родов и постродового периода возрастает лишь в последние 3 года (2019-2022), что может свидетельствовать об актуальности рассматриваемой темы.

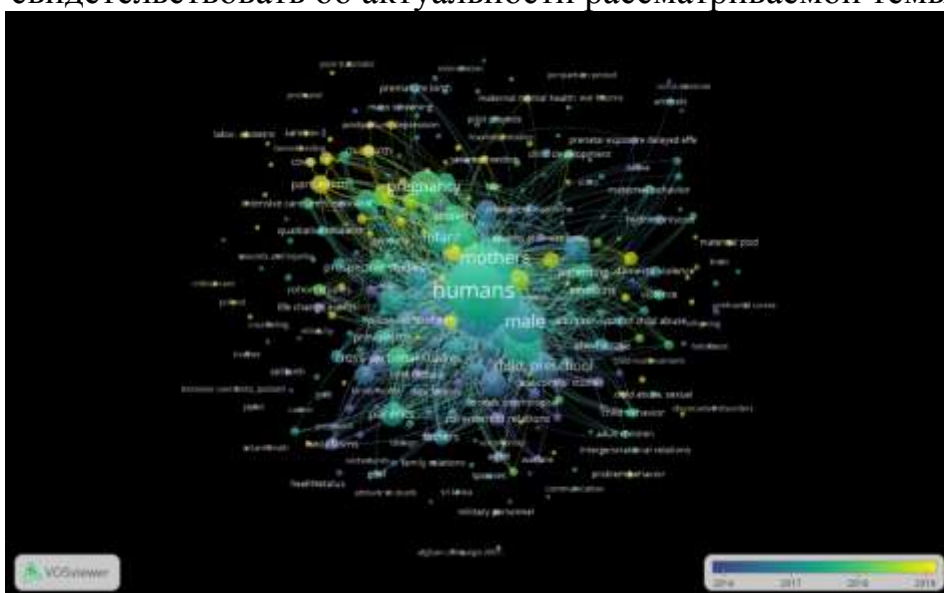


Рис.4. Кластеризация

Для оценки публикационной активности по заданной теме был проведен первичный библиометрический анализ отечественных литературных источников. В 2022 г. в связи с реорганизацией процедуры редакционной работы в большей части журналов (увеличение сроков рассмотрения научных публикаций, введение дополнительного рецензирования и пр.), наблюдается

спад публикационной активности, составляющий более 38% от общего числа публикаций за предыдущий год. Стоит отметить, что в 2021 году было опубликовано на 21% больше статей по заданной тематике, чем за 2020 год. По результатам анализа ключевых слов была установлена связь между посттравматическим стрессовым расстройством и COVID-19 с сопутствующими показателями нарушения психического здоровья.

Вывод. Проблема посттравматического стрессового расстройства в XXI веке приобретает большую, чем когда-либо актуальность. Важно отметить, что публикационная активность по проблеме ПТСР в области материнства, а именно в послеродовой период, в зарубежной литературе возрастает и на данный момент представляет собой восходящую кривую. Внимание исследователей к данной проблеме может быть связано с разработкой мер по первичной профилактике посттравматического стрессового расстройства среди матерей, а также разработкой и систематизацией мер по оказанию медицинской и психологической помощи матерям, подвергшимся психологической травматизации в ситуации рождения ребенка.

Литература

1. Ермолова Т. В., Флорова Н. Б. Женщина и ее новорожденный в ситуации рисков заражения коронавирусом //Современная зарубежная психология. – 2022. – Т. 11. – №. 1. – С. 48-57.
2. Савенышева С. С., Василенко В. Е., Деева А. А. Отношение к ребенку, психическое здоровье матери и психическое развитие младенца в период пандемии //Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – №. 75-2. – С. 393-397.
3. Фаустова А. Г., Юров И. Ю. Эпигенетические и геномные механизмы в патогенезе посттравматического стрессового расстройства (обзор) //Научные результаты биомедицинских исследований. – 2022. – Т. 8. – №. 1. – С. 15-35.
4. Buhmann C. B., Andersen H. S. Diagnosing and treating post-traumatic stress disorder //Ugeskrift for laeger. – 2017. – Т. 179. – №. 24.
5. Charlson F. et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis //The Lancet. – 2019. – Т. 394. – №. 10194. – С. 240-248.
6. Misund A. R., Nerdrum P., Diseth T. H. Mental health in women experiencing preterm birth //BMC Pregnancy and Childbirth. – 2014. – Т. 14. – №. 1. – С. 1- 8.
7. National Library of Medicine [электронный ресурс]. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ
ФЕНОТИПИЧЕСКИХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА
ФОРМИРОВАНИЕ АЛИМЕНТАРНОЕ ПОВЕДЕНИЯ**

Аринова М.Г.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. В статье представлены фенотипические и генотипические факторы, влияющие на формирование у человека пищевого поведения. Исследование посвящено проблеме этиологии расстройств пищевого поведения. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по указанной проблеме. Установлено, что ведущими факторами риска, формирующими нежелательные элементы алиментарного поведения, являются генетическая предрасположенность, высокий уровень стресса, неправильно сформированное пищевое поведение в детском возрасте. Показано, что применение психологических, психотерапевтических методов профилактики психогенных расстройств, а также адекватной диетотерапии, нагрузочных проб и процедур лечебной физической культуры способствуют нормализации поведенческих реакций.

Ключевые слова: алиментарное поведение, пищевые привычки, генотипические факторы, фенотипические факторы, уровень тревожности, вкусовые предпочтения.

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF
PHENOTYPIC AND GENOTYPIC FACTORS ON THE FORMATION OF
ALIMENTARY BEHAVIOR**

Arinova M.G.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The article presents phenotypic and genotypic factors that influence the formation of human eating behavior. The study is devoted to the problem of the etiology of eating disorders. The analysis of domestic and foreign literature on the

specified problem is carried out. It has been established that the leading risk factors that form undesirable elements of alimentary behavior are genetic predisposition, a high level of stress, and improperly formed eating behavior in childhood. It has been shown that the use of psychological, psychotherapeutic methods for the prevention of psychogenic disorders, as well as adequate diet therapy, stress tests and therapeutic physical culture procedures contribute to the normalization of behavioral reactions.

Key words: *nutritional behavior, eating habits, genotypic factors, phenotypic factors, level of anxiety, taste preferences.*

Современный человек напрямую зависит от своих пищевых привычек, влияющих на состояние здоровья, продолжительность жизни и являющихся оценочным фактором здорового образа жизни.

Пищевое поведение – ценностное отношение к пище и её приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Оно включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека [2]. Существуют три основных типа пищевого поведения: экстернальный, эмоциогенный, ограничительный.

Экстернальное (внешнее) пищевое поведение формируется под влиянием внешних стимулов, относясь к фенотипическому фактору формирования алиментарного поведения. Экстернальное пищевое поведение формируется в семье, когда родители развивают в ребенке привычку принимать пищу, когда он того не желает, ограничивают количество еды. Подобные действия часто приводят к проблемам с избыточным питанием и к расстройству пищевого поведения у ребенка во взрослом возрасте.

Эмоциогенное пищевое поведение связано с уровнем стресса, когда организм неспособен различить состояние голода от тревожности, и является патологической формой. В результате реакция человека на голод и на стресс отождествляются, количество потребляемой пищи увеличивается, что влечет за собой опасность появления избыточного веса. Причинами данного типа алиментарного поведения также является воспитание в семье, при котором ребенок не обучается эффективному поведению в периоды переживания сильных как положительных, так и отрицательных эмоций (стресса), а также хроническое состояние стресса в современном обществе, связанное с постоянным взаимодействием с социумом, непрерывным информационным потоком и ускоренным ритмом жизни в мегаполисах.

Ограничительное пищевое поведение основано на самоограничении и соблюдении строгих диет. Людям с подобным типом пищевых привычек часто свойственна заниженная самооценка, формирующаяся под влиянием социума и вызывающая стойкое желание соответствовать современным стандартам физической красоты.

Формирование пищевых привычек и вкусовых предпочтений начинается с эмбрионального этапа. Вкусовой и обонятельный анализаторы относятся к

нервной системе и начинают закладываться на 13 сутки эмбрионального развития, а функционировать с третьего месяца. Эволюция этих двух анализаторов зависит от диеты матери. В период беременности к плоду через амниотическую жидкость поступают вкусовые и обонятельные стимулы, оказывающие влияние на основные вкусовые предпочтения ребенка после рождения. Наиболее продуктивным периодом формирования вкусовых ощущений считаются первые 1000 дней постнатального развития [3]. Спустя 4 года жизни пищевое поведение стабилизируется и претерпевает незначительные изменения.

На формирование пищевого поведения и вкусовых предпочтений в значительной мере оказывает влияние генетический фактор, определяющий восприятие вкуса и вида пищи, частоты и скорости её потребления. На это указывают данные, полученные в ходе наблюдения, продолжительностью в три года, за 2402 парами близнецов Англии и Уэльса, родившихся в 2007 году [3]. В ходе многочисленных исследований было доказано, что дети отдают предпочтение продуктам, которые мать чаще всего потребляла за время беременности и кормления грудью.

Во взрослом возрасте значительное влияние на формирование пищевых привычек оказывает эмоциональное состояние человека, в особенности уровень стресса, интенсивность физических нагрузок и специфика профессиональной деятельности [1].

Оценка пищевого поведения современного человека включала в себя анкетирование, позволяющее выявить вкусовые предпочтения и их корреляцию с никотиновой зависимостью, а также уровень тревожности (стресса) у человека и его влияние на пищевые привычки и нарушения алиментарного поведения.

Нами было проведено анкетирование обучающихся в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Опрос был направлен на выявление вкусовых предпочтений и их зависимости от наличия никотиновой зависимости, а также на определение уровня тревожности среди людей в возрасте 17-25 лет (... Чел).

Результаты анкетирования, ориентированного на определение вкусовых предпочтений, показали следующее: среди опрошенных 37% испытывают наибольшее пристрастие к сладкому вкусу, а наименьшее – к горькому (70%).
(рис. 1)

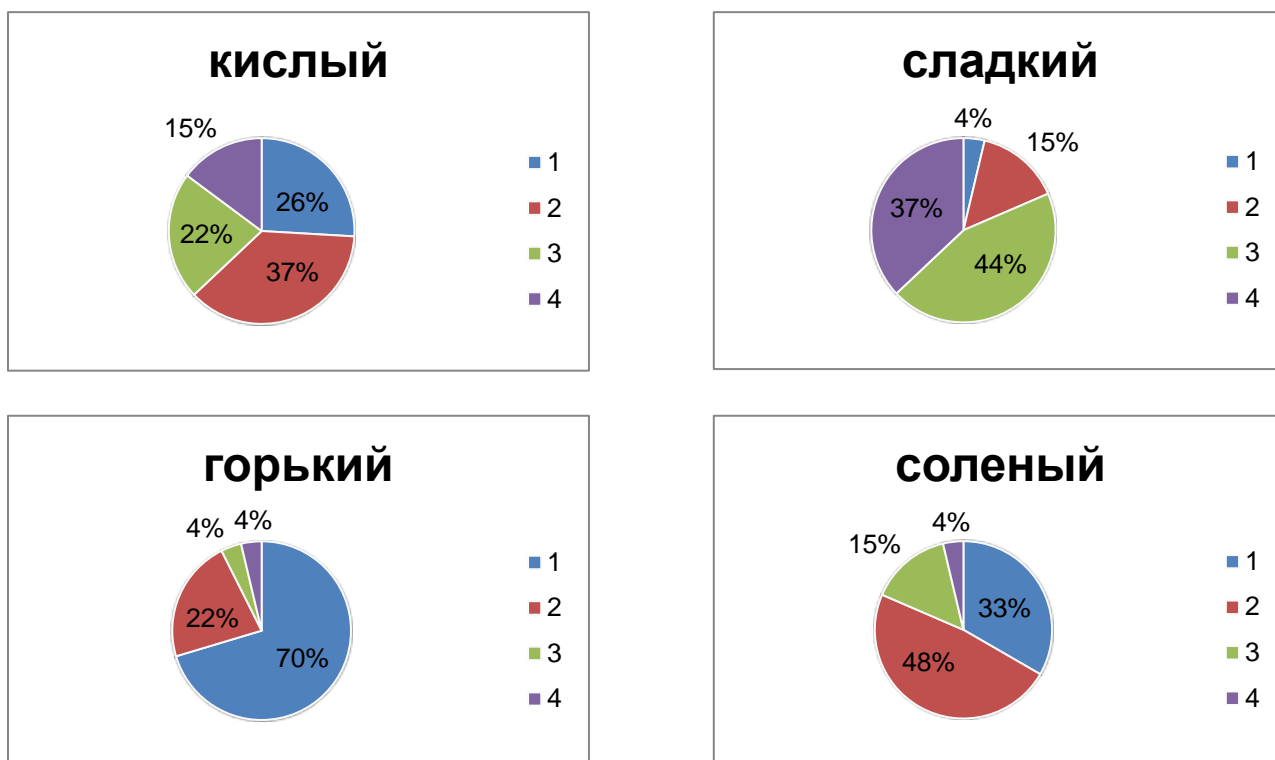


Рис. 1. Результаты анкетирования, направленного на выявление вкусовых предпочтений среди студентов 1-3 курса ВМедА, %

Вкусовое восприятие у студентов с никотиновой зависимостью отличается от такового у людей, не имеющих вредных привычек. Таким образом, среди курящих людей чаще встречается пристрастие к сладкому и соленому вкусам. Причиной этому является негативное воздействие никотиносодержащей продукции на вкусовые и обонятельные рецепторы, ведущее к снижению уровня определения вкуса и запаха. В связи с этим, курящие люди вынуждены потреблять пищу с повышенным содержанием соли и сахара с целью достижения чувства наслаждения едой.

Результаты анкетирования, направленные на определение уровня тревожности среди студентов показали, что данный уровень завышен. Оценка производилась по четырехбалльной шкале, по итогам которого среднее значение оказалось равно $3,15 \pm 0,12$. Большинство опрошенных связывают повышенный уровень тревожности с заниженной самооценкой, сформированной в детстве родителями, с высокими эмоциональными нагрузками в профессиональной деятельности, со значимой степенью влияния стандартов общества на поведение индивидуума.

Полученные после проведения анкетирований результаты позволили выявить зависимость между частотой приемов пищи, активностью людей и уровнем тревожности: чем выше уровень тревожности, тем чаще человек принимает пищу; человек с высокой физической активностью имеет более низкий уровень тревожности.

Основываясь на научной литературе и данных проведенного исследования, мы пришли к выводу, что на формирование алиментарного

поведения оказывают влияние как генетические, так и фенотипические факторы. При этом, фенотипические факторы оказывают более интенсивное влияние, что объясняется высокой степенью социализации человека, его постоянным взаимодействием с обществом. Подобное влияние нередко вызывает расстройства пищевого поведения, такие как булимия, анорексия, ожирение и т.д., ведущие к ослаблению организма и становящиеся причиной многих заболеваний (по большей части сердечно-сосудистых и заболеваний пищеварительного тракта) и психических отклонений.

Существует ряд методик, позволяющих избежать или нивелировать расстройства пищевого поведения. К ним относятся диетотерапия, психотерапия, внедрение регулярных физических нагрузок (лечебная физическая культура). Данные методики направлены на снижение уровня тревожности и избавление от эмоциональных перегрузок, на выстраивание привычек правильного питания у человека, а также на стабилизацию психоэмоционального состояния с помощью сеансов у психолога, либо психотерапевта.

На основе перечисленных методик нами разработан проект схемы профилактики алиментарного поведения у лиц молодого возраста.

Литература

1. Лопатина В.Ф. Патологические особенности алиментарного поведения военнослужащих: автореф... дис. кан. биол. наук. – СПб.: 1996. – 18с.
2. Пырьева Е.А. Ранние этапы формирования пищевого поведения / Е.А. Пырьева, М.В. Гмошинская, Н.М. Шилина, М.А. Гурченкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 63, №3. – С. 125-128.
3. Юдина С.Д., Чернова И.И. Пищевое поведение как часть образа жизни // Ежемесячный научно-практический медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 106-108.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атуова М.Р.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено оценке клинико-психологического статуса пациентов после ампутации конечностей. Цель исследования - разработка перспективных схем психологической реабилитации пациентов после ампутации на основе оценки факторов риска и патогенеза психических нарушений. Установлено, что систематизированный подход в восстановительном периоде должен включать работу не только врачей-клиницистов, но и таких специалистов как: психолог, психиатр, социолог. Предложено использование классических и перспективных групповых и индивидуальных форм терапии, таких как беседы, тренинги, коллективные игры, которые способствуют более эффективной адаптации инвалида к новым условиям жизни.

Ключевые слова: психологическая поддержка, ампутация, инвалид, тренинги, адаптация.

CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS AFTER LIMB AMPUTS

Atuova M.R.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The study is devoted to assessing the clinical and psychological status of patients after limb amputation. The purpose of the study was to develop promising schemes for the psychological rehabilitation of patients after amputation based on the assessment of risk factors and the pathogenesis of mental disorders. It has been established that a systematic approach in the recovery period should include the work of not only clinicians, but also such specialists as: psychologist, psychiatrist, sociologist. The use of classical and promising group and individual forms of

therapy, such as conversations, trainings, collective games, which contribute to a more effective adaptation of a disabled person to new living conditions, is proposed.

Key words: *psychological support, amputation, disabled person, trainings, adaptation.*

Введение. Ампутация – одно из травматичных оперативных вмешательств. По статистике в России проводят более 22 тысяч ампутаций в год. Причинами являются: автокатастрофы, падения с большой высоты, гангрена, вследствие сахарного диабета, облитерирующие заболевания сосудов, ранения. В военное время количество операций по поводу удаления периферической части тела возрастает в 2-3 раза. Факт ампутации травмирует человека не только с точки зрения анатомии, но и отражается на психологическом состоянии пациента. Больной-инвалид требует особого внимания со стороны специалистов-психологов. Необходимость длительного стационарного и амбулаторного лечения, реабилитации и психологической адаптации к новому состоянию организма – это зачастую продолжается несколько лет. Однако, даже в случае самого благоприятного варианта течения заболевания возникает острая необходимость в психологической реабилитации не только пациента, но и членов его семьи.

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с неблагоприятным влиянием факта ампутации верхней или нижней конечности (анатомической части конечности) на душевное благополучие человека и заключается в необходимости обоснования перспективных схем психологической реабилитации на основе оценки факторов риска психогенных расстройств у данной категории пациентов.

Цель исследования – разработка перспективных схем психологической реабилитации пациентов после ампутации на основе оценки факторов риска и патогенеза психических нарушений.

Материалы и методы исследования. Проведены систематизация и анализ данных отечественной и зарубежной литературы о влиянии ампутации на психическое здоровье пациентов. Исследованы факторы риска психологических нарушений. Разработана программа психологической реабилитации пациентов. Методы системный, исторический и сравнительный анализ.

Результаты исследования и их обсуждения. В период Афганской войны (1979 – 1989 гг.) было ранено и контужено 53 753 солдата СССР; в период Чеченской войны (1994 - 1996 гг.; 1999 - 2000 гг.) – 35 343, у большинства из них оформлена инвалидность.

По причинам таких особенностей, как а) эмоционально и физически тяжелый опыт получения травмы (краш-синдром, ожог 3-4 степени, минно-взрывные травмы); б) болевой опыт, получаемый при лечении; в) пациент, перенесший ампутацию, после выхода из наркоза будет испытывать сильнейший стресс. По сравнению с плановыми ампутациями внезапность происходящего воспринимается пострадавшим гораздо острее и болезненнее,

сопровождаясь выраженным отчаянием, потерей смысла жизни, ощущением краха всех планов, надежд и ожиданий. Возникают попытки человека «вычеркнуть боевые эпизоды из памяти». Последствиями таких реакций чаще всего являются различные дисциплинарные проступки, употребление алкоголя, наркомания, суициды. Как правило, это возникает через несколько лет после получения травмы. Зачастую подобное поведение связано с ограниченностью в движениях, непринятием собственной внешности, отсутствием привычной работы.

Результаты исследования кандидата медицинских наук Мостовой Л.И. показали, что у пациентов с ампутацией конечности преобладают неврастенический тип (17,5 %), сенситивный тип (12,8 %) и тревожный тип (10,8 %). Клинически это проявляется раздражением, плохой переносимостью боли, нетерпеливостью, озабоченностью мнением окружающих, тем впечатлением, которое на них может произвести увечье, боязнью превратиться в обузу для родственников [4].

При изучении результатов по шкале депрессии Гамильтона выяснили, что 8,6 % пациентов с ампутацией конечности находятся в тяжелом депрессивном состоянии, 51,6 % пациентов – в легком, у остальных обследуемых депрессия отсутствует [4].

Исполнение Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» (1995) предусматривало обсуждение, принятие и введение в действие Федеральных программ социальной поддержки инвалидов в РФ (1995-1999; 2000-2005). Принято «Положение об индивидуальной программе реабилитации инвалидов», где выделяются три направления реабилитации: медицинская, социальная и профессиональная [6].

Общие технологии психологической работы предполагают систематизированные и структурированные действия специалистов по социальной работе, психиатров, психологов, физиотерапевтов, направленных на активизацию личностных ресурсов человека с ограниченными возможностями и достижение его выхода из трудной жизненной ситуации, а также депрессивных состояний. Результатом в большинстве случаев является полное или частичное восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности [2].

В соответствии с рекомендациями специалистов в области социальной и психологической работы для пациентов, утративших способность использовать свои возможности в полной мере, необходимо проводить индивидуальные или групповые формы терапии, таких как беседы, тренинги, коллективные игры, которые способствуют лучшему и более эффективному вовлечению и адаптации инвалида к привычной среде жизнедеятельности [2]. Человеку важно озвучить окружающим свою историю и получить информацию о решении этой проблемы другими пациентами. Необходимо, чтобы человек смог положительно реагировать на собственное «Я» после ампутации и поверил в то, что качество его жизни может быть не хуже, чем раньше, а

психолог способствовал бы возвращению мотивации к развитию и реабилитационным процедурам [3].

Психологические тренинги, как активное психологическое воздействие, должны обеспечивать нивелирование последствий психолого-травмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям [5].

Так, по мнению профессора Агалиевой Н.Н. (2020 г.) психогигиена в отношении лиц с ограниченными возможностями позволяет создать благоприятные условия для укрепления здоровья, продления активной жизнедеятельности, восстановления и поддержания трудовой деятельности. Вовлечение в культурную и общественную деятельность является значимым условием для культивирования чувства их социальной полезности и повышения самооценки. Комплекс психотерапевтических мероприятий способствует активизации телесных и психических функций, навыков и возможностей, решению конкретных проблемных ситуаций [1]. Поэтому пациентам с данными патологиями необходимо назначать не только лечебные терапии, но и реабилитацию в психологическом плане.

Следует отметить, что, благодаря грамотно организованной психологической поддержке, многим людям удается преодолеть период реабилитации достаточно быстро и эффективно.

Заключение. Таким образом, ведущими факторами риска могут быть устойчивые депрессивные состояния пациента-инвалида, которые усугубляют патологическо-психологическое состояние и приводят к крайне выраженному состоянию отчаяния, что приводит к вредным привычкам, таким как: алкоголизм, курение, наркомания. При этом важно отметить, что деятельность таких специалистов, как психолог, психиатр, социолог также важна, как и работа врачей, оказывающих лечебно-терапевтические мероприятия. С помощью совместной систематизированной и последовательной работы возрастает вероятность положительной динамики в отношении реабилитационных мер для пациентов, утративших способность использовать свои возможности в полной мере.

Нами выделены основные аспекты, которыми нельзя пренебрегать при работе с данными больными. В частности в программе по восстановлению душевного благополучия необходимо акцентировать внимание на коррекцию качества и образа жизни с перспективой возобновить социальные связи на работе и в быту на дооперационный уровень. Эффективное достижение подобной мотивации реализуется при помощи врачей-специалистов.

Литература

1. Алигаева Н. Н. Эмоциональные состояния осужденных-инвалидов как актуальная проблема клинической психологии / Н. Н. Алигаева // Уголовно-

исполнительная система: педагогика, психология и право : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Томск, 19–20 ноября 2020 года. Том Выпуск 8. – Томск: Федеральное казенное учреждение дополнительного профессионального образования "Томский институт повышения квалификации работников Федеральной службы исполнения наказаний", 2020. – С. 217-220. – EDN AARYJN.

2. Веричева О. Н. Технологии социальной работы с инвалидами молодого возраста / О. Н. Веричева, Н. И. Мамонтова // Стратегии социальной мобильности молодежи с ограниченными возможностями и инвалидностью в сферах образования, здравоохранения, культуры, занятости и трудоустройства : материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, Кострома, 28 апреля 2021 года. – Кострома: Костромской государственной университет, 2021. – С. 15-25. – EDN ZUERVX.

3. Первичко Е. И. Психологическая реабилитация семей, переживших ожоговую травму ребенка / Е. И. Первичко, Д. В. Довбыш // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 4(74). – С. 85-92. – EDN WMQNHT.

4. Психотерапевтическая помощь в системе комплексной реабилитации лиц, перенесших ампутацию конечности / Л. И. Мостовая, Е. П. Кривошеков, Е. Б. Ельшин [и др.] // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. – 2021. – № 3(51). – С. 63-69. – DOI 10.20340/vmi-rvz.2021.3.PSY.1. – EDN JBLGTU.

5. Сабанов З. М. Теоретико-методологические и содержательные основы психокоррекционной реабилитации инвалидов / З. М. Сабанов // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2018. – Т. 7. – № 3(24). – С. 373-376. – EDN VAZKIH.

6. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ « О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. – 2011.

**ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ВЛИЯНИЯ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО Е СОСТОЯНИЕ
ЧЕЛОВЕКА**

Беляев В.И., Гайдук Е.С.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено оценке факторов риска психогенных нарушений у лиц с потерей зрения и разработке мер профилактики депрессии, отрицательного эмоционального фона, изменений психологической структуры личности и иных пограничных состояний. Проведен анализ литературы в отношении факторов риска и мер профилактики негативных проявлений внешней психической деятельности. Разработана схема профилактики психогенных нарушений у слабовидящих пациентов, предусматривающая комплексное решение проблемы, связанное с идентификацией ведущих факторов риска расстройств психической природы, специфичных для конкретного индивидуума, выбор сочетания методик и специалистов в области психологии, психотерапии, психоанализа, лечебной физкультуры, социологии, профориентации. Обоснованы критерии системного решения при профилактике клинико-психологических нарушений у людей с патологией органа зрения, который должен учитывать тяжесть заболевания и его характер (врожденная или приобретенная патология).

Ключевые слова: *потеря зрения; слепота; депрессия, системный подход, факторы риска, психогенные расстройства.*

**PSYCHOHYGIENIC AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE IMPACT
OF VISION LOSS ON A PERSON'S EMOTIONAL STATE**

Belyaev V., Gaiduk E.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. This work is devoted to the assessment of risk factors for psychogenic disorders in people with visual loss and the development of measures to prevent

depression, negative emotional background, changes in the psychological structure of the personality and other borderline conditions. An analysis of the literature on risk factors and measures to prevent negative manifestations of external mental activity was carried out. A scheme for the prevention of psychogenic disorders in visually impaired patients has been developed, providing for a comprehensive solution to the problem associated with the identification of leading risk factors for mental disorders specific to a particular individual, the choice of a combination of methods and specialists in the field of psychology, psychotherapy, psychoanalysis, physiotherapy, sociology, career guidance. Substantiated are the criteria for a systemic solution in the prevention of clinical and psychological disorders in people with pathology of the organ of vision, which should take into account the severity of the disease and its nature (congenital or acquired pathology).

Key words: *vision loss; blindness; depression, systemic approach, risk factors, psychogenic disorders.*

Ухудшение функции органа зрения – третье по распространенности нарушение здоровья во всем мире. Данная патология часто является причиной инвалидности и связана со значительными экономическими затратами, снижением уровня и качества жизни, сопутствующими медицинскими проблемами и вопросами психического состояния больного.

Около 30% людей с нарушениями функции органа зрения и инвалидизирующими заболеваниями глаз жалуются на легкие депрессивные симптомы, в то время как 10–50% исследуемых сообщают о клинически значимых депрессивных симптомах [7].

Между тем отсутствуют системные исследования по данному направлению, за исключением редких работ, описывающих отдельные элементы этой проблемы. Вследствие этого, актуальность данной работы связана с отрицательным влиянием потери зрения на клинико-психологические аспекты пациентов, включая отрицательный эмоциональный фон, депрессию, изменение психологической структуры личности, и заключается в необходимости создания и интегрирования в медицинскую практику мер первичной профилактики душевных заболеваний, а также пограничных состояний, связанных с нарушением внешней психической деятельности.

Целью данной статьи является разработка мер первичной профилактики заболеваний и нарушений психического здоровья пациентов, страдающих потерей зрения на основе исследования и анализа современных данных о патогенезе психических нарушений.

Проведена систематизация и анализ данных по проблеме «Нарушения психического здоровья офтальмологических больных». Разработаны предложения по реализации профилактических мероприятий на основе применения системного подхода. Методы исследования – системный и сравнительный анализ.

Зрительный анализатор у людей является ведущим способом сбора информации об окружающем мире, в связи с этим любое нарушение его

функционирования, например, снижение остроты зрения или полная слепота, может быть причиной появления у пациента негативных эмоций, депрессии, страха инвалидности на всю оставшуюся жизнь. Данные стрессовые состояния могут привести к психическим нарушениям [1,4].

В исследовательских работах по реабилитации слепых отмечается что, с потерей зрения уменьшается подвижность человека, степень свободы и количество получаемой информации. В связи с этими обстоятельствами больной становится зависимым от окружающих его людей. Все это, несомненно, порождает у пациента чувство беспомощности и собственной несостоятельности [3].

Однако, поскольку потеря зрения рассматривается как физическая проблема, психологические последствия нарушения зрения могут быть недооценены. В зарубежном исследовании Эйлина Л. Мэйро, Энн П. Мерчисон (2020 г.) взрослых в возрасте 20 лет и старше 10,7% людей с нарушением остроты зрения отмечались клинически значимые уровни депрессии, в отличие от 6,8% людей без нарушения остроты зрения. В исследовании взрослых с более тяжелыми нарушениями зрения 45,2% исследуемых сообщили об умеренных депрессивных симптомах по сравнению с 16,6% в группе нормального зрения [8].

Когда человек теряет зрение, то у него пропадают простота, автономность и естественность поведения. На фоне сильного стресса больной отмечает быструю утомляемость. Навыки, которым пациент учился в течение своей жизни, начинают утрачиваться. Первым страдает способность ориентироваться в пространстве. Страх, который испытывают слепые, зачастую имеет полиэтиологичную природу. Понимание и принятие причин страха, уверенность в своих возможностях, а также интенсивная работа считаются основой избавления от него [6].

Если человек ослеп в течение жизни, то ему проще адаптироваться к новым условиям, нежели человеку, страдающему от данного недуга с рождения. Больной, утративший способность видеть не от рождения, более социален, он не старается избегать общения и сотрудничества с другими людьми. Этому человеку присущи такие качества как самостоятельность, самодисциплина и самоуверенность. Он охотно ставит перед собой новые цели и зачастую их добивается.

У слепого с рождения человека ситуация складывается противоположная. Он пессимистичен, не уверен в себе и своих действиях, с легкостью впадает в уныние и его часто окутывает апатия ко всему окружающему. Такой больной очень близко к сердцу воспринимает критику про себя, из-за чего он постоянно нуждается в одобрении и поддержке других людей. Ему сложно адаптироваться к любым изменениям в привычном для него распорядке, он старается не выделяться из толпы и не проявляет практически никакой активности или инициативы. Сам себя характеризует как человека усталого, слабого духом и чрезмерно уязвимого для какого-либо неблагоприятного влияния окружающей среды [2].

А.Г. Литвака в своей работе «Психология слепых и слабовидящих» [5] пишет о задачах реабилитационной деятельности для интеграции незрячих людей в социуме и установления общественных связей, что, безусловно, немаловажно для таких больных. Этот труд привнес существенный вклад в формирование идеи социализации и адаптации ослепших людей.

В ходе анализа материалов была показана прямая зависимость между тяжестью заболевания органа зрения и психическими расстройствами личности. Установлено, что люди, которые потеряли зрение в процессе жизни, легче адаптируются к окружающему миру, в отличие от слепых с рождения людей.

При нашем участии разработана схема профилактики психогенных нарушений у слабовидящих пациентов, предусматривающая комплексное решение проблемы, связанное с идентификацией ведущих факторов риска расстройств психической природы, специфичных для конкретного индивидуума, выбор сочетания методик и специалистов в области психологии, психотерапии, психоанализа, лечебной физкультуры, социологии, профориентации. В этом случае формируется оптимальный профилактический и терапевтический эффект как в отношении пациента, так и окружающих, что способствует формированию оптимального психологического микроклимата.

Таким образом, можно сделать вывод, что необходим системный подход в профилактике клиничко-психологических нарушений у людей с патологией органа зрения, который должен учитывать тяжесть заболевания и его характер (врожденная или приобретенная патология).

Литература

1. Бойко Э.В. Качество жизни и психологический статус больных с глаукомой и катарактой. / Э.В. Бойко, В.Н. Сысоев, А.А. Новик, О.В. Кузьмичева // Глаукома. - 2010. - № 1. - С. 21-25.
2. Дороднев А.Б. Травма потери зрения и ее влияние на личность. –М., 2008.
3. Кондратов А.М. Проблемы социальной реабилитации слепых. – М., 1990.
4. Либман Е.С. Слепота, слабовидение и инвалидность по зрению в Российской Федерации. Ликвидация устранимой слепоты. Всемирная инициатива ВОЗ / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Материалы Российского межрегионального симпозиума. – Уфа, 2003. – С. 38–42.
5. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. СПб., 1998.
6. Силкин Л.Н. Проблемы социально-психологической реабилитации слепых. – М., 1981
7. Demmin DL, Silverstein SM. Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. Clin Ophthalmol. 2020 Dec 3.
8. Mayro EL, Murchison AP, Hark LA, et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in an urban, ophthalmic population. Eur J Ophthalmol. 2020

**ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННОГО СИНДРОМА ГИЙЕНЕ-БАРРЕ**

Бойкова А.А.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема нарушения психоэмоционального состояния после перенесенного синдрома Гийене-Барре. Научно обоснованны и разработаны профилактические меры предупреждения нарушений психического состояния на основе анализа факторов риска. Предлагается использование системного подхода в интересах повышения эффективности методов коррекции внешней психической деятельности пациентов.

Ключевые слова: *психогигиена, поведение, адаптации, психопрофилактика, синдром Гийене-Барре.*

**PSYCHOLOGICAL CHANGES AFTER THE GUILLAIN-BARRE
SYNDROME**

Boykova A.A.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. This article deals with the problem of violation of the psycho-emotional state after the Guillain-Barre syndrome. Prophylactic measures for the prevention of mental disorders based on the analysis of risk factors are scientifically substantiated and developed. It is proposed to use a systematic approach in order to increase the effectiveness of methods of correction of patients' external mental activity.

Key words: *psychohygien, behavior, adaptatio, psychoprophylaxis, Guillain–Barré syndrome.*

Введение. Синдром Гийене-Барре (СГБ) является наиболее частым острым аутоиммунным заболеванием периферической нервной системы, которое завершается частичным или полным выздоровлением пациента. Однако в ряде случаев вследствие прекращения иннервации диафрагмы может

наступить летальный исход. В связи с этим у пациентов наблюдаются психогенные расстройства, нарушения внешней психической деятельности, лабильность эмоциональной сферы из-за потенциальной угрозы смерти.

Следовательно, больные с СГБ нуждаются в системном лечении не только основного заболевания, но и психоэмоциональной лабильности, вызванной органической патологией.

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с влиянием тяжелых и пролонгированной формы СГБ на душевное и социальное благополучие пациентов и заключается в необходимости обоснования мер психопрофилактики на основе исследования факторов риска психогенных нарушений.

Цель. Обоснование и разработка профилактической программы в отношении нарушений психического состояния на основе исследования факторов риска психогенных нарушений.

Материалы и методы. В данной работе проведена систематизация и анализ зарубежной и отечественной литературы. Разработана программа коррекции внешней психической деятельности при СГБ. Метод исследования: системный анализ.

Результаты исследований. Согласно теории дифференциальных эмоций, личность – это результат сложного взаимодействия шести систем: гомеостатической, побудительной, эмоциональной, перцептивной, когнитивной и моторной. Самостоятельно каждая система автономна и независима, однако любая из них несет определенное влияние на другие [3]. При патологии одной из систем нарушается равновесие, что приводит к функциональному изменению других. Острые и хронические заболевания всегда являются фактором риска нарушения их взаимодействия.

Учитывая, что СГБ является одной из самых частых причин острых вялых тетрапарезов у лиц, как правило, трудоспособного возраста, необходимо восстановление не только физиологических функций организма, а также психологического здоровья. Дальнейшему полноценному существованию человека в обществе после перенесенного заболевания могут препятствовать возникающие социальные и психические проблемы, такие как невозможность полноценного возвращения в рабочий коллектив после длительного периода лечения с ограничением физической деятельности. В свою очередь функциональные ограничения во время болезни и реабилитации приводят к тому, что взаимодействие пациента с обществом сводится только к общению с его родственниками и близкими, что приводит к нарушению психоэмоционального состояния. Эмоции, выступая в качестве регуляторов поведения, выполняют важную приспособительную функцию в плане организации взаимодействия субъекта с внешней средой, обеспечения активных форм его жизнедеятельности [1]. Следовательно, без восстановления стабильного эмоционального фона и расширения круга общения невозможно возвращение в социальную среду.

Данное острое состояние может разрешиться достаточно быстро (в течение нескольких месяцев), однако наблюдаются случаи, при которых выздоровление наступает только спустя несколько лет, или полного возврата утраченных функций организма не происходит. По данным многочисленных исследований, остаточный двигательный дефицит разной степени выраженности может наблюдаться в 20–40% случаев, остаточные чувствительные нарушения и нейропатический болевой синдром – у 40–65% [2]. У пациентов с пролонгированным периодом реабилитации или без видимых улучшений имеющейся патологии в период восстановления, всегда возникают смешанные поведенческие и эмоциональные расстройства, выражающиеся в депрессии, апатии, лабильности фона настроения, немотивированном страхе.

При затяжном течении нарушаются приспособительные механизмы. Адаптационные возможности обусловлены сложной многоуровневой структурно-функциональной системой; при этом на каждом уровне регулирования действуют преимущественно психологические или физиологические механизмы [5]. Так, при усилении одних снижаются другие. Заболевание вовлекает в большей степени физиологические механизмы, что приводит к «срыву» адаптации при изменении эндогенных и экзогенных факторов. Проявление патологии заключается в социально-психологической деформации личности.

Синдром является аутоиммунным заболеванием, в связи с этим всегда существует риск повторного возникновения симптомов, что влияет на психическое состояние человека и вызывает у пациента лабильность эмоционального фона и поведения. При постоянном психоэмоциональном напряжении, нервная система расходует собственные резервы и у пациента наблюдаются: раздражительность, апатия, лабильность фона настроения, немотивированные страхи, депрессивные реакции, вспыльчивость, психоэмоциональная возбудимость, эмоциональная неустойчивость.

Затяжное течение заболевания также выражается в видимом изменении телосложения и физического развития, что отражается на внешности, красоте и восприятии человека окружающими. В связи с этим пациент становится замкнутым, раздражительным и осознано изолирует себя от общества.

Таким образом, факторы риска являются основным звеном в механизме формирования изменений в психической функции человека в период разгара СГБ и при последующей реабилитации.

Нами разработана программа коррекции внешней психической деятельности у пациентов с синдромом Гийене-Барре. Для предупреждения возникновения нарушений психоэмоционального состояния человека после перенесенной патологии необходимо снизить влияние экзогенных и эндогенных факторов в период разгара заболевания и при реабилитации.

Выводы.

1. Установлены ведущие факторы риска психоэмоциональных нарушений при синдроме Гийене-Барре: наличие органической патологии,

- потенциальная смерть при тяжелом течении, выявление заболевания у людей с измененной эмоциональной сферой, генетическая предрасположенность к нарушениям внешней психической деятельности, ограниченные возможности перемещения, социальная изоляция, видимые изменения телосложения и физического развития, что отражается на внешности, красоте и восприятии человека окружающими.
2. Лечение основного заболевания должно включать профилактику психогенных расстройств, осложнений, что предусматривает системный подход на основе разработанной нами программы профилактики.
 3. Доказана важность взаимодействия специалистов в области психологии, психотерапии, лечебной физкультуры, диетологии.

Литература

1. Анохин, П.К. Эмоции. Психология эмоций. Тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Просвещение, 1984. – 172 с.
2. Гришина, Д.А. Синдром Гийена–Барре: особенности восстановления демиелинизирующих и аксональных форм / Д.А. Гришина [и др.] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2012. – №4. – С. 18-25.
3. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб.: Питер, 1999. – 464с.
4. Корниенко, Д.С. Взаимосвязь самооценок здоровья и психологического благополучия у практически здоровых и имеющих хронические заболевания молодых людей / Д.С. Корниенко [и др.] // *Гигиена и санитария*. – 2016. – №6. – С. 577-581.
5. Липунова, О.В. ЭМОЦИИ, ПОВЕДЕНИЕ И ЛИЧНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 6. – С. 16-24.

**ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТАРНОСТЬЮ
СЛУХА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ. АНАЛИЗ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**
Бондарева Е.Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия
E-mail: b0ndareva.kate@yandex.ru*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.,**

Аннотация. В данном информационном источнике рассматриваются особенности схемы тела младшего школьника с дефицитарностью слуха и учитываются особенности пространственных представлений. Нейропсихологическая диагностика представлена диагностическими пробами на восприятие схемы тела, пространственный, конструктивный праксис, а также, зрительное восприятие на основе методического альбома Л.С. Цветковой.

Ключевые слова: нарушение слуха, дефицит слуха, слабослышащие младшие школьники, дети с нарушением слуха, схема тела, младший школьный возраст, нейропсихологическая диагностика, пространственные представления, клинический случай.

**PECULIARITIES OF BODY SCHEME IN CHILDREN WITH HEARING
DEFICIENCY IN PRIMARY SCHOOL AGE. CASE STUDY.**
Bondareva E.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. This information source discusses the features of the body scheme of a junior schoolchild with a hearing deficit and takes, into account the features of spatial representations. Neuropsychological diagnostics is represented by diagnostic tests for the perception of the body scheme, spatial, constructive praxis, as well as visual perception based on L.S. Tsvetkova.

Key words: hearing impairment, hearing deficit, hearing-impaired junior schoolchildren, children with hearing impairment, body scheme, primary school age, neuropsychological diagnostics, spatial representations, clinical case.

Началом исследования особенностей детей с нарушением слухового восприятия мы можем считать середину XIX века – время активного интереса к изучению отечественной сурдопедагогики. Одними из наиболее известных российских сурдопедагогов того времени были В.И. Флери, Н.М. Лаговский, Ф.А. Рау, А.Ф. Остроградский. Среди современных научных деятелей наиболее известен Л.С.Выготский и его последователи: Л.В. Занков, И.М. Соловьев, А.А. Венгер и так далее. Их исследовательский интерес представляли познавательные процессы детей с нарушением слуха, в частности, восприятие, память, мышление и речь. Эта потребность в изучении дефицитности слуха связана с запросом педагогической практики (адаптацией детей с сенсорными нарушениями к обучению). Данный вопрос остается актуальным и в наши дни [9].

В контексте овладения детьми с дефицитностью слуха школьной программой и различными учебными навыками, необходимо учесть важную роль схемы тела – это базис развития пространственных представлений, письма, чтения, наглядно-образного мышления [1,3,12]. С точки зрения нейропсихологии, схема тела – это модель, которая отражает структурную организацию тела в пространстве через такие мозговые структуры как зона ТРО (височно-теменно-затылочная область). Здесь происходит восприятие расположения частей, звеньев системы тела, представление о ее границах [7,12]. Схема тела ребенка – это первая плоскость, которую он изучает. Навыки пространственной ориентации, которые в результате освоения собственной схемы, получил ребенок, он переносит на большую плоскость – внешнее пространство и то, как располагаются предметы в нем, относительно самого человека. Полная сформированность схемы тела приблизительно наблюдается в 7 лет, но также трансформируется и в будущем [6,10]. Следовательно, истоки ее формирования и базис мы наблюдаем в дошкольном возрасте.

В контексте детей с дефицитностью слуха мы можем говорить о недостаточности левого и правого полушария, а также, трудности межполушарного взаимодействия, вследствие чего невозможно гармоничное формирование целостного образа воспринимаемых частей объекта и, исходя из этого, недостаточность формирования пространственного гнозиса [1,2]. Как известно из имеющихся исследований, в младшем школьном возрасте у детей с нарушенным слухом существуют трудности пространственной ориентировки, для которых характерно правильное, но с некоторыми ошибками, выполнение проб, исследующих отношения между предметами в пространстве [4,6]. Ориентировка в пространстве имеет свою структуру и иерархию созревания в онтогенезе.

1. Основной этап – это различение частей своего тела: расположение своих рук, ног, головы и др. Сформированный данный этап представляет собой базис схемы тела, на который далее надстраиваются новые знания о пространстве. При нарушении схемы тела первого этапа невозможно гармоничное познание последующих этапов. Позже будет описан разбор данной ступени развития подробнее.

2. На втором этапе происходит расширение границ пространства и переход восприятия на отдельные объекты вне своего собственного тела. Определение переда, зада, верха и низа у объектов, а также у сторон листа. Сюда-же входит ориентир в аудитории. Важным является дополнение работы всех сенсорных систем: осязание, слух, обоняние, вкус, зрительное восприятие контура изображений.
3. Третий этап характеризуется вербальным обозначением расположения предметов, окружающих ребенка. Он считает себя за точку отсчета и может назвать, что и где располагается (право-лево-вверху-внизу). Здесь-же употребляют предлоги в речи, обозначающие расположение, а также, возможно описание расстояния между объектами или относительно себя.
4. На последнем этапе ребенок умеет составлять простейшую схему пространства, определять соотношение и разницу между расположением предметов и их отражением в зеркале, строить простые маршрутные карты, выстраивать схемы по вербальной инструкции [8].

Исходя из данных о том, что у младших школьников, страдающих нарушением слуха, нарушен один из уровней структуры пространственных представлений, в данном исследовании мы реализуем клинический случай, чтобы установить, на каком из уровней схемы тела наблюдаются затруднения.

Рассматривая уровни схемы тела, нам представлены следующие:

1. Уровень чувствительного восприятия, на котором исследуется поверхностная и глубокая чувствительность, одновременная на двух конечностях чувствительность, стереогноз и в целом, кожное чувство.
2. Уровень представлений частей своего тела, где исследуется ориентировка право-лево, расположение относительно друг друга частей тела, называние их.
3. Уровень организации движений, таких как расположение в пространстве, движение относительно лица, реализация пробы Хэда.
4. Завершающий уровень – пространственные представления, о котором мы говорили выше. Он представлен более сложными двигательными актами в пространстве, употребление логико-грамматических конструкций, употребляя предлоги и построение простейших маршрутных карт [1,2,5,6].

В данном клиническом случае мы изучим, какой уровень схемы тела нарушен у исследуемого школьника.

В качестве базы для исследования приняла участие ОКОУ «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья».

Исследуемый – Витя С., 9 лет, ученик 4Б класса. По данным психолога у Вити отмечена III степень тугоухости и задержка умственного развития.

Цель исследования: изучить особенности схемы тела младшего школьника, а также, определить уровень нарушения схемы тела.

Диагностическим инструментарием выступил методический альбом Л.С. Цветковой [11].

Проведена диагностика латерализации, представлений о схеме тела и пространственных представлений.

Диагностика **первого уровня** схемы тела:

- проба на локализацию прикосновения;
- проба Тойберга.

Диагностика второго уровня:

- называние частей тела;
- демонстрация частей тела левой и правой рукой по инструкции;
- право-левая ориентировка рук;
- определение левой и правой части листа;
- рисунки на частях листа.

Третий уровень:

- проба положения руки относительно лица;
- проба Хэда;
- повторение позы пальцев с закрытыми глазами;

Четвертый уровень:

- называние пространственных отношений предметов («Ящик и бочка»).

Обсуждение. Пробы первого уровня при выполнении первый раз выполнены неверно, с некоторой тренировкой школьник справился с заданием. Вероятно, это связано с непониманием инструкции вследствие слуховой депривации. Таким образом, мы определяем сохранность первого уровня, отсутствие нарушений схемы тела.

При назывании частей тела с инструкцией Витя делал ошибки, самым первым без ошибок показал «нос» и «глаза». Перепутал брови и губы, но при последующем продолжении методики, он смог правильно назвать части лица и ноги. Название «плечи» самостоятельно назвать не смог, но после показа экспериментатора положительно эмоционально отреагировал, что означало его узнавание этой части тела. При показе разных сторон правой и левой рукой правильно указывал разноименные стороны, например, «правой рукой левый глаз» и не справлялся с демонстрацией «левой рукой левую ногу». Части листа указал неверно, рисунки сделал соответственно неправильной стороны «крестики на левой, кружочки на правой». Эти данные говорят о том, что существует некоторая неполноценная сформированность представлений о своем теле и право-левой ориентировки. Относительно лица верно изобразил положение руки, но было зеркальное отображение рук экспериментатора. В пробе Хэда также выявлено отзеркаливание. При повороте экспериментатора, чтобы показать эту зеркальность, школьник понимал свою ошибку, но в следующем положении продолжал отзеркаливать. Это говорит о несформированности пространственного праксиса и третьего уровня схемы тела. Пространственные отношения между предметами не назвал, в речи предлоги не употребляются. Следовательно, четвертый уровень не сформирован.

Исходя из исследования, младший школьник с депривацией слуха находится на втором уровне сформированности представлений о схеме тела как следствие дефицитности слуха.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности взаимосвязи нейропсихологических параметров схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации // В сборнике материалов 85-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 85-летию КГМУ. Курск, 2020. С. 216-218.
2. Блинова К.В. Особенности коррекционной работы над схемой тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2019. С. 22-28.
3. Блинова К.В., Молчанова Л.Н. Нейропсихологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием.. Под редакцией П.В. Ткаченко. 2019. С. 21-25.
4. Бондарева Е.Ю. Особенности пространственных представлений у детей с дефицитностью слуха. Анализ клинического случая. Межвузовский сборник, 2022. С. 13-21.
5. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10. № 2. С. 76-94.
6. Молчанова Л.Н., Рябыкина А.И. Особенности структурной организации схемы тела у детей младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу врожденного слабослышения. Медицинская психология в России. Т. 10, № 6(53) 2018. 15 с.
7. Никишина В.Б., Лазаренко В.А., Петраш Е.А., Ахметзянова А.И. Нарушение схемы тела при менингиомах теменно-затылочной области. Журнал неврологии и психиатрии, 12, 2016. С. 20 - 24.
8. Павлова Т.А. Развитие пространственного ориентирования у дошкольников и младших школьников., М., Школьная пресса, 2004. 312 с.
9. Сулова О.И. Основы психологии детей с нарушениями слуха: Учебное пособие. 2013. 93 с.
10. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – СПб.: Изд-во Питер, 2005. – 496 с.
11. Цветкова Л.С. Методический альбом. 2010г., 75 с.
12. Blinova K.V. FEATURES OF THE RELATIONSHIP OF NEUROPSYCHOLOGICAL PARAMETERS OF THE BODY SCHEMA IN HEARING-IMPAIRED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE / В сборнике:

Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией В.П. Гаврилюка. Курск, 2020. С. 31-38.

УДК 616.89-008.47-008.61

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.
КАТЕГОРИАЛЬНО-ПОНЯТИЙНЫЙ АНАЛИЗ**

Ветрова В.И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный университет», Курск, Россия

**Научный руководитель: к. психол.н., доцент кафедры
специальной психологии и коррекционной педагогики Миракян К.Ф.**

Аннотация. Статья посвящена теоретическому анализу проблемы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, дефицитарное развитие, частичная (парциальная) ретардация, поведенческое расстройство.

**ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.
CATEGORICAL AND CONCEPTUAL ANALYSIS**

Vetrova V.I.

Kursk State University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: candidate of Psychology, Associate Professor of the
Department of Special Psychology and Correctional Pedagogy, K.F. Mirakyan**

Abstract. Attention disorder with hyperactivity is a mental, behavioral disorder that begins in childhood. It is manifested by symptoms such as difficulty concentrating, hyperactivity and impulsivity.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, deficit development, partial (partial) retardation, behavioral disorder.

Введение. Интерес к изучению проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности с каждым годом увеличивается в связи с возрастающими эпидемиологическими данными. [7,9].

В результате проведенного категориального-понятийного анализа синдрома дефицита внимания и гиперактивности, считаем целесообразным представить анализ определений СДВГ [1,2,3,4]. (Рис.1)



Рис.1. Категориально-понятийный анализ «Синдром дефицита внимания и гиперактивности»

Считаем целесообразным представить анализ эндогенных и экзогенных причин возникновения СДВГ. Основные причины развития СДВГ обусловлены медико-биологическими, психологическими и социальными факторами, представленными на рисунке 2. [10].

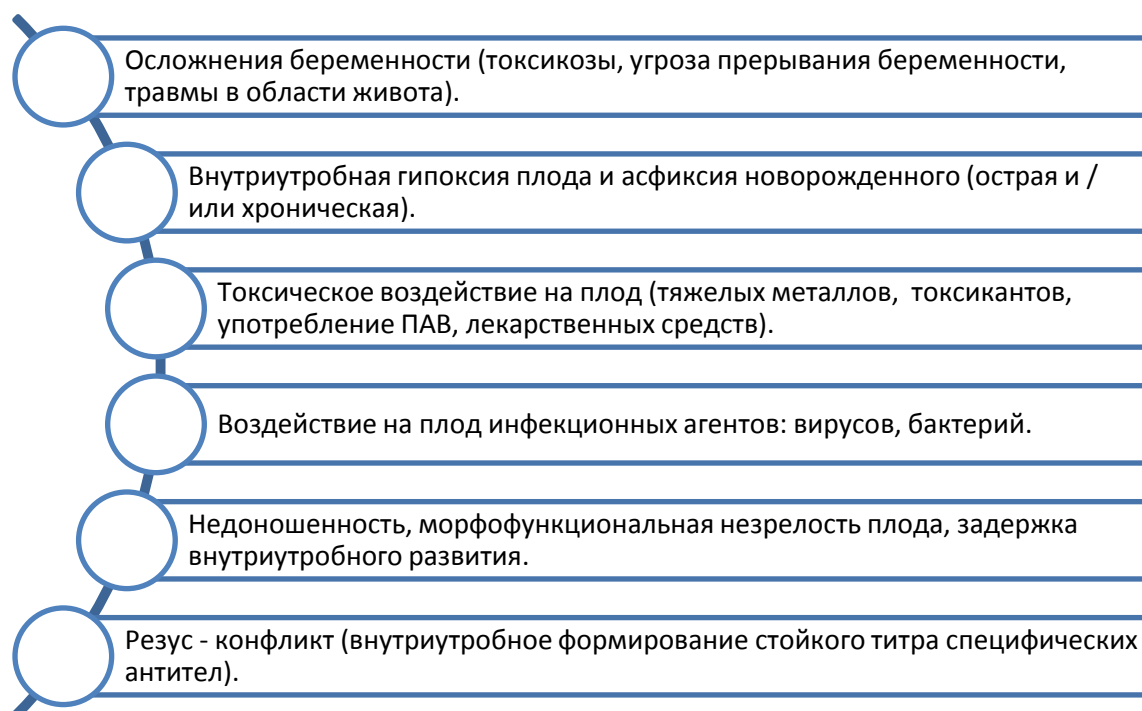


Рис.2. Факторы, приводящие к возникновению СДВГ

Методика исследований. В качестве методов исследования были применены: обзор литературных источников отечественных и зарубежных авторов.

Результаты исследований. Нарушения ВПФ у детей с проявлениями СДВГ считаем целесообразным представить на рисунке 3.



Рис 3. Нарушения высших психических функций у детей с проявлениями СДВГ

Вывод. Проведенный категориально-понятийный и библиометрический анализ синдрома дефицита внимания и гиперактивности подтверждает возрастающий с каждым годом исследовательский интерес к изучению СДВГ.

Литература

1. Запесоцкая И.В., Никишина В.Б., Миракян К.Ф. Регуляторные и кинетические нарушения поведения в подростковом возрасте. Монография. – Курск: КГМУ Минздрава России, 2017. - 296 с.
2. Миракян К.Ф. К проблеме клинико-психологической диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Томск: Типография "Иван Федоров", 2016. - № 5. – С. 196.
3. Никишина В.Б. Юркшат К.Ф. Баркова В.Л. Петраш Е.А. Проекция регуляторной разбалансированности свойств внимания на уровень индивидуально-типологических особенностей младших подростков с проявлениями СДВГ. Научное обозрение. – М: Наука образования, 2015. – С.201 – 209.
4. Никишина В.Б., Юркшат К.Ф., В.Л. Баркова, Е.А. Петраш Диагностика индивидуально-типологических особенностей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования. Социальная политика и социология. – М: Российский государственный социальный университет, 2013. - № 4-2 (97). – С.142-154.
5. Никишина В.Б. Юркшат К.Ф. Медико-биологические и нейропсихологические аспекты нарушений праксиса у младших подростков с

проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии: сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (17-19 мая 2011 г.). – Курск: КГМУ, 2011. – С. 268-269.

6. Юркшат К.Ф. Пространство межличностных отношений младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Сборник материалов научно-практической конференции молодых ученых (19-20 апреля 2011 г.). – Санкт-Петербург 2011. – С. 82-84.

7. Юркшат К.Ф. Онтогенетические закономерности возникновения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Ученые записки Российского государственного социального университета. – М: Российский государственный социальный университет, 2012. – № 2(102). – С. 263-267.

8. Юркшат К.Ф. Петраш Е.А. Социально-психологические факторы межличностного взаимодействия подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (тезисы докладов научно-практической конференции) Человек в сложной жизненной ситуации: клинико-психологические аспекты: материалы международной научно-практической конференции. – Курск: КГМУ, 2012. – С. 225-227.

9. Юркшат К.Ф. В.Б. Никишина, В.Л. Баркова, Е.А. Петраш Диагностика индивидуально-типологических особенностей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования. Социальная политика и социология. – М: Российский государственный социальный университет, 2013. - № 4-2 (97). – С.142-154.

10. Юркшат К.Ф. Психологическая диагностика проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у младших подростков. Вестник университета (Государственный университет управления), 2013. – № 19. – С.307 - 310.

УДК 616.89-008.454:616.98:578.834.1

**АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИИ У ЛЮДЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ
COVID'19**

Гарбаченя Т.А

*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика
Беларусь*

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент И.М. Сквиря

Аннотация. В статье представлен анализ уровня депрессивности у людей, перенесших Covid'19, а также возможных факторов, влияющих на развитие данного состояния. Существует мнение, что вследствие коронавирусной инфекции может развиваться депрессия, тревога, другие эмоциональные нарушения, а это, в свою очередь, ухудшает процесс выздоровления и качество жизни людей. Исходя из вышесказанного, данная работа направлена на то, чтобы подтвердить или опровергнуть эту идею.

Ключевые слова: депрессия, депрессивное расстройство, Covid'19, коронавирусная инфекция.

**ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION IN PEOPLE,
WHO HAVE HAD COVID'19**

Garbachenya T. A.

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Scientific advisor: Doctor of Medical Sciences, Associate Professor I.M. Skvira

Abstract. The article presents an analysis of the level of depression in people who have suffered Covid'19, as well as possible factors affecting the development of this condition. There is an opinion that depression, anxiety, and other emotional disorders may develop as a result of coronavirus infection, and this, in turn, worsens the recovery process and the quality of life of people. Based on the above, this work is aimed at confirming or refuting this idea.

Key words: depression, depressive disorder, Covid'19, coronavirus infection.

Актуальность. В течение всей продолжительности пандемии Covid'19 основное внимание направлено на развитие общих медицинских осложнений, значительно меньше исследуется прямое влияние коронавирусной инфекции на психическое здоровье.

Заболевание Covid'19 может вызывать депрессию, тревогу и другие эмоциональные нарушения, которые, в свою очередь, препятствуют выздоровлению.

Согласно исследованию, опубликованному в «Обзрении психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева» [1], пандемия Covid'19 уже повлекла за собой увеличение количества психических расстройств не только у людей со склонностью к подобным заболеваниям, но и у значительной массы населения, которая не сталкивалась с этой проблемой ранее. Отмечено увеличение числа случаев тревожно-депрессивных расстройств, а также фактов суицидального поведения.

Неизвестность вируса, быстрое его распространение, риск смерти и отсутствие и неэффективность вакцины, кроме того, пугающие и нагнетающие новости и статистика в СМИ, дефицит средств индивидуальной защиты – все это способствует развитию эмоциональных расстройств и увеличению риска развития психических заболеваний, связанных с коронавирусной инфекцией.

Цель: изучить уровень депрессивности у людей, перенесших Covid'19 и проанализировать возможные факторы, влияющие на развитие данного состояния.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование состояния 73 человек, перенесших в 2022 году Covid'19. Уровень депрессии оценивался по шкале Бека, которая представляет собой опросник, включающий в 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии. Подсчитывался суммарный балл, который может быть от 0 до 63: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов, 10-18 – легкая депрессия, 19-29 – умеренная депрессия, 30-63 – явно выраженная депрессивная симптоматика. Кроме того, в данном опроснике выделяются 2 субшкалы: когнитивно-аффективная (с 1-го по 13-й пункт) и субшкала соматических проявлений (с 14-го по 21-й пункт), позволяющие определить более выраженные психологические или органические проявления. В дополнение к результатам тестирования по шкале Бека учитывались возраст, пол, занятость, в какой форме был перенесен Covid'19, наличие сопутствующих заболеваний, а также осложнений и обострений хронических заболеваний после коронавирусной инфекции; причины и период времени, с которыми респонденты связывали изменение своего морального состояния. Опрос осуществлялся индивидуально в online-формате с использованием сервера www.surveymonkey.com.

Результаты и их обсуждение. Из 73 респондентов доля мужчин составила 17,8% (13 человек), доля женщин – 82,2% (60 человек). Возраст большинства респондентов оказался в диапазоне от 19 до 40 лет (89%). 4,1% составил возраст от 13 до 18 лет, а 6,9% – возраст старше 40 лет.

39,7% человек, переболевших Covid'19, не отметили выраженных сдвигов в психологической и физической сфере. Среди тех, кто заметил изменения в своем состоянии, большинство респондентов (32,9%) в качестве причины данного изменения назвали плохое самочувствие и ухудшение физического состояния; 19,2% человек ответили, что на их эмоциональное состояние повлияли в совокупности и плохое самочувствие, и изоляция с ограничением контактов с семьей и друзьями, и избыток негативных новостей в

СМИ, и страх свой смерти и смерти близких. Кроме того, эти изменения большее число людей (58,1%) отметили в течение первых недель и месяцев после коронавирусной инфекции, 23,3% – непосредственно в момент болезни, 18,6% – спустя 6 месяцев после Covid'19.

По результатам шкалы Бека 73 респондента, перенесших Covid'19, распределились на две подгруппы, в зависимости от наличия признаков депрессии по шкале Бека. Первую подгруппу составили 44 (60,3%) пациента без признаков депрессии, из них 79,6% (35 человек) составили женщины, на долю мужчин пришлось 20,4% (9 человек). Основной возраст данной группы – от 19 до 40 лет (84,1%). Из 44 пациентов без признаков депрессии перенесли Covid'19: 11,4% – в бессимптомной форме, 50% людей перенесли Covid'19 в легкой форме, 34,1% – средней степени тяжести, 4,5% – в тяжелой форме. Кроме того, в этой группе доля безработных составила всего 4,5% (2 из 44) человек. 52,3% людей из этой группы имели хронические заболевания, у 13,6% они обострились. Также у 36,4% людей возникли осложнения вследствие коронавирусной инфекции.

Вторую подгруппу составили 29 (39,7%) из 73 пациентов, у которых по результатам оценки шкалы Бека, были выявлены депрессивные симптомы. Возрастной диапазон данной группы, как и в первой, также был 19-40 лет, 89,7% составили женщины, 7 (24,1%) опрошенных являлись безработными и незанятыми. Из этой подгруппы у 15 (51,7%) человек по шкале Бека была выявлена легкая депрессия, преимущественно астено-субдепрессивная симптоматика. Причем у 12 (80%) из них преобладал когнитивно-аффективный аспект (нарушилось эмоциональное состояние, у человека изменился взгляд на себя, на свои проблемы, акцент на субъективных ощущениях депрессии), а у 3 (20%) человек преобладали соматические проявления депрессии (акцент на физических жалобах). 2 (13,3%) человека перенесли коронавирусную инфекцию в бессимптомной форме, 7 (46,7%) – в легкой форме, 5 человек (33,3%) имели среднюю степень тяжести, 1 (6,7%) – тяжелую форму. У 53,3% людей с легкой депрессией имелись хронические заболевания. У 46,7% человек возникли осложнения после коронавирусной инфекции.

У 11 человек (37,9%) из второй подгруппы выявлена умеренная депрессия, критический уровень, у каждого из которых также преобладали когнитивно-аффективный аспект. 6 человек из них (54,5%) перенесли Covid'19 средней степени тяжести, 3-е человек (27,3%) – в легкой форме, 2-е человек (18,2%) – в бессимптомной форме. У 72,7% опрошенных было отмечено наличие хронических заболеваний, а у 54,5% возникли осложнения после перенесенного Covid'19.

3 человека (10,4%) из второй подгруппы имели явно выраженную депрессивную симптоматику, 2-м из которых характерна выраженная когнитивно-аффективная симптоматика, 1-му – соматическая. 2 человека (66,7%) имели среднюю степень тяжести коронавирусной инфекции, 1 человек (33,3%) перенес в легкой форме. Хронические заболевания отсутствовали, однако осложнения имелись у 2 людей (66,7%).

Известно, что в зависимости от этиологии, депрессия может быть психогенная, соматогенная, эндогенная.

При анализе было выяснено, что у 55,2% людей, у которых развилась депрессия, имелись сопутствующие хронические заболевания. Кроме того, у 25% из них отметились обострения этих заболеваний. У 27,6% человек возникли осложнения. Так же 31,3% людей, у которых были выявлены депрессивные симптомы, по результатам опроса делали акцент на плохом самочувствии и ухудшении физического состояния, обилии соматических жалоб. Все эти данные позволяли подозревать соматогенную этиологию депрессии.

Респонденты, у которых отсутствовали хронические заболевания и которые отметили особое влияние сильных отрицательных внешних факторов, таких как изоляция и ограничение контактов с семьей и друзьями, страх своей смерти и смерти близких, избыток негативных новостей в СМИ, составили 23,1% – все факты указывали на психогенную этиологию депрессии.

У 7% респондентов с депрессией абсолютно отсутствовали сопутствующие хронические заболевания, кроме того, они отрицали влияние любого фактора на их состояние, в таком случае можно было рассуждать об эндогенной депрессии.

У 18,8% людей, имеющих хронические заболевания, также отмечалось большое влияние на психику внешних сильных отрицательных факторов – в таком случае возможна смешанная этиология депрессии.

Заключение. Таким образом, проведенная работа позволила изучить уровень депрессивности у людей, перенесших Covid'19 и проанализировать возможные факторы, влияющие на развитие данного состояния, а также возможную этиологию развившейся депрессии. По результатам шкалы Бека, из 73 человек, перенесших Covid'19, у 44 (60,3%) отсутствовали депрессивные симптомы, у 29 человек (39,7%) была выявлена депрессия различной степени. Среди основных факторов, приведших к данному состоянию, большинство респондентов выделили плохое самочувствие и ухудшение физического состояния, однако небольшие проценты составляли и другие варианты ответов. Кроме того, эти изменения большее число людей (58,1%) отметили в течение первых недель и месяцев после коронавирусной инфекции, 23,3% – непосредственно в момент болезни, 18,6% – спустя 6 месяцев после Covid'19. Различный временной интервал, выделяемые факторы, которые, по мнению респондентов, способствовали развитию депрессивного расстройства, различные степени депрессии у людей со схожими анамнестическими данными указывали на то, что важное место занимает индивидуальность и особой закономерности не наблюдалось.

Что касается этиологии, то у 55,2% людей данные указывали на соматогенную депрессию (так как имелись сопутствующие хронические заболевания, у некоторых они обострились на момент пандемии, возникли осложнения, также характерно было обилие соматических жалоб). 21,3% – респонденты, у которых отсутствовали хронические заболевания, и, которые

отметили особое влияние сильных отрицательных внешних факторов, – все факты указывали на психогенную этиологию депрессии. У 7% респондентов с депрессией отсутствовали и сопутствующие хронические заболевания, и влияние любого фактора на их состояние, что говорило об эндогенной депрессии. У 18,8% людей, имеющих хронические заболевания, отмечалось большое влияние на психику внешних сильных отрицательных факторов – в таком случае возможна смешанная этиология депрессии.

Согласно заключениям экспертов до 70% населения земного шара потенциально может нуждаться в психологической помощи в период распространения Covid'19, причем последствия для психического здоровья будут проявляться дольше и достигнут своего пика позже, чем сама пандемия [2].

Литература

1. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19.//Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2020. - №2. - С. 87-94.
2. Шматова Ю.Е. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыт зарубежных исследований // Проблемы развития территории. 2020. № 4 (108). С. 88–108. DOI: 10.15838/ptd.2020.4.108.6
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression [Elektronnyj resurs] // Arch Gen Psychiatry. – 1961. – S.561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID: 13688369.

**ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИОННОГО,
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО
РЕЛАКСАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕТЕЙ С
ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ: БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Гончарова Е.Н.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В данной статье освещается проблема изучения и применения метода дельфинотерапии в России и за рубежом; раскрывается история создания метода, его эффективность и сферы применения; проводится библиографический анализ с применением программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer и библиометрический обзор отечественных и зарубежных публикаций; делается вывод о распространенности данного метода в последние годы, его актуальности и новизны.

Ключевые слова: *анималотерапия, дельфинотерапия, дельфины, библиография, библиометрия, особенности развития, расстройства аутистического спектра, дети.*

**DOLPHIN THERAPY AS A METHOD OF CORRECTIONAL,
REHABILITATION AND HEALTH-IMPROVING RELAXATION EFFECTS
ON CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES:
BIBLIOGRAFIC ASPECT**

Goncharova E.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. This article highlights the problem of studying and applying the dolphin therapy method in Russia and abroad; reveals the history of the method, its effectiveness and scope of application; conducts a bibliographic analysis using software for building and visualizing bibliometric networks "VOSviewer" and

bibliometric review of domestic and foreign publications; concludes the prevalence of this method in recent years, its relevance and novelty.

Key words: *animal therapy, dolphin therapy, dolphins, bibliography, bibliometry, developmental features, autism spectrum disorders, children.*

Актуальность. Проблема помощи детям с особенностями развития всегда имела высокую значимость. Уполномоченный при президенте России по правам ребенка Анна Кузнецова в 2021 году заявила о росте числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в Российской Федерации на 9,4%. Современные реалии заявляют о нерешенности проблемы оказания медицинской и психологической помощи детям-инвалидам: не доработана стратегия развития образования для детей с ОВЗ и инвалидностью, а медико-психологические вмешательства не только ограничены в разнообразии методов и технологий, но и могут в отдельных случаях нарушать права детей с ОВЗ (социальная изоляция, стигматизация и дискриминация), так же уделяется внимание вопросу о нехватке служб для поддержки семей. Данные проблемы требуют поиска, изучения и внедрения наиболее эффективных методов психологической коррекции и реабилитации детям с ОВЗ и их семьям. Одним из таких методов воздействия является разновидность анималотерапии (Animal Assisted Therapy) - дельфинотерапия, которая достаточно широко применяется зарубежом.

Теоретический обзор. Анималотерапия - это вид терапии, созданный Борисом Левинсоном в 1962 году, который использует животных для оказания психотерапевтической помощи. Метод широко используется в США, Канаде, Франции, Великобритании для помощи лицам с физическими и психическими проблемами [4]. Дельфинотерапия - это вид анималотерапии, провозглашенный в 1997 году, метод психологической реабилитации, основанный на общении человека с дельфином. Эффект от дельфинотерапии был замечен еще в 1978 году, когда доктор Дэвид Натансон в океанариуме Флориды проводил сеансы данной терапии с детьми-инвалидами: интеллектуальное и общее развитие детей с синдромом Дауна, которые регулярно взаимодействовали с дельфинами, в 4 раза быстрее имело видимый прогресс в сравнении с детьми без такого взаимодействия. Психотерапевтический потенциал метода заключается в стабилизации психоэмоционального состояния человека, снятии психологического напряжения [2; 3]. Биологический потенциал метода заключается в измененном состоянии сознания человека, которое является свидетельством снижения уровня возбуждения центральной нервной системы и общей релаксации организма. Особенно эффективным компонентом метода считается биоакустическое воздействие дельфинов, позволяющим улучшать биохимические и нервные процессы в клетке. Также, дельфинотерапия применяет разнообразные приемы сенсомоторной интеграции и сенсорной стимуляции [1].

Цель анализа. Определить актуальность проблемы исследования метода дельфинотерапии для детей с особенностями развития в России и за рубежом, специфику его применения.

Материалы и методы исследования. Статистико-библиографический метод с применением программного инструмента для построения и визуализации библиометрических сетей «VOSviewer», аналитический метод, теоретико-категориальный метод, библиометрический метод. База национальной медицинской библиотеки «PubMed», русскоязычные базы исследований “Elibrary”, “Киберленинка”, “Psyjournals.ru”.

Результаты исследования. Представлены на основе результатов программы «VOSviewer» на базе «PubMed». Ключевое слово для поиска - «dolphin therapy» (дельфинотерапия). Найдено 774 публикации. Итогом статистической обработки данных стала кластеризация смежных слов с этой темой (Рис. 1).

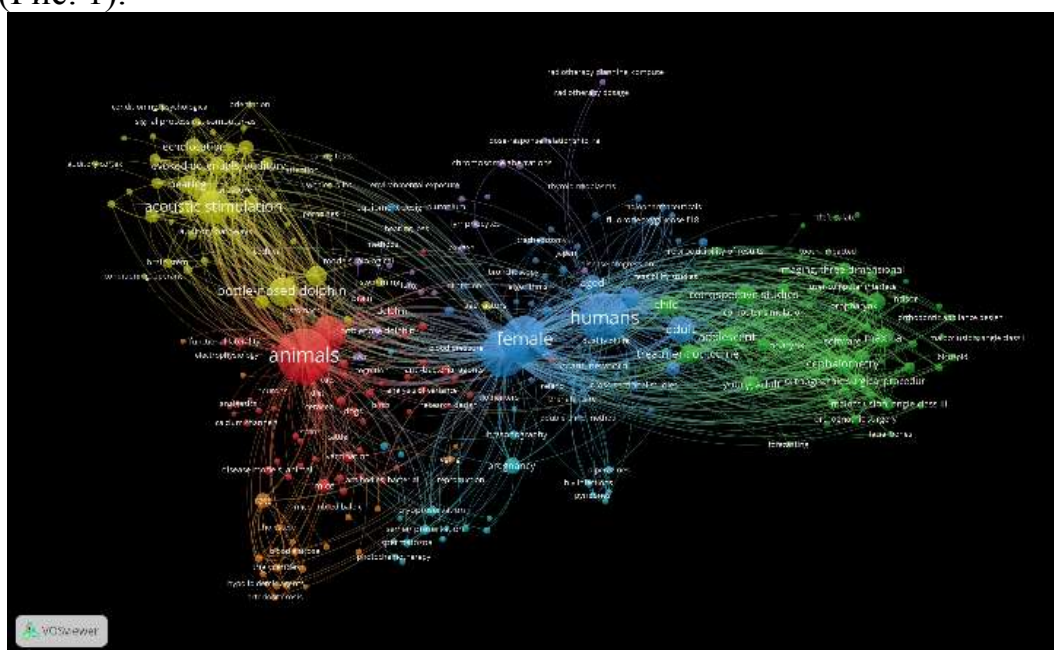


Рис.1. Ключевое слово для поиска - «dolphin therapy» (дельфинотерапия)

Термин «Animal assisted therapy» (анималотерапия) – не часто используемый термин. При этом термин «Dolphins» (дельфины) – достаточно распространенный термин, имеющий множественные связи с другими кластерами (Животные, Акустическая стимуляция, Человек, Медицина), что говорит о распространенном и многопрофильном изучении дельфина как составляющую предмета исследований, в рамках анималотерапии в том числе (Рис. 2).

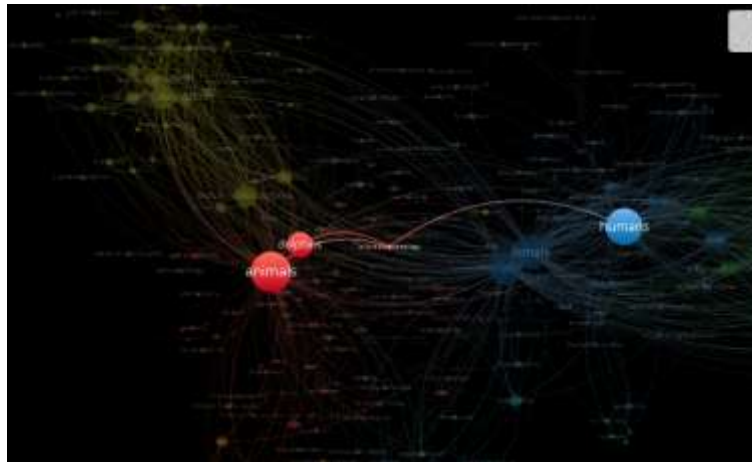


Рис.2. Ключевое слово для поиска - «Animal assisted therapy» (анималотерапия)

Стоит отметить, что термин «Child» (Ребенок) – так же распространенный многопрофильный термин в публикациях, связанный с терминами «Animal assisted therapy» и «Dolphins», что говорит о заинтересованности применения метода дельфинотерапии для детей за рубежом (Рис. 3).

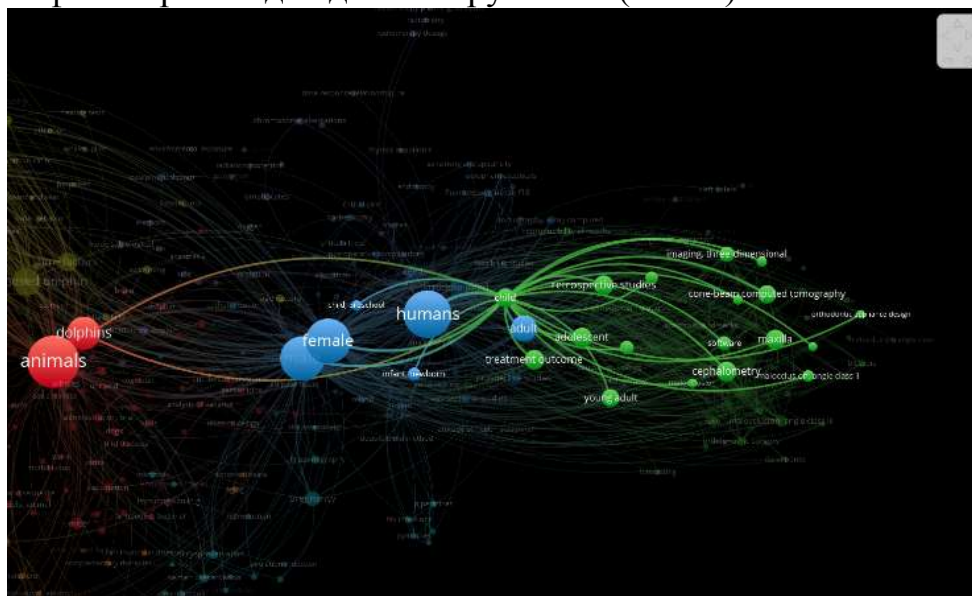


Рис.3. Связь между ключевыми словами «Child» (Ребенок), «Animal assisted therapy» и «Dolphins»

Новизна исследования выражается в том, что упоминания о расстройствах и нарушениях развития, особенностях развития ограничиваются единичными случаями (как, например, autism spectrum disorder – расстройство аутистического спектра), не имеющими связей с другими терминами, либо отсутствуют (не выявлено особенностей или нарушений развития). Таким образом, зарубежные исследователи в своих исследованиях дельфинотерапии лишь упоминают в единичных случаях отдельные расстройства развития детей. В режиме визуализации наложения отражены временные рамки использования тех или иных терминов; временная шкала имеет границы с 1990 по 2020 годы, от фиолетового цвета к желтому (Рис.4).

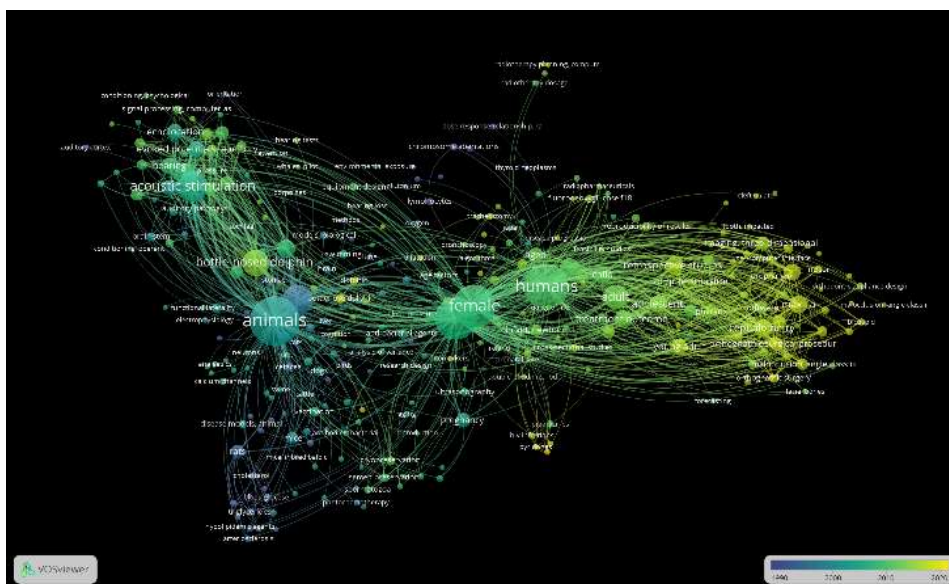


Рис.4. Отражены временные рамки использования терминов

До 1990 года программа не учла слова в силу их незначимости, что говорит об интересе к методу дельфинотерапии в последние 30 лет. Термин «Dolphins» упоминается в 1995 году, а ключевой термин «Animal assisted therapy» упоминается в 2014 году, что представляет не только актуальность темы, но и заметное развитие анималотерапии с включением дельфинов в данное направление.

Оценить важность проблемы метода дельфинотерапии позволит библиометрический обзор официальных научных порталов в российском пространстве. Анализируя портал психологических изданий PsyJournals.ru, было выявлено, что поиск по ключевым словам на тему дельфинотерапии определил 6 публикаций, опубликованных в 2021 году. Исследования отражают роль дельфинов в специальной психологии, методологическую разработку курса коррекции детей с РАС, а также сборник международной конференции по дельфинотерапии детей с отклонениями в развитии. Это говорит о научном интересе к методу дельфинотерапии в рамках специальной психологии в России в последние несколько лет, с включением международных специалистов. Проводя анализ публикаций базы научной электронной библиотеки «Elibrary», было выявлено 563 публикации на тему «Дельфинотерапия». Распределение по ключевым словам показало, что чаще всего выделяются термины «реабилитация», «аутизм» и «расстройства аутистического спектра», «детский церебральный паралич». Распределение по годам показало, что наиболее активный публикационный период на данную тему проходит с 2016 по 2019 годы, в 2019 году выделено самое большое число публикаций (79). Стоит отметить, что лишь в 2013 году найдены первые публикации. Таким образом, в России только в последние годы среди исследователей проблема метода дельфинотерапии представляет научный интерес, углубленно изучается применение метода в специальной психологии и медицине.

Вывод. Таким образом, проблема изучения и внедрения метода дельфинотерапии активно изучается в последние годы как в России, так и за

рубежом, в силу высокой доказанной эффективности метода для людей в медицине, реабилитации, психотерапии. Многопрофильность и распространенность в применении метода в теории и практике за рубежом противопоставляется узкой профильности изучения и внедрения метода в России, так как интересующая отечественных исследователей выборка - только дети с особенностями развития. Это может быть связано с единичными реализующими в стране медико-психологической практике метод дельфинотерапии организациями, оценившими положительный результат на детях с особенностями. На наш взгляд, активное взаимодействие и сотрудничество зарубежных и отечественных специалистов позволит распространять метод дельфинотерапии в возможные практические сферы, накапливать базу знаний о технологии, обучать по единой системе специалистов-дельфинотерапевтов.

Литература

1. Анцупова И.И. Анималотерапия / И.И. Анцупова // «Вокруг света». – Москва. – № 12 (2795). – 2006. – С. 214-220.
2. Артемова О.В. Дельфинотерапия как метод психотерапии / О.В. Артемова. – М., 2010. – // URL: <http://www.psi.lib.ru/statyi/sbornik/delther.htm> (дата обращения 11.11.2022). – Текст: электронный
3. Дельфинотерапия в Центре океанографии и морской биологии “Москвариум” / Новиков А.В., Стародубцев Ю.Д. - М.: Ассоциация “Объединение дельфинотерапевтов”, 2021. - 96 с.: ил.
4. Макарова Л.Н. Анималотерапия как нетрадиционная форма двигательной активности детей с ОВЗ в рамках адаптивной физической культуры / Л.Н. Макарова, В.Л. Лернер, Г.И. Дерябина // Гаудеамус. – 2019. – №3 (41). – С. 56-61.

УДК 159.923: 614.254:616-036.21

**К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ
Гринёва О.И.**

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский
Университет», Белгород, Россия*

**Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Разуваева Т.Н.**

Аннотация. В данной статье представлен краткий обзор теорий психологического благополучия в отечественной и зарубежной психологии, а также зарубежных эмпирических исследований психологического благополучия медицинских работников, работающих в условиях пандемии. Дано понятие психологического благополучия, раскрыты структура, типы, а также факторы его защиты.

Ключевые слова: *психологическое благополучие, медицинские работники, пандемия.*

**TO THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF MEDICAL
WORKERS WORKING IN A PANDEMIC
Grinyova O.I.**

Belgorod State University, Belgorod, Russian Federation

Scientific advisor: doctor of Sciences in Psychology, Professor Razuvaeva T.N.

Abstract. This article provides a brief overview of theories of psychological well-being in domestic and foreign psychology, as well as foreign empirical studies of the psychological well-being of medical workers working in a pandemic. The concept of psychological well-being is given, the structure, types, as well as factors of its protection are disclosed.

Key words: *psychological well-being, medical workers, pandemic.*

Вспышка COVID-19 ВОЗ получила статус пандемии в марте 2020 года. Следствием пандемий, в частности из-за их быстрого распространения, часто является оказание большого давления на медицинских работников и возможностей медицинских служб. Медицинский персонал, который находится в прямом контакте с пациентами с предполагаемыми или подтвержденными инфекционными заболеваниями, испытывает очень высокий уровень стресса. Причинами этого у них могут служить страх заражения, страх распространения болезни на других, чувство изоляции, если работают в карантинных зонах.

Кроме того, причины неблагоприятных психологических исходов могут быть связаны с увеличением рабочей нагрузки и/или рабочего времени.

Во время вспышек инфекционных заболеваний, таких как COVID-19, особенно важно более подробно изучить информацию о факторах риска и защитных факторах, влияющих на психологическое благополучие медицинских работников. В рамках данной статьи представляем обзор научных теорий психологического благополучия и эмпирических исследований психологического благополучия медицинских работников, работающих в условиях тяжелой эпидемиологической ситуации.

Термин «психологическое благополучие» ввел во второй половине 60-х годов XX века американский психолог Н. Бредберн. Он предполагал данный феномен как «баланс между позитивным и негативным аффектами», возникающими на ситуации вокруг человека. И по мысли автора, это и есть «состояние счастья» [4]. В последующем Э. Динер в своих работах добавляет в структуру психологического благополучия компонент «удовлетворенность жизнью» и привносит понятие «субъективное благополучие», показывая таким образом, что только эмоционального компонента недостаточно для исследования психологического благополучия [5].

К. Рифф – автор структуры благополучия, которая была разработана на основе исследований Н. Бредберна. Американская исследовательница выделила компоненты благополучия, которые, по её мнению, раскрывают феномен в долгосрочной перспективе, в отличие от структуры Э. Динера. В структуру благополучия вошли такие компоненты, как: автономия, личностный рост, позитивные отношения с окружающими, самопринятие, цель в жизни и управление окружающей средой [7].

В итоге исследователем Р.М. Райан была создана классификация, объединяющая все подходы изучения благополучия в зарубежной психологии [7]. Выделяются два основных направления: гедонистическое (Д. Канеман, Н. Бредберн, Э. Динер), где благополучие описывается в терминологии удовлетворенность – неудовлетворенность, и эвдемонистическое – гедонистическое (К. Рифф, А. Уотерман), выделяющее личностный рост, как центральный аспект благополучия [4;5;6;7;9].

Наиболее подробно в своей работе Д.Г. Орлова описала существующие исследования, которые демонстрируют положительные корреляционные связи между субъективным и психологическим благополучием, а также наблюдаются тенденции к комплексному изучению проблематики благополучия. [1]. Но в зарубежной психологии преобладают исследования именно субъективного благополучия. А. Уотерман объясняет это сложностями в связи с различиями в интерпретации терминологии и теоретической базы эвдемонистического подхода, а также тем, что реализация гедонистического подхода происходит на 20 лет дольше [9].

В рамках отечественных исследований весомым представляется вклад П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленковой [2]. Ученые разделяют психологическое благополучие на актуальное и идеальное, где первое – степень реализованности

основных компонентов позитивного функционирования, второе – степень направленности на реализацию этих компонентов. Таким образом, данное разделение определяет временной аспект переживания человеком своего благополучия, которое осознается им в сравнении с оценкой своего желаемого и прошлого опыта. Кроме того, П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленковой вводится понятие уровня психологического благополучия и отмечается, что компоненты психологического благополучия могут иметь разную степень выраженности. Эти данные помогут более подробно раскрыть уникальность структуры психологического благополучия человека.

Обзоры исследований последних трех лет по изучению психического здоровья медицинских работников в условиях тяжелой эпидемиологической ситуации демонстрируют высокую распространенность у них стресса, в том числе посттравматического стресса, психологического дистресса, депрессивной симптоматики, бессонницы [3]. Ряд исследований показывает, что существуют демографические характеристики, опосредующие связь с психологическим благополучием медицинских работников, в частности, это молодой возраст, более низкий уровень образования, отсутствие брака и идентификация себя как женщины. Следствием этих критериев могут быть эмоциональное выгорание, чувство одиночества из-за отсутствия поддержки семьи и близких, повышенная тревожность из-за недостаточности опыта в работе [8].

Факторами защиты благополучия в рамках рассмотренных нами исследований является социальная поддержка, которая повышает самооценку. Другие же защитные факторы оказались связаны с конкретными аспектами личности, например, альтруизмом и способностью справляться [3;8].

Теме психологического благополучия отведено достаточно много внимания в отечественной и зарубежной психологии. Структура психологического благополучия, которую разработала К. Рифф, стала основанием построения опросника, который получил широкое применение. П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова адаптировали опросник К. Рифф и доработали вопрос о структуре психологического благополучия, позволив нам более подробно изучить выраженность индивидуальных проявлений компонентов данного феномена с временной оценкой. Разные исследователи обнаруживали связь психологического благополучия с профессиональной деятельностью [2].

В рамках последних лет в зарубежном научном поле актуальна тема психологического благополучия медицинских работников. Обзор исследований состояния психического здоровья медицинских работников в условиях пандемии показывает важность сохранения психологического благополучия и снижения неблагоприятных последствий для психического здоровья, предотвращения выгорания. В рамках таких вмешательств предлагается индивидуальная работа с негативными последствиями, например, работа с уже существующими, точнее, с появившимися физическими и психологическими состояниями (депрессия, бессонница, тревожные расстройства и др.),

оборудование учреждений специальными кабинетами и подготовленными специалистами по снятию высоких эмоциональных нагрузок, психообразовательная подготовка перед началом работы. Примером последнего есть американские исследования внедрения технологий по осознанности для различных медицинских учреждений с доказательствами улучшения результатов психологического благополучия [3; 8].

Актуальными для современной науки остается изучение факторов психологического благополучия медицинских работников, а также разработка технологий его сохранения.

Литература

1. Орлова Д.Г. Психологическое и субъективное благополучие: определение, структура, исследования (обзор современных источников) // Д.Г. Орлова // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. - 2015. - №1. – С. 28-36.
2. Фесенко П. П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности [Текст]: автореф. дис.... канд. психол. наук / П.П. Фесенко. – М., 2005. – 206 с.
3. Alsubaie S. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives / Alsubaie S., Hani Temsah M., Al-Eyadhy AA., et al. // Journal of infection in developing countries. 2019. 13(10). P. 920–926.
4. Bradburn N. The Structure of Psychological well-being. / Bradburn N. // Chicago: Aldine Pub. Co. 1969. P. 320.
5. Diener E. Subjective well-being/ Diener E. // Psychological Bulletin. 1984. № 95. P. 542–575.
6. Ryan R.M. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being / Ryan R.M., Deci E.L. // Annual Review Psychology. 2001. № 52. P. 141–166.
7. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited / Ryff C.D. // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719-727.
8. Schneider J. Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. // Schneider J. Talamonti D, Gibson B, Forshaw M. // Journal of Health Psychology. 2022. 27(8). P.1875-1896.
9. Waterman A.S. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment / Waterman A.S. // J. of Personality and Social Psychology. 1993. Vol. 64. P. 678–691.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА САМООЦЕНКУ ЛЮДЕЙ
Громько О.Ю.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент Сквиря И.М.

Аннотация. В статье представлены результаты, полученные в ходе исследования влияния социальных сетей на самооценку людей. В процессе исследования проводился анализ результатов опроса "Влияние социальных сетей на самооценку людей". В частности, были проанализированы мнения людей об искусственном завышении стандартов в социальных сетях, соответствии интернет сообществу, неуверенности в себе.

Ключевые слова: самооценка, социальные сети, сравнение, образ.

THE IMPACT OF SOCIAL NETWORKS ON PEOPLE'S SELF-ESTEEM
Gromyko O.Y.

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Scientific advisor: Doctor of Medical Sciences, Associate Professor Skvira I.M.

Abstract. The article presents the results obtained during the study of the influence of social networks on people's self-esteem. In the course of the study, the analysis of the results of the survey "The influence of social networks on people's self-esteem" was carried out. In particular, people's opinions about the artificially high standards in social networks, compliance with the Internet community, and self-doubt were analyzed.

Key words: self-esteem, social networks, comparison, image.

Введение. Современную жизнь невозможно представить без социальных сетей. Сегодня они используются не только в развлекательных целях, но также обеспечивают поддержание связи между людьми, могут быть полезны в учебе или работе. Люди в социальных сетях делятся с другими информацией о себе и своей жизни. Конечно, все стараются выставить только самое лучшее, что впоследствии привело к чрезмерной идеализации образов. Пользователи социальных сетей видя совершенные образы других все реже вспоминают, что это лишь красивая картинка и все больше стараются соответствовать «идеалу». В погоне за несуществующими стандартами люди начинают чувствовать свою якобы неполноценность, в результате чего могут появляться негативные переживания, ухудшаться самооценка, снижаться личные, образовательные и

трудовые результаты. В данной научной работе исследуется насколько сильно люди подвержены негативному влиянию социальных сетей.

Цель. Изучить влияние социальных сетей на самооценку людей.

Материалы и методы исследования. Для оценки влияния социальных сетей на самооценку людей был использован социологический метод. Опрос проводился по анкете «Влияние социальных сетей на самооценку людей». Всего в анкетировании приняли участие 100 человек различного социального статуса, преимущественно школьники и студенты различных учебных заведений Беларуси. В ходе исследования использовалась программа Microsoft Word 2016.

Результаты. Среди опрошенных 78 человек женщины, 22 – мужчины.

В возрасте от 19 до 30 лет 55% опрошенных, от 14 до 18 лет – 41%, старше 30 лет – 4% опрошенных.

По уровню образования распределение было следующим: 48% респондентов имели неоконченное высшее образование, 17% – высшее, 16% – среднее общее, 15% респондентов были школьники и у 4% опрошенных было среднее специальное образование.

Все 100 респондентов (100%) пользовались социальными сетями, среди которых было следующее распределение по актуальности: социальная сеть “ВКонтакте” 97 человек, “Instagram” – 85 человека, “TikTok” – 59 человек, “Твиттер” – 19 человек, “Facebook” – 4 человека, “Pinterest” – 1 человек.

По количеству времени, уделяемому социальным сетям в день: до 1 часа – 12%, 1-2 часа – 26%, 3-4 часа – 37%, 5-6 часов – 14% и 11% опрошенных указали более 6 часов в день.

Время, проведенное в социальных сетях, анкетированные использовали в следующих целях: 96 человек – общение с друзьями и знакомыми, 86 человек – смотрели развлекательный контент, 75 человек – узнавали новости, 73 человека – заходили в социальные сети по учебе или работе, 60 человек – наблюдали за жизнью других людей (друзья/знакомые), 54 человека – интересовались научным контентом и 11 человек – создавали контент. В то же время жизнью блогеров и знаменитостей интересовались 53% опрошенных.

Подавляющее число респондентов (85%) считают, что стандарты в социальных сетях искусственно завышены. При этом из 100 человек свои успехи с достижениями других людей сравнивали 47 (47%) респондентов, из которых 31 (66%) это делали из интереса, 16 (34%) — с целью самомотивации. 45 (45%) из 100 опрошенных не интересовались этим, и 8 (8%) пользователей подобное сравнение расстраивает.

Большая часть опрошенных (66%) не стараются соответствовать модным трендам относительно одежды, чтения популярных книг, духовных практик и прочем. Соответственно с этим 66% анкетированных отрицательно ответили на вопрос об установлении более высоких стандартов для себя и 1% свой ответ: “Более высокие стандарты формируются за счет изменения собственных идеалов в результате взаимодействия с соответствующим социумом”.

Поскольку целью исследовательской работы являлось изучение влияния социальных сетей на самооценку, то особое внимание было направлено на важный показатель низкой самооценки – неуверенность в себе. На вопрос «Случается, что социальные сети заставляют вас чувствовать себя неуверенно?» большинство анкетированных (62%) ответили отрицательно, 38% – положительно. Из 38 человек с чертами неуверенности в себе 11 (29%) имели низкую самооценку.

На немаловажный вопрос «Как Вы думаете, может ли повлиять на самооценку просмотр социальных сетей?» большая часть (82%) опрошенных ответила утвердительно, 12% — отрицательно, 6% опрошенных дали свой ответ: “Может, но на тех, у кого она неадекватная”, “Исключительно как один из многочисленных факторов, т.к. в первую очередь проблема внутренняя”, “Не знаю”, “Зависит от уверенности человека в себе”, “Да, на несформировавшуюся личность”.

Выводы. Сегодня социальные сети распространены повсеместно и помогают людям почувствовать связь с другими людьми. Однако большая часть пользователей выкладывая контент показывают лишь искусственно созданные “идеальные картинки”. Каждый раз человек в социальной сети сравнивает себя не с реальными людьми, а с образом, который те транслируют в своем профиле. Данный образ, как правило, отражает картину социального успеха и лучших моментов в жизни. К сожалению, многие забывают этот факт и воспринимают эти фотографии как полную картину жизни. Как результат, люди сравнивают себя с искусственно созданным образом. Из-за большого охвата социальных сетей человеку приходится соответствовать не только своим близким, друзьям или знакомым, но и тысячам других людей, чьи искусственные статусы постоянно показывают картину идеальной жизни. К счастью большинство молодых людей достаточно умны, чтобы не сравнивать свою жизнь с тем, что они видят в блогах знаменитостей. Тем не менее те пользователи социальных сетей, кто имеет неуверенность в себе, пониженную самооценку могут постоянно сравнивать свой социальный статус с какими-то более высокими стандартами. В итоге их жизнь, какой бы успешной она не была, выглядит неудавшейся на фоне тех идеальных фотографий и историй успеха, которыми якобы живут остальные. В будущем это может стать фактором снижения личной продуктивности, образовательных и трудовых результатов и источником негативных переживаний. Человек даже может отказаться от достижения какой-либо цели, убеждая себя, что все равно уже не сможет достигнуть такого же уровня как другие.

Однако, важно отметить, что социальные сети – это не только вероятность “понизить” собственную значимость, но и повысить ее. Благодаря социальным сетям люди могут познакомиться с чужим опытом и узнать, что мечты, которые ранее казались им недостижимыми, на самом деле можно воплотить в жизнь. Я считаю, что при грамотном использовании социальных сетей любой пользователь может обратить чужие истории успеха в собственную мотивацию.

Литература

1. Агадуллина, Е.Р. Пользователи социальных сетей: современные исследования / Е.Р. Агадуллина // Современная зарубежная психология. – 2015. – № 3. – С. 36—46.
2. Ковпак, А. Как соцсети влияют на повседневную жизнь и самооценку людей [Электронный ресурс] / А. Ковпак // Сегодня. – 2020. – Режим доступа: <https://lifestyle.segodnya.ua/lifestyle/psychology/kak-socseti-vliyayut-na-nashu-samoocenku-otvet-psiologa-1471499.html>. – Дата доступа: 20.10.2022.
3. Осиновская, А. Влияние социальных сетей на самооценку подростков [Электронный ресурс] / А. Осиновская // Молодежь и Чистый Интернет. – 2022. – Режим доступа: <http://www.honestnet.ru/vliyanie-sotsialnyh-setey-na-samoocenku-podrostkov.html>. – Дата доступа: 25.10.2022.

**ОСОБЕННОСТИ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Груздов А. Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии, Касьянова К.В.**

Аннотация. В статье представлен анализ репрезентативной системы студентов медицинского вуза с помощью экспресс-методики выявления ведущей репрезентативной системы О.А. Дроздова. Выделены комбинированные виды репрезентативных систем.

Ключевые слова: *репрезентативная система студентов, студенты-медики, особенности репрезентативной системы.*

**FEATURES OF THE REPRESENTATIVE SYSTEM OF MEDICAL
UNIVERSITY STUDENTS**

Gruzдов A. Yu .

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Assistant of the Department of Health Psychology and
Neuropsychology Kasyanova K.V.**

Abstract. The article presents an analysis of the representative system of medical university students using the express method of identifying the leading representative system of O.A. Drozdov. Combined types of representative systems are identified.

Key words: *representative system of students, medical students, features of the representative system.*

Актуальность. Невзирая на наличие у человека целых 5 способов к восприятию окружающей его реальности (т.е. через зрение, слух, обоняние, вкус, касания), они не находятся в абсолютном балансе по отношению друг к другу. У каждого из нас имеются преобладающие органы чувств, преимущественно благодаря которым мы и получаем информацию извне. Разные способы восприятия окружающей реальности у человека объединяются под одним общим термином «репрезентативная система».

Репрезентативная система – система, через которую человек получает, обрабатывает и утилизирует всю информацию из внешней среды [1,3]. При классификации обычно выделяют три основных типа:

- визуальную (через зрение);
- аудиальную (через слух);
- кинестетическую (через ощущения, включая вкусовые, обонятельные и тактильные).

Помимо этого также выделяют четвертую – дигитальную, при которой в восприятии окружающего мира решающую роль играет сознание[1]. Все объекты при этом человек воспринимает с точки зрения логики, а не их вида, издаваемых ими звуков или ощущений от них.

Та репрезентативная система, которая у человека преобладает, называется ведущей. Именно через нее человек воспринимает большую часть поступающей информации. В зависимости от того, какая именно репрезентативная система является ведущей, мы называем людей визуалами, аудиалами, кинестетиками или дигиталами. Помимо этого есть понятие текущей репрезентативной системы, которая фигурирует, когда человек в данной конкретной ситуации необходимо использовать ту или иную репрезентативную систему. Зная, какая именно репрезентативная система является у человека ведущей, к нему появляется возможность найти тот или иной подход для преподнесения информации[2].

Библиометрический анализ данных (глубина поиска 10 лет) выявил повышенный интерес к исследованию репрезентативной системы. Так, изучают связь с особенностями восприятия судебного процесса (156 статей) и студенческое восприятие (643 статьи).

Объект исследования – репрезентативная система.

Предмет – репрезентативная система у студентов-медиков.

Цель исследования – изучить особенности репрезентативной системы студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Проведение анонимного анкетирования среди студентов-медиков КГМУ с разных факультетов, в котором приняло участие 100 человек с помощью экспресс-методики выявления ведущей репрезентативной системы О.А. Дроздова.

Результаты исследования. В анонимном анкетировании приняло участие 100 студентов-медиков, которые обучаются на разных факультетах. Всем им предлагалось ответить на паспортные вопросы («Укажите свой пол», «Укажите свой возраст», «Укажите факультет, на котором вы обучаетесь»), а затем – на десять ключевых. В каждом ключевом вопросе имелось 4 варианта ответов, каждый из которых отсылал на ту или иную репрезентативную систему. Следовательно, чем больше у респондента ответов к той или иной репрезентативной системе, таковая является у него ведущей. Порядок ответов во всех вопросах соответствовал определенной репрезентативной системе (т.е. ответ №1 – визуальная, №2 – аудиальная, №3 – кинестетическая, №4 – дигитальная). В ситуациях, когда у человека количество ответов той или иной

репрезентативной системы могло совпадать с количеством ответов другой, мы помечали у респондента преобладание всех из них.

Делая выводы из данных респондентами ответов, рассчитали, сколько среди них представителей тех или иных репрезентативных систем. Среди студентов больше половины людей оказалось визуалами (57%), пока оставшаяся представляла собой аудиалов (4%), кинестетиков (13%) и дигиталов (5%). Примечательно то, что среди людей оказалось много тех, чья текущая репрезентативная являлась смешанной (21%), т.е. совмещала в себе элементы разных органов чувств. Среди всех 21 респондента было выделено:

- Визуалов-аудиалов — 5 человек
- Визуалов-кинестетиков — 6 человека
- Визуалов-дигиталов — 4 человека
- Аудиалов-дигиталов — 1 человека
- Визуалов-аудиалов-дигиталов — 1 человек
- Визуалов-кинестетиков-дигиталов — 3 человека
- Визуалов-аудиалов-кинестетиков — 1 человек

Следующим этапом исследования являлся анализ распространенности той или иной репрезентативной среди студентов разных факультетов. Результаты анализа следующие:

- Лечебный факультет (21 человек):
 - Визуалы — 71,44%
 - Кинестетики — 4,76%
 - Визуалы-аудиалы — 4,76%
 - Визуалы-кинестетики — 9,52%
 - Визуалы-аудиалы-дигиталы — 4,76%
 - Визуалы-кинестетики-дигиталы — 4,76%
- Педиатрический факультет (31 человек):
 - Визуалы — 64,5%
 - Аудиалы — 3,33%
 - Кинестетики — 9,69%
 - Визуалы-аудиалы — 3,33%
 - Визуалы-кинестетики — 16,12%
 - Визуалы-кинестетики-дигиталы — 3,33%
- Стоматологический факультет (13 человек)
 - Визуалы — 53,85%
 - Аудиалы — 15,385%
 - Кинестетики — 15,385%
 - Визуалы-аудиалы — 15,385%
- Медико-профилактический факультет (17 человек)
 - Визуалы — 35,32%
 - Кинестетики — 23,52%
 - Дигиталы — 11,76%
 - Визуалы-аудиалы — 5,88%
 - Визуалы-дигиталы — 17,64%

- Аудиалы-дигиталы — 5,88%
- Факультет клинической психологии (18 человек):
- Визуалы - 50%
- Аудиалы — 5,55%
- Кинестетики — 16,65%
- Дигиталы — 16,65%
- Визуалы-аудиалы — 5,55%
- Визуалы-кинестетики-дигиталы — 5,55%

Выводы. С уверенностью можно говорить, что преобладающей репрезентативной системой среди студентов медицинского вуза является визуальная. Связано это с необходимостью освоения изученного студентами материала через иллюстрации с целью систематизации всех полученных ими в ходе самоподготовки или работы на занятиях знаний. Наблюдается также большое количество людей со смешанными репрезентативными системами, что говорит о нужде в использовании студентами разных подходов восприятия информации. Данное утверждение имеет место быть, т.к. людям, обучающимся в медицинском вузе, нужно для изучения того или иного материала и прослушивание лекций, и просмотр рисунков, и ощущения от непосредственной работы с объектами, которые включены в материал, при этом обрабатывая полученную информацию и стараясь ее успешно закрепить.

Переходя к анализу ведущей репрезентативной системы среди представителей разных факультетов, практически во всех из них лидирующую позицию занимает визуальный вид восприятия информации. Студенты лечебного и педиатрического факультетов преимущественно являются визуалами, что подтверждается ранее высказанным нами утверждением о необходимости закрепления материала через иллюстрации и рисунки, а также непосредственную работу с биологическими препаратами, которые студенты видят и ощущают. Последнее доказывается фактом наличия среди студентов-педиатров большого количества кинестетиков и визуалов-кинестетиков.

При рассмотрении остальных факультетов наблюдается значительное снижение роли визуальной репрезентативной системы. Отдается предпочтение иным способам восприятия информации, а именно аудиальному (стоматологический факультет) и кинестетическому (стоматологический и медико-профилактический). Объяснить данный факт можно отличием учебной программы. В то время, как студенты лечебного и педиатрического факультетов разделяют общие дисциплины и изучаемые темы, часто затрагивая практику (работа с биологическими препаратами), представители стоматологического и медико-профилактического факультетов больше концентрируются на теории, которая может быть получена через прослушивание лекций от преподавателей или полагаясь на свои собственные ощущения. Среди медико-профилактического факультета также наблюдается много дигиталов, что свидетельствует о необходимости анализа информации и использования логики при освоении материала.

Наконец, представители факультета клинической психологии, помимо визуальной репрезентативной системы, также полагаются на кинестетическую и дигитальную. Связано это с их будущей профессиональной деятельностью, т. к. задача любого психолога — понять чувства пациента, его состояние на данный момент времени, при этом находя к нему определенный подход.

Исходя из всего сказанного выше, можно с уверенностью говорить о необходимости изучения репрезентативной системы студентов медицинского вуза. Понимая, на какой специализации преобладает тот или иной метод восприятия информации, появляется возможность для соответствующего ее преподнесения студентам для успешного освоения информации и демонстрации высокой успеваемости в своем обучении.

Литература

1. Дымшиц М. Репрезентационные системы. – М., 1999. – 28 с.
2. Маркин В.В., Маркина Л.Д., Тещенкова Д.С. Взаимосвязи между репрезентативной системой человека и стилем саморегуляции психофизиологического функционального состояния // Научные труды IV съезда физиологов СНГ. (Сочи – Дагомыс. 8–12 октября 2014 г.). – С. 77.
3. Психология общения : учебник для студ. учреждений сред. проф. образования / А. П. Панфилова. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 368 с.

ЭФФЕКТ ОРЕОЛА КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ПАЦИЕНТА
Девдариани С.Б.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии КГМУ Хахутадзе Н.М.К.**

Аннотация. В статье рассматривается особый тип когнитивного искажения – эффект ореола. Автор исследования отмечает особую значимость данного феномена для психологической характеристики человека. Анализируются различные подходы к изучению гало-эффекта начиная с двадцатых годов XX века. Эффект ореола в представленной работе в обобщенном виде определяется как влияние глобальной оценки на оценки индивидуальных качеств человека. Приводятся примеры использования гало-эффекта в клинической практике, когда медицинские исследователи отмечают ощущение выздоровления некоторыми пациентами, которое в действительности не связано с полным улучшением состояния больного. С целью подтверждения теоретических положений, представленных в статье, было проведено экспериментальное исследование, в котором приняли участие 30 респондентов. Результаты эксперимента подтвердили выдвинутую гипотезу о том, что эффект ореола играет первостепенную роль при первом впечатлении и влияет на восприятие личности человека, его внешности и черт характера.

Ключевые слова: эффект ореола, когнитивное искажение, оценка личности, общее впечатление, клиническая практика.

THE HALO EFFECT AS A FACTOR OF INFLUENCE ON THE PATIENT
Devdariani S.B.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific advisor: assistant of the Department of Health Psychology and
Neuropsychology of KSMU Khakhutadze N.M.K.**

Abstract. The article discusses a special type of cognitive distortion – the halo-effect. The author of the study notes the special significance of this phenomenon for the psychological characteristics of a person. Various approaches to the study of the halo-effect since the twenties of the twentieth century are analyzed. The halo-effect in the presented work is generally defined as the influence of a global assessment on the assessment of individual qualities of a person. Examples of the use of the halo effect

in clinical practice are given, when medical researchers note a feeling of recovery by some patients, which in fact is not associated with a complete improvement in the patient's condition. To confirm the theoretical postulates given in the article, an experimental study was conducted in which 30 respondents participated. The results of the experiment confirmed the hypothesis that the halo effect plays a primary role at the first impression and affects the perception of a person's personality, appearance and character traits.

Key words: *halo effect, cognitive distortion, personality assessment, general impression, clinical practice.*

Эффект ореола, или гало-эффект — это тип когнитивного искажения, при котором наше общее впечатление о человеке влияет на то, что мы чувствуем и как судим о его характере. Эффект ореола относится к восприятию одной выдающейся черты человека при чрезмерно благоприятной оценке личности в целом. По сути, общее впечатление о человеке влияет на оценку конкретных черт этого человека [3]. Восприятие одной черты может переноситься на то, как люди воспринимают другие аспекты данной личности.

Первым исследованием феномена гало-эффекта занялся американский психолог Эдвард Л. Торндайк, который в 1920 году объявил о наличии данного эффекта у солдат после проведения исследования, в котором командующих отрядов попросили оценить своих подчиненных по характеру, интеллекту и дисциплинированности, не вступая с ними в диалог. Тогда психолог заметил корреляцию между не связанными между собой отрицательными и положительными характеристиками. Солдаты, которые имели высокий рост и привлекательную наружность были признаны более умными и способными. Торндайк определил из этого эксперимента, что человеку свойственно обобщать какую-либо конкретную выдающуюся черту и впоследствии формировать из этого наблюдения благоприятное восприятие о личности человека в общем [2].

В 1946 году психолог польского происхождения Соломон Аш обнаружил, что люди используют эффект первичности при формировании впечатления друг о друге из ранней или первоначальной информации, полученной о конкретном человеке. Соломон Аш также установил, что именно первое впечатление является наиболее важным при оценке личности другого человека. Психолог получил эти сведения из практического эксперимента, в ходе которого респондентам зачитали два списка с прилагательными, которыми мы обычно описываем окружающих. В списках содержались одни и те же слова, но в разном порядке. В первом списке прилагательные были выстроены от отрицательных к положительным, в другом - от положительных к отрицательным. При оценке человека участники ориентировались на порядок слов в списках, при этом те прилагательные, которые стояли в перечне на первых местах оказывали сильное влияние на восприятие, чем те слова, которые шли в списке ниже. Когда положительные черты были представлены первыми, участники оценивали человека более позитивно; если же первыми

стояли отрицательные характеристики, то и человек получал более негативную оценку [3].

«Первое впечатление» часто приводит к эффекту ореола. Это один из древнейших и наиболее популярных психологических феноменов. Эффект ореола является формой стереотипизации [5]. Предполагая, что все, кто проявляет определенную черту, одинаковы, и, делая предположения о них исходя из своих размышлений, люди часто делают неверные выводы о конкретном человеке и затем разочаровываются, когда их ожидания не оправдываются.

Внешний вид часто является основной частью эффекта ореола. Люди, которых считают привлекательными, имеют более высокие оценки и по другим положительным качествам. Например, когда человек думает о понравившейся ему физически знаменитости, он воспринимает ее как умную, добрую и забавную личность, хотя на самом деле не получал никакой доказательной базы для данных выводов [4].

Эффект ореола в общем виде определяется как влияние глобальной оценки на оценки индивидуальных качеств человека. Это определение часто бывает неточным, поскольку оно обычно является результатом общих впечатлений или выводов о неизвестных характеристиках человека. Согласно Нисбетту и Уилсону, «глобальные оценки могут окрашивать предположения о конкретных чертах или влиять на интерпретацию значения или эмоциональной ценности неоднозначной информации о чертах» [5]. Таким образом, если нам нравится человек, мы часто предполагаем, что те качества человека, о которых мы мало знаем, также благоприятны.

Эффект можно признать как в положительном, так и в отрицательном направлении. Если наблюдателю не нравится один аспект кого-то или чего-то, у него, скорее всего, будет отрицательная предрасположенность ко всему в этом/них, и наоборот. Этот эффект, являющийся полной противоположностью эффекту ореола, известен как «эффект дьявола» (также известный как «эффект рогов» и «обратный эффект ореола»). «Эффект дьявола» заключается в том, что человек оценивает другого человека на основе негативной характеристики, основанной на неподтвержденных практически доказательствах или убеждениях, а затем расширяет эту необоснованную оценку до тех пор, пока она не затмит остальные его черты [1].

Принимая во внимание все вышесказанное, создается впечатление, что физическая привлекательность может сильно благоприятствовать или вредить возможностям и счастью людей на протяжении всей жизни, и из предварительного обзора кажется, что чем привлекательнее человек, тем легче ему будет добиться успеха, быть принятым [4].

Несмотря на это, гало-эффект влияет не только на восприятие людей на основе их привлекательности. Он также может включать в себя и другие черты. Люди, которые общительны или добры, например, также могут рассматриваться как более симпатичные и эрудированные [1].

Сам термин использует аналогию с ореолом, чтобы описать, как он может влиять на восприятие. В религиозном искусстве над головой святого часто изображают ореол, омывающий человека небесным светом, чтобы продемонстрировать его благодетель. Когда человек смотрит на кого-то через призму эффекта ореола, объект его наблюдения предстает в похожем свете [3].

Были предложены две точки зрения на определение эффектов ореола и их возникновения. Аш Купер определил эффекты ореола как воздействие на оценку личности, возникающее в процессе презентации человека ненадлежащим образом или в результате анализа особенностей его поведения, при котором эти характерные нюансы влияют на другие суждения и общее впечатление о человеке [2].

Вторая точка зрения рассматривает эффекты ореола в первую очередь как основанные на теории — созданные теориями, убеждениями или предположениями воспринимающего о взаимосвязи между признаками и/или рейтинговыми измерениями. В любом случае эффекты ореола возникают, когда величина воспринимаемой или оцениваемой корреляции между атрибутами превышает истинную взаимокорреляцию. Направление корреляции не имеет значения [5].

Эффект ореола проявляется, когда категоризация экземпляра предполагает связь между одним или несколькими признаками и категорией, которая не согласуется с диагностикой признаков. Диагностичность определяется отношением правдоподобия. Например, если невербальное поведение пациента указывает на депрессивное настроение, а не на «нормальное» настроение (например, отсутствие зрительного контакта, апатия, замедленная речь), клиницист может расценить признаки, имеющие отношение к бессоннице, как более серьезные, чем если бы пациент сообщил ту же информацию о бессоннице, но с менее явными симптомами [2]. Таким образом, корреляция между оцененной тяжестью диагностических критериев «депрессивное настроение» и «бессонница» выше, чем если бы эти два суждения были сделаны независимо.

В медицинском мире пациенты иногда оценивают свое лечение исходя из использования гало-эффекта, несмотря на фактические результаты терапии. Например, пациенты с хронической болью в шее из-за хлыстовой травмы могут сказать, что они очень довольны конечными результатами, даже если у них все еще нет полного движения шеи и сохраняется боль. Если они получают достаточное облегчение боли, чтобы расслабить мышцы и двигать шеей более свободно, они могут сказать, что удовлетворены работой врача на 100 процентов. Это один из примеров эффекта ореола. Медицинские исследователи связывают ощущение выздоровления у пациентов, у которых наблюдается некоторое, но не полное улучшение, с эффектом ореола [3].

Другим примером является аккуратно выполненная хирургом операция, после которой на теле пациента остался небольшой шов. Пациент воспринимает проведенные с ним манипуляции как успешные, поскольку не замечает отрицательных «следов» операции.

Помимо этого, мы можем увидеть влияние эффекта ореола на пациентов в стационарных больницах. Так, если больной находится под постоянным внимательным и участливым сестринским уходом, каждый день разговаривает и консультируется с серьезным и вежливым доктором, находится в аккуратной и чистой палате, он будет считать, что его лечение ведется вполне успешно, хотя, например, по-прежнему чувствует недомогание и слабость [5].

В качестве подтверждения влияния эффекта ореола на восприятие личности, нами был проведен эксперимент. Группе респондентов в количестве 30 человек была показана фотография Гарольда Шипмана – серийного убийцы-врача, который вводил своим пациентам смертельную дозу морфина. Респондентам он был представлен как профессор Оксфордского университета, добившийся больших результатов в изучении химии. Попросив испытуемых оценить этого человека по фотографии, мы выяснили, что гало-эффект действительно играет важную роль при первом впечатлении (Рис.1.): 17% отметили опрятный элегантною одежду, 44% заметили мудрый и теплый взгляд, 52% подчеркнули располагающую и добродушную улыбку, а 23% дали высокую оценку серьезному виду «профессора». Наглядно результаты исследования представлены в диаграмме. Узнав неприглядную правду о подлинной личности Гарольда Шипмана, респонденты были удивлены и не до конца поверили, что их первоначальное мнение было ошибочным.



Рис.1. Показатели роли гало-эффекта при первом впечатлении

Таким образом, можно сказать, что «эффект ореола» способствует восприятию окружающих людей с позиции внешнего оценивания, что не всегда является обоснованным критерием. Гало-эффект позволяет сформулировать впечатление о человеке, – как положительное, так и отрицательное - не вступая с ним в открытое общение и достаточно часто неосознанно используется людьми в процессе формирования мнения о конкретном человеке, ситуации, предмете или действии.

Литература

1. Андронов В. П. Особенности первого впечатления в общении студентов / В. П. Андронов, И. А. Васькова // Огарёв. – 2020. – № 11(148). – С. 6
2. Вервейко О. И. Эффекты оценочных стереотипов / О. И. Вервейко, Е. П. Тихонова // Социально-гуманитарные знания. – 2013. – № 8. – С. 33-41.
3. Кизилова Я. В. Общение в системе коммуникативного воздействия / Я. В. Кизилова, Г. А. Чеджемов // Известия Института систем управления СГЭУ. – 2018. – № 2(18). – С. 67-69.
4. Мызникова У. В. Эффект ореола в общественном сознании / У. В. Мызникова // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. – 2010. – № 3(46). – С. 176-189
5. Нисбетт Р. Э. Эффект ореола: свидетельство бессознательного изменения суждений / Р. Э. Нисбетт, Т. Д. Уилсон // Журнал личности и социальной психологии. – 1977. – С. 250-256.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ЮНОШЕЙ

Дяченко А.А.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия

**Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор
Разуваева Т.Н.**

Аннотация. В данной статье рассмотрена стратегия профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска юношей за счет влияния на восприятие личностью одиночества, как фактора суицидального риска в юношеском возрасте. Выделенная модель психопрофилактических мероприятий построена на основании проведенного исследования особенностей переживания одиночества у юношей с существенным суицидальным риском, а также на основании анализа динамики взаимодействия рассматриваемых феноменов. В статье определены мишени и некоторые методы для первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального риска юношей.

Ключевые слова: профилактика, суицидальный риск, одиночество, дисфория, изоляция, отчуждение.

PREVENTION OF SUICIDAL RISK IN YOUNG MEN

Dyachenko A.A.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Scientific advisor: doctor of Sciences in Psychology, Professor Razuvaeva T.N.

Abstract: this article discusses the strategy of preventive measures aimed at reducing the suicidal risk of young men by influencing the perception of loneliness as a factor of suicide risk in adolescence. The selected model of psychoprophylactic measures is based on the study of the peculiarities of experiencing loneliness in young men with a significant suicidal risk, as well as on the analysis of the dynamics of the interaction of the phenomena under consideration. The article identifies targets and the most suitable methods for primary, secondary and tertiary prevention of suicidal risk in young men.

Key words: prevention, suicide risk, loneliness, dysphoria, isolation, alienation.

Юноши – ключевое звено современного мира, т.к. именно в данном возрасте человек становится самостоятельным, определяет свою профессиональную направленность, выстраивает гармоничные связи с миром и

отчасти предопределяет будущее себя и своей страны. Юноша – уже не ребенок, но и не совсем взрослый, отчего и возникает большая потребность в общении с окружающим миром, в дальнейшем выстраивании семьи и профессиональных взаимоотношений.

Остро стоит и проблема суицида. В 2021 году был отмечен рост статистики на 43% по совершению самоубийства среди населения России. Суицид – это феномен, который рассматривается в различных областях научного знания. Практически каждая научная область трактует причины суицида по-разному, исходя из предмета своего изучения. Но явно доказанным является тот факт, что существует связь между суицидальным риском и одиночеством личности [1]. Это иллюстрируется и нашими исследованиями [2]. Одиночество является актуальной проблематикой данного этапа жизни, т.к. именно оно ведет к прерыванию коммуникации с миром, неудовлетворенности собой и отсутствием возможности поделиться какими-то сложностями с другими [5].

В психологии проблема одиночества была рассмотрена многими исследователями, но важно отметить точку зрения И. Ялома на данный феномен, который указал на разное влияние одиночества на личность и выделил два его вида: повседневное и экзистенциальное. Повседневное одиночество проявляется в виде эмоциональной боли из-за изоляции от людей, невозможности быть в кругу общения. Экзистенциальное имеет более позитивный характер, т.к. несет в себе чувство осознания того, что каждый из людей отчасти одинок, приходит в этот мир и уходит также в одиночестве [6].

Для выяснения характера связи между рассматриваемыми феноменами нами было проведено исследование на базе НИУ «БелГУ». Выборка испытуемых составила 73 человека: 61 девушка и 12 юношей в возрасте 18-21 года.

На первом этапе с помощью теста «СР-45» П.И. Юнасцкевича был оценен суицидальный риск респондентов. В результате выборка была разделена на две группы: юноши с несущественным суицидальным риском (58 чел.) и юноши с существенным суицидальным риском (15 чел.).

С целью исследования особенностей субъективного переживания ситуации одиночества был использован «Дифференциальный опросник переживания одиночества» Д.А. Леонтьева. Далее был проведен анализ различий между выделенными группами по результатам диагностики. Значимые различия получены по шкалам: «изоляция» ($U=794$; $p<0,001$); «самоощущение» ($U=604$; $p<0,001$); «отчуждение» ($U=654$; $p<0,001$); «дисфория» ($U=1184$; $p<0,01$); «радость уединения» ($U=1334$; $p<0,05$), а также по интегративным шкалам: «общее переживание одиночества» ($U=622$; $p<0,001$); «позитивное одиночество» ($U=1254$; $p<0,05$).

Корреляционный анализ полученных результатов в группе юношей с несущественным суицидальным риском показал наличие 5 сильных значимых связей между склонностью к суицидальным реакциям и:

- «самоощущением одиночества» ($r=0.374$; $p<0.01$);

- «отчуждением» ($r=0.242$; $p<0.01$);
- «дисфорией» ($r=0.270$; $p<0.01$);
- «ресурсом уединения» ($r=0.318$; $p<0.01$);
- «общим переживанием одиночества» ($r=0.311$; $p<0.01$),
- «изоляцией» ($r=0.192$; $p<0.05$),
- «позитивным одиночеством» ($r=0.205$; $p<0.05$).

В группе юношей с существенным суицидальным риском было обнаружено 3 значимые прямые связи между склонностью к суицидальному риску и:

- «дисфорией» ($r=0.431$; $p<0.05$);
- «потребностью в компании» ($r=0.460$; $p<0.05$);
- «зависимостью от общения» ($r=0.205$; $p<0.05$),
- «ресурсом уединения» ($r=-0.381$; $p<0.05$),
- «позитивным одиночеством» ($r=-0.460$; $p<0.05$).

Исходя из полученных нами результатов, динамика взаимодействия суицидального риска и особенностей переживания одиночества неоднородна. Сначала при нарастании суицидального риска наблюдается повышение общего переживания одиночества, дисфории и позитивного отношения к одиночеству. После перехода к существенному уровню суицидального риска нарастают показатели негативного отношения к одиночеству и снижается возможность находить в нем положительные эмоции и ресурсы.

Это отражает наличие нерешённого экзистенциального кризиса, связанного с отделением личности от социума. Нарастание направленности на осмысления мировоззренческих основ собственной личности, которое неизбежно ведет за собой осмысления категорий жизни и смерти, приводит человека к потребности в уединении. Но стигматизация со стороны общества в отношении одиночества и наличие явных внутриличностных конфликтов приводит к нарастанию дисфории в ситуации уединения. Эти негативные переживания мешают формированию мировоззрения, что приводит к длительному кризису с нарастанием негативизма по отношению к одиночеству и увеличению склонности к суицидальным реакциям.

Исходя из вышеобозначенных положений, нами разработана система возможных профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска юношей.

Согласно концепции Н.Д. Лакосина Г.К. Ушаковой [3], психопрофилактика имеет трехуровневую структуру. Первичная профилактика предполагает групповую работу в рамках «нормы» с целью предупреждения вредных воздействий на психику. Вторичная профилактика предполагает работу с теми людьми, у которых начинают проявляться первые признаки того или иного нарушения. Третичная же профилактика направлена на предотвращение рецидивов тех или иных деструктивных проявлений.

Исходя из полученных данных, мы можем обозначить, что в рамках первичной профилактики суицидального риска наиболее эффективной будет работа с общим переживанием одиночества и чувством дисфории. Раскрывая

внутреннюю структуру общего переживания одиночества, следует обозначить его составные части: изоляция (объективное отсутствие людей рядом); отчуждение (отсутствие значимых связей); переживание (образ Я как одинокого человека). Профилактические мероприятия, связанные с предотвращением изоляции, носят скорее социальный характер. Наиболее подходящим может являться организация клубов проведения досуга юношей, развитие молодежных организаций с возможностью свободного вступления туда людей разной направленности.

Работая над следующей мишенью (отчуждением), наиболее конструктивным будет развитие навыков коммуникации юношей. При этом следует отметить, что причиной отчужденности может быть не только отсутствие навыков, позволяющих войти в близкий контакт с другими людьми. Зачастую причинами является наличие внутренних барьеров при сближении. Среди них можно выделить наличие внутриличностных конфликтов, травматичный опыт социального взаимодействия. Здесь профилактические мероприятия состоят в предоставлении доступной для юношей психологической помощи и информировании их о подобной возможности. Данные мероприятия уже больше соотносятся со вторичной профилактикой.

В рамках вторичной профилактики также более конструктивной будет работа над дисфорией и переживанием одиночества (образом Я как одинокого человека). Работа над дисфорией может проводиться за счет психотерапевтического воздействия. Предложенная нами программа методами эмоционально-образной терапии показала свою эффективность в работе с дисфорией [2].

Если же у юноши сформировался образ Я как одинокого человека, то наиболее конструктивным будет использование методов логотерапии и экзистенциального анализа. Поиск смысловых и ценностных оснований работает на формирование у юношей принятия факта одиночества, развитие способности к саморефлексии жизненного опыта, формирование устойчивого, функционального мировоззрения.

Третичная профилактика своей мишенью определяют чувство дисфории и повышение уровня позитивного одиночества. Последнее раскрывается в радости уединения и нахождении ресурса в данном состоянии. Здесь профилактические мероприятия необходимы в комплексе. Объединяя вышеописанные методы эмоционально-образной терапии и методы логотерапии и экзистенциального анализа возможно добиться наилучших результатов. Такие действия должны привести к снижению суицидального риска, что подтверждается проведенным исследованием, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели значимости различий экспериментальной и контрольной групп до и после воздействия

Группы испытуемых	Ср. знач. до воздействия	Ср. знач. после воздействия	Статистика Т-Увилкоксона	p знач.
Суицидальный риск юношей контрольной группы	0,59	0,36	-2,828	0,009
Суицидальный риск юношей экспериментальной группы	0,54	0,51	-0,284	0,31

В данной таблице иллюстрируется эффективность представленной нами программы занятий, состоящей из 10-11 индивидуальных встреч, в рамках которой объединены методы эмоционально-образной терапии и методы логотерапии и экзистенциального анализа. Программа состоит из 4 блоков:

Блок 1. Детальная диагностика и сбор анамнеза;

Блок 2. Проработка внутриличностных конфликтов (блок эмоционально-образной терапии);

Блок 3. Помощь в формировании мировоззренческих основ личности через обсуждение одиночества (логотерапевтический блок);

Блок 4. Заключительный.

Эта программа сконцентрирована на выделенных выше мишенях, а именно: на преодолении дисфории одиночества (Блок 2), повышении уровня позитивного одиночества (Блок 3). В целом, данная программа может быть использована для профилактики суицидального риска.

Таким образом, можно резюмировать обозначенное выше следующим образом:

1. В целях профилактики суицидального риска возможно использовать мероприятия, направленные на предупреждения негативного состояния одиночества.

2. В рамках первичной профилактики главной мишенью выступает состояние изоляции (объективного отсутствия людей рядом) и отчуждения (отсутствия значимых связей). Наиболее эффективными являются социальные методы профилактики, такие как: организация клубов проведения досуга юношей, развитие молодежных организаций с возможностью свободного вступления туда людей разной направленности, а также развитие навыков коммуникации юношей.

3. Вторичная профилактика в данном контексте предполагает упор на такие мишени, как проживание одиночества (образ Я как одинокого человека) и чувства дисфории. Здесь наиболее эффективными будут мероприятия с наличием психотерапевтического воздействия. В рамках данной работы предлагается использование методов эмоционально-образной терапии.

4. Третичная профилактика должна быть сконцентрирована на наличествующем чувстве дисфории в ситуации уединения и на повышении позитивного восприятия одиночества. Данную задачу решает предложенная в

работе программа, использующая методы эмоционально-образной терапии и методы логотерапии и экзистенциального анализа.

Литература

1. Васенкин А.В. Об основных координатах экзистенциальной психотерапии / А.В. Васенкин // Социальная компетентность. – 2018. – С. 91-95.
2. Дяченко А.А. Психотерапия одиночества как фактора суицидального риска в юношеском возрасте / А.А. Дяченко, Т.Н. Разуваева // Коллекция гуманитарных исследований. – 2019. – № 6(21). – С. 6-12.
3. Лакосина Н. Д Медицинская психология / Н.Д. Лакосина Г.К. Ушаков. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.studmed.ru/view/lakosina-ndushakov-gk-medicinskaya-psihologiya_54407c6bbbf.html (дата обращения: 04.04.2022)
4. Лэнгле С. Терапевтические возможности методов логотерапии и экзистенциального анализа / С. Лэнгле // Национальный психологический журнал. – 2018. – №2 (30). – С. 22-31.
5. Франкл В. Психотерапия и экзистенциализм. Избранные работы/ В. Франкл. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 192 с.
6. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти / И. Ялом пер. А. Петренко, Э. Мельник. – М.: Бомбора, 2021. – 384 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СТУДЕНТАМИ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Еремина А.Н.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической
психологии, к.психол.н. Блюм А.И.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования переживания хронического соматического заболевания студентами медицинского ВУЗа. Были выявлены различия в эмоциональной, поведенческой и смысловой сферах у группы студентов с ЖКТ и ЛОР заболеваниями.

Ключевые слова: переживание, хроническое соматическое заболевание, переживание хронического соматического заболевания, гастроэнтерологические заболевания, оториноларингологические заболевания, студенты, ВУЗ.

**FEATURES OF EXPERIENCING CHRONIC SOMATIC DISEASE BY
STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY**

Eremina A.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Clinical Psychology, Candidate of Psychology Sciences Blum A.I.**

Abstract. The article presents the results of a study of the experience of chronic somatic disease by students of medical university. Differences in emotional, behavioral and semantic spheres were revealed in a group of students with gastrointestinal and otorhinolaryngological diseases.

Key words: *experience, chronic somatic disease, experiencing a chronic somatic disease, gastroenterological diseases, otorhinolaryngological diseases, students, university.*

Введение. Хроническое соматическое заболевание выступает для человека как критическая ситуация, влияющая на качество его жизни. Ситуацию хронического соматического заболевания относят к провоцирующим кризис общего психического и личностного развития. [1] Заболеваемость

населения по основным классам болезней на 2020 год составила 111294 тысяч человек. [6]

Переживание хронического соматического заболевания носит индивидуальный характер, но есть также некоторые общие аспекты, характерные для конкретной нозологии, об этом говорят результаты исследований таких авторов, как О.В. Фролова, Д.С. Тарасова, И.А. Вахрушева, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова и др. [2-5]

В рамках получения медицинского образования, студенты приобретают знания об этиологии болезни, патогенезе, симптоматике, методах лечения и прогнозе, что отражается на специфике переживания хронического соматического заболевания. Изучив данные аспекты, становится возможным реализация программ коррекции в данном направлении.

Цель исследования: выявить особенности переживания хронического соматического заболевания студентами медицинского ВУЗа, в зависимости от нозологии заболевания. **Объект** исследования: переживание хронического соматического заболевания. **Предмет** исследования: особенности переживания хронического соматического заболевания студентами медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе курского государственного медицинского университета. Всего приняло участие 27 студентов факультетов клинической психологии и лечебного дела, в возрасте от 18 до 24 лет, из них у 15 человек обнаруживаются заболевания желудочно-кишечного тракта (далее ЖКТ) и у 12 заболевания ЛОР органов.

Методики, применявшиеся в ходе исследования: «Определение общей эмоциональной направленности личности» Б.И. Додонов; «Копинг-стратегии» Р. Лазарус; «Система жизненных смыслов» В. Ю. Котляков.

Результаты. При сравнении двух групп, мы обнаружили статистически значимые различия в смысловой, эмоциональной и поведенческой сферах.

Студентам с ЛОР заболеваниями, по сравнению с группой студентов с заболеваниями ЖКТ, характерны гедонистические жизненные смыслы. Это значит, что у данной группы более выражены потребности в удовольствии в жизни, потребности быть счастливым и наслаждаться разнообразием эмоций и ощущений.

Для группы с заболеваниями ЖКТ, характерны гедонистические эмоции. Данная категория эмоций связана с удовлетворением потребностей в телесном и душевном комфорте. Примерами дынных эмоций служат наслаждение от вкусной пищи, безмятежность, чувство веселья и др.

Среди способов совладающего поведения для группы с ЖКТ заболеваниями наиболее характерно выраженное использование стратегии «бегство-избегание». Данная стратегия связана с реакцией ухода от негативных переживаний: фантазирование, переедание, употребление алкоголя, отрицание проблемы и др. чаще данную стратегию рассматривают как неадаптивную, но её использование является благоприятным в острых стрессовых ситуациях.

Для данной группы также характерно умеренное использование стратегии «самоконтроль». Эта стратегия выражается в сдерживании эмоций,

сохранении целенаправленного поведения как способ преодоления стресса. В то же время, подобная стратегия располагает к сверхконтролю поведения, сложностям в выражении собственных желаний, потребностей, эмоций.

Выводы. Таким образом, мы обнаружили характерные особенности переживания хронического соматического заболевания у студентов медицинского ВУЗа с заболеваниями ЖКТ и ЛОР органов в смысловой, эмоциональной и поведенческой сферах. Для первой группы характерны гедонистические эмоции и применение копинг-стратегий «самоконтроль» и «бегство-избегание», а для второй группы свойственны гедонистические жизненные смыслы.

Литература

1. Василенко Т.Д. Смысловые аспекты телесного опыта хронического соматического заболевания / Т.Д. Василенко, А.В. Селин, Ф.Ю. Мангушев // Человек и его здоровье. – 2016. – №2. – с. 1-6.
2. Вахрушева И.А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 : защищена 2004 / Вахрушева Ирина Аркадьевна. – СПб., 2004. – 215 с.
3. Сидоров П.И. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова // Проблемы Эндокринологии. – 2002. – №1. – С. 9-13.
4. Тарасова Д.С. Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями / Д.С. Тарасова // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. – 2018. – № 1. – С. 118-122.
5. Фролова О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями / О.В. Фролова // Казанский педагогический журнал. – 2009. – №9. – С. 104-112.
6. РосСтат [Электронный ресурс]: Заболеваемость населения по основным классам болезней – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>.

**СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Ермачкова В.В., Николаева Л.П.

*Автономная некоммерческая организация высшего образования «Российский
новый университет», Москва, Россия*

**Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Феоктистова Светлана Васильевна**

Аннотация. В статье представлены основные направления работы родителей с детьми дошкольного возраста, имеющими задержку психического развития.

Ключевые слова: ЗПР, родители, высшие психические функции, развитие ребенка с ЗПР, здоровье

**FAMILY AS A FACTOR OF HEALTH OF CHILDREN WITH MENTAL
RETARDATION**

Ermachkova V.V., Nikolaeva L.P.

*Autonomous Non-profit Organization of Higher Education "Russian New
University", Moscow, Russia*

**Scientific adviser: doctor of Psychological Sciences, Professor Feoktistova
Svetlana Vasilyevna**

Abstract. The article presents the main directions of work of parents with preschool children with mental retardation.

Key words: ZPR, parents, higher mental functions, development of a child with ZPR, health

Проблемы охраны и укрепления здоровья поколения начинаются с детских лет. Создание для ребенка оптимального условия, чтобы развиваться и обучаться является одной из актуальных проблем в процессе развития [1].

Задержка психического развития у детей-это особая форма интеллектуальной недостаточности, проявляющаяся в нарушении познавательной сферы ребенка. Кроме того, эта форма недостаточности проявляется в отставании таких высших психических функций как внимание, мышление, речь, память и т.д. У детей с ЗПР также отмечается проявление незрелости эмоционально-волевой сферы.

Г.Е. Сухарева предложила такой термин как «задержка психического развития». Автором отмечено, что у детей этой категории происходит замедление темпа психического развития. Кроме того, она замечала личностную незрелость детей и другие аспекты [6].

В медицинских заключениях с 3 лет ставят официальный психиатрический диагноз «задержка психического развития». [2]. Но в медицинской карте диагноз ЗПР стараются ставить примерно к шести годам, так как именно к этому возрасту можно наблюдать у детей проблемы в обучении, или другие отклонения. Окончательный диагноз ставится только по решению ПМПК.

Выделяют биологические и социальные причины задержки психического развития.

Биологические причины-патологии беременности (гипоксия плода, недоношенность), соматические заболевания (грипп, черепно-мозговые травмы, рахит), наследственность;

Социальные причины-влияние окружающей среды. У ребенка в таком случае не наблюдается органических нарушений. На него влияет исключительно окружающая его среда (гиперопека, гипоопека). Со стороны родителей может наблюдаться также дефицит общения и внимания. [2].

Диагноз ЗПР у ребенка не является приговором. Своевременная грамотная медицинская и коррекционная помощь может частично, или даже полностью преодолеть отклонение в развитии у ребенка. Поэтому появляется первичная задача, которая стоит перед родителями- это профилактика ЗПР.

Для начала будущая мама должна создать благоприятные условия для протекания своей беременности и родов. Постараться избежать факторов риска, которые могут привести к ЗПР у ребенка. Будущая мама должна следить за своим здоровьем и за здоровьем своего будущего малыша. Вовремя и систематично проходить обследования врачей, следить за протеканием своей беременности. Внимательно читать описание лекарств, которые прописывают лечащие врачи. Следить за питанием, избегать стрессовых ситуаций, отказаться от вредных привычек, которые негативно влияют на плод.

Человек-это неотъемлемая часть биологического мира. Человек является социальным существом, который умеет приспосабливаться к условиям внешней среды. Поэтому родителям необходимо изучать биологическую и социальную составляющую здоровья ребенка [5].

После рождения необходимо наблюдать за развитием ребенка. Если родители замечают, что поведение и развитие их ребенка не соответствует возрастным нормам, нарушено восприятие, или нарушена речевая сфера, они должны обратиться к специалистам.

Коррекция ЗПР у детей проводится комплексно и привлекается целая группа специалистов, но только после прохождения ПМПК. После утверждения диагноза и назначения коррекционной программы, специалисты собирают анамнез ребенка, выявляют особенности протекания беременности, а также рассматривают особенности протекания постнатального периода.

Назначают проведение МРТ, или КТ, электроэнцефалограмму. Все это необходимо для того, чтобы выявить причины ЗПР физиологического характера. Обязательно проводится психолого-педагогическое обследование памяти ребенка, мышления, эмоционально-волевой и других сфер. Очень важно пройти речевое обследование. После всех процедур специалисты проводят с ребенком коррекционную работу, в которую активно должны включаться родители.

Детям с ЗПР зачастую назначают медикаментозную терапию, которую очень важно проходить. Все будет зависеть от степени нарушений. Нередко назначают в качестве медикаментозной помощи такие виды как: ЛФК, физиотерапия, массажи и водолечение.

Родителям детей с ЗПР необходимо формировать безопасное поведение. От этого зависит здоровье ребенка. Осуществлять эту деятельность необходимо на прогулке, дома, в образовательных учреждениях. За формирование поведения отвечают в первую очередь родители, второстепенными являются специалисты образовательных учреждений [4].

Необходимо внимательно относиться к здоровью своего малыша. Исключить чрезмерные нагрузки. У ребенка недостаточно возможностей и сил для больших нагрузок. Поэтому он быстро утомляется, что сказывается на его здоровье. А также наоборот, не утомлять однообразными, монотонными занятиями, это негативно скажется на здоровье и развитии. Для того чтобы этого не произошло, необходимо чередовать разные виды деятельности, что поможет избежать переутомления.

Здоровье считается базовой ценностью. Родителям также необходимо это учитывать. В соответствии с Всемирной организацией здравоохранения оно устанавливается как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов» [5].

Родителям необходимо обратить свое внимание на физическое развитие своего ребенка. Увеличение физической работоспособности повышает умственную активность. Различные виды физической нагрузки как плавание, бег, подвижные игры, помогут ребенку снять чрезмерное напряжение. Но при этом необходимо помнить, что развивать умения и навыки ребенка требуется постепенно. Начинать необходимо с того, что умеет ребенок, затем усложнять задания. Заниматься с ребенком нужно регулярно, систематично и продуктивно.

Развитие познавательного интереса является одной из главных задач. Оно представляет собой развитие интересов детей, их любознательности и мотивации. Для начала необходимо сформировать первичное представление ребенка о себе, об окружающем мире и о других людях. Необходимо мотивировать ребенка к творческой активности, это благоприятно отразится на его развитии [3].

Для того чтобы ребенок полноценно развивался, родителям необходимо наладить контакт со специалистами: логопедами, воспитателями, врачами,

дефектологами и т.д. Это главный залог для успешного развития ребенка с ЗПР. Все вышеперечисленные действия помогут полноценно развивать ребенка, а также следить за его здоровьем.

Литература

1. Данилевич Т.А Дифференцированный подход как здоровьесберегающая технология при обучении детей с ограниченными возможностями здоровья / Т.А Данилевич, М.А Хмелькова, О.В. Дорошенко. – М.: Издательство «Российский новый университет», 2018. – 193-200с.
2. Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития: учебное пособие / О. В. Заширинская. - СПб: Изд-во С. —Петерб. ун-та, 2019. — 166 с.
3. Микляева Н. В. Лечебная педагогика в дошкольной дефектологии. — М.: Юрайт, 2020. — 522 с.
4. Фатихова Л. Формирование безопасного поведения у дошкольников с задержкой психического развития [Текст] / Л. Фатихова // Дошкольное воспитание. — 2018. — №4. — С. 49-57.
5. Феоктистова С.В. Медико-биологические и социальные основы здоровья: Учебно-методическое пособие / С.В. Феоктистова, И.В. Григорьева, Н.Н. Васильева, Л.П. Николаева. – М.: Издательство «Спутник +», 2021. – 134 с.
6. Шипова Л.В. Психология дошкольника с задержкой психического развития: учебное пособие / Л.В. Шипова. – Саратов, 2018. – 86 с.

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ В
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ**

Жидкова Д.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии, к.психол.н., доцент Недуруева Т.В.**

Аннотация. В статье представлен обзор отечественных и зарубежных подходов к пониманию трудностей при освоении школьных программ. Проведена граница между категориями «трудности» и «неуспеваемость». Выделена собственная дефиниция понятия «трудности в обучении».

Ключевые слова: *трудности в обучении, школьная неуспеваемость, дислексия, дисграфия, дискалькулия*

**RESEARCHING THE PROBLEM OF DIFFICULTIES IN LEARNING IN
RUSSIAN AND FOREIGN LITERATURE**

Zhidkova D.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Health Psychology
and Neuropsychology, Candidate of Psychology, Associate Professor
T.V. Nedurueva.**

Abstract. The article presents a theoretical review of domestic and foreign literature on the problem of learning difficulties. A boundary was drawn between the categories of "difficulties" and "poor progress". The own definition of the concept of "learning difficulties" is singled out.

Key words: *learning disorders, learning disabilities, dyslexia, dysgraphia, dyscalculia*

Проблеме трудностей в обучении в последнее время уделяется всё больше внимания. Это связано с тем, что количество неуспевающих детей заметно растёт от года к году, а вместе с этим ростом наблюдается и исследовательская активность в изучении данной проблемы. Большинство отечественных работ направлено на раскрытие факторов, лежащих в основе трудностей. Исследование возможных причин необходимо для построения высокоэффективной программы по их преодолению.

Говоря о детях, испытывающих трудности при освоении школьной программы, мы исключаем ребят с умственной отсталостью, с органическим поражением мозга, нарушениями зрения или слуха, а также установленные врачом психические расстройства и расстройства поведения. Несмотря на то, что именно специальная психология в начале 1960-х годов начала изучать проблемы обучаемости. Детей, испытывающих сложности в освоении школьной программы, относили к категории детей с задержкой психического развития. Однако в настоящий момент данный диагноз выведен из официального употребления, а на его смену пришли новые понятия, которые в МКБ-10 соответствуют категориям F80–F89 и R47–49. Вместо обобщённого термина ЗПР в контексте школьных трудностей сейчас используют термин «дислексия» для обозначения частичной неспособности к освоению навыка чтения, «дисграфия» - стойкая неспособность овладения навыками письма, «дискалькулия» - специфическое расстройство арифметических навыков. Таким образом, к трудностям в обучении относятся стойкие и систематические нарушения в чтении, счёте и письме.

Н. П. Локалова рассматривает трудности в обучении как субъективное переживание несоответствия требований учебной деятельности и интеллектуальных способностей учащихся. А под школьной неуспеваемостью – несоответствие между учебными успехами обучающегося и требованиями школьной программы [6].

Психофизиологический подход относит к категории «школьные трудности» совокупность учебных и неучебных проблем, возникающих у детей в связи с началом регулярного обучения. У детей наблюдается функциональное напряжение организма, нарушения в состоянии физического и психического здоровья, снижается социально-психологическая адаптация и успеваемость [5]. В то же время школьные трудности создают родители и учителя, не знающие физиологических и психофизиологических основ созревания базовых учебных навыков, а потому не способных вовремя распознать проблему и устранить её.

Говоря о проблемах в учебном процессе, нейропсихологи Т. В. Ахутина и Н. М. Пылаева предлагают рассматривать проблему с позиции учителя и с позиции ученика. Если рассматривать с точки зрения учителя, то это будет «трудности в обучении», а если ученика, то «трудности учения», которые вызваны парциальными отклонениями в формировании высших психических функций, обусловленных нейробиологическими и социальными причинами. Эти проблемы носят особый, трудно компенсируемый характер, устранить которые возможно только с помощью коррекционных мероприятий [3].

Проблемы с овладением учебных навыков Н. Г. Лусканова называет «школьной дезадаптацией» и определяет как комплекс признаков, указывающих на несоответствие между социопсихологическим и психофизиологическим статусом и требованиями школьного обучения, освоение которых становится затруднительными для ребёнка [7].

К школьным трудностям также относят педагогическую запущенность, которая обуславливается недостатками в учебно-воспитательной работе, и

труднообучаемость, выражающаяся в невосприимчивости к усвоению новых знаний и средствам их приобретения, в том числе в неготовности освоить новые уровни обучения и познания [9].

В основе успеваемости школьника лежит обучаемость – свойство личности, которое характеризует возможности школьника в освоении учебной программы. А причиной школьной неуспеваемости является снижение обучаемости, утрата учащегося позиции школьника, потеря интереса к учебной деятельности [8].

В зарубежной литературе используют термин *learning disability*, который объясняет трудности в обучении дисфункцией центральной нервной системы, заключающиеся в дефицитности процессов овладения навыками аудирования, чтения, письма, счета, импрессивной и экспрессивной речи, построения умозаключений [1].

В DSM-IV к основным *learning disorders* относят расстройства чтения, математическое расстройство и расстройство письменной речи, а все остальные признаки трудностей обучения классифицируют как *atypical LD*. Эти расстройства определяются существенным несоответствием интеллектуальных (обучаемых) способностей ребенка конкретной области академических достижений по данным индивидуального психологического тестирования [2].

Анализ теоретических основ данной проблемы позволил понять, что в отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе отсутствует терминологическое единообразие в обозначении трудностей в обучении. Употребление разных терминов для описания одного и того же явления нецелесообразно и указывает на невысокую проработанность предмета.

Следует разделять понятия «неуспеваемость» и «школьные трудности», поскольку трудности в обучении не всегда приводят к неуспеваемости, а хорошая успеваемость не гарантирует отсутствие трудностей в дальнейшем. Неуспеваемость – это разница между результативностью и нормативными стандартами, возникающая из-за неспособности ребёнка полноценно осваивать школьный материал и выполнять академические задания [4]. Школьная неуспеваемость является лишь проявлением школьных трудностей, с которыми может столкнуться ученик.

Таким образом, проведя анализ, в своей работе под термином «трудности в обучении» мы будем понимать продолжительную систематическую специфическую неспособность овладеть школьной программой, в основе которой лежат парциальные отклонения в созревании высших психических функций, обусловленные нейробиологическими и социальными факторами.

Литература

1. Asrorov I. Defining learning disorders and learning disabled children / I. Asrorov. - Science and education today, 2020. – p. 71-74
2. Tarnopol L. Learning disorders in children. - Boston, 1971.

3. Ахутина Т.В. Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход [Текст] / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. - СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
4. Бабанский, Ю. К. Избранные педагогические труды [Текст] / Ю. К. Бабанский. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
5. Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе. Причины, диагностика, комплексная помощь [Текст] / М.М. Безруких. – М.: Эксмо, 2009. – 464 с.
6. Локалова Н.П. Как помочь слабоуспевающему школьнику. Психодиагностические таблицы: причины и коррекция трудностей при обучении младших школьников русскому языку, чтению и математике [Текст] / Н.П. Локалова. – М.: «Ось-89», 2003. – 96 с.
7. Лусканова, Н.Г. Диагностические аспекты проблемы школьной дезадаптации у детей младшего школьного возраста [Текст] / Н.Г. Лусканова, И.А. Коробейников // Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития; сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2001. – С. 149–166.
8. Менчинская Н.А. Психологические проблемы неуспеваемости школьников [Текст] / Под ред. Н. А. Менчинской. - Москва : Педагогика, 1971. - 270 с.
9. Орлова Л.В. Психологический анализ интеллектуальной пассивности младших школьников : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.07. - Москва, 1992. - 60 с

**СТРУКТУРНО – СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ
СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

Захарова Е. С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье раскрываются результаты теоретического анализа литературы по проблеме изучения социального интеллекта у обучающихся с ментальными нарушениями, а также, его структурно – содержательных особенностей.

Ключевые слова: *социальный интеллект, подростки с ментальными нарушениями, функции социального интеллекта, структурные особенности социального интеллекта.*

**STRUCTURAL AND CONTENT FEATURES OF SOCIAL INTELLIGENCE
OF ADOLESCENTS WITH MILD MENTAL RETARDATION**

Zakharova E.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor I.V. Zapesotskaya**

Abstract. The article reveals the results of theoretical analysis on the problem of studying social intelligence in students with mental disorders, as well as its structural and content features.

Key words: *social intelligence, adolescents with mental disorders, functions of social intelligence, structural features of social intelligence.*

Повсеместное усовершенствование социальных институтов и обновленных социальных явлений в России излагают высокие условия к возможностям людей предвидеть развитие межличностного взаимодействия, истолковывать сведения и поведение другого человека[1].

Личность зачастую бывает не готова к социальной взаимосвязи и к приятию важных решений. Социальный интеллект помогает интерпретировать поступки и действия других, их речевые конструкции в целом и их

невербальное поведение. Данная способность играет большую роль во взаимодействии индивидов и их успешной адаптации в обществе[1].

Несмотря на диагноз - умственная отсталость, социальный интеллект также реализовывает когнитивные процессы, сочетанные с отображением личности как партнера по взаимосвязи, а также определенных групп. В данном случае уровень его развития в большинстве своем и определяет взаимосвязь в таких коллективах. Социальный интеллект – неразрывно связанная ментальная способность, которая определяется в успешности межличностного взаимодействия и адаптации в обществе, соединяющая и интегрирующая когнитивные процессы, отражающие социальные объекты[2].

Вместе с определенными умениями и навыками, положительным стимулом и личностными качествами, социальный интеллект необходимо рассматривать как одно из условий успешного развития менталитета и, соответственно, социального состояния индивида.

Структурно – содержательными особенностями социального интеллекта подростков с легкой степенью умственной отсталости являются, также, как и для нормы, 2 компонента – поведенческий и когнитивный. Этим определяется «известность» познавательной – поведенческой направленности исследования данного вида интеллекта[4].

Наиважнейшей функцией данного интеллекта выделяется оценка. Под ней подразумевается оценка потенциальной направленности, взаимодействий, коммуникаций. Присутствие произвольных умений, а именно, принимать мнение другого позволяет личности улучшить функции самопознания. Когда говорится о критическом познании другого, то первостепенным определяется затруднение идентификации социальных импульсов. Их верное воспроизведение выявляет потенциальные стимулы и желания, истинные эмоции. Исследователь С. С. Белова отмечала, что функции социального интеллекта представляют данные, сообщающие о том, что он основывается на двойственном представлении – вербальном и невербальном[1].

Социальный интеллект устанавливает для актуального промежутка временного отрезка, эмоционально - психологические состояния и общественно – средовых воздействий уровень соответствия и благополучности общественной взаимосвязи, а также сохранить его в формате, требующем синергизма и борьбы эмоциональной нестабильности, эмоциональном диссонансе в условиях стрессовых ситуаций, личностного кризиса.

В отличие от общего интеллекта, в социальном – значимую роль исполняют индивидуальные особенности и особенность мировоззрения[3].

Помимо перечисленных, при анализе литературы выделяют следующие функции данного вида интеллекта:

- познавательная – оценочная. Она трансформируется в идентификации личностных возможностей при достижении итогов деятельности, актуальной помощи социуму, в обозначении межличностных взаимосвязей, определенных процессом взаимоотношений. Социальный интеллект осуществляет трансформацию данных, нужной для конечного целеполагания. Во – первых,

индивид, информированный о результатах деятельности других, воспринимает её и осуществляется подчинение ей происходящих операций: анализа и синтеза, сравнения и классификации и др. Во – вторых, выводы о происходящем формируются в ходе анализа данных. Таким образом, эта функция способствует отделению значимой информации, исходя из условий для собственной личности, участвующей в межличностном взаимодействии.

- коммуникативно – ценностная. Она основывается на умении взаимодействия с другими, умении коммуницировать и вычленять необходимую информацию об окружающем, а также, собственное отношение к ней.

- рефлексивно – коррекционная. Данная функция неразрывно связана с предыдущей. Она основывается на познании самого себя и умении осуществлять контроль собственных потребностей и эмоций.

- рефлексивно – коммуникационная. Эта функция оценки коллектива, отражающаяся на индивиде[1].

Таким образом, все вышеперечисленные функции зачастую бывают нарушены у подростков с ментальными нарушениями, а структурные особенности, выделенные ещё Д.В. Ушаковым, такие как постоянство, использование невербальных представлений, утрата общественной оценки в процессе говорения, становление по ходу скрытого «подучивания», задействование внутренне присущего знания[4], требуют детальной проработки и коррекции в каждом отдельном случае у данной категории обучающихся.

Литература

1. Аршанская (Шешукова) О.В. Психологические условия становления социального интеллекта: история и современность. Монография. М-во образования и науки РФ, СахГУ. Тамбов: Консалтинговая компания Юком, 2018. – 85 с.
2. Густоварова К. М. Социальный интеллект умственно отсталых подростков с девиантным поведением / К. М.Густоварова, А. А. Попова // Научное и образовательное пространство: перспективы развития: сборник материалов VII Международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 95–96.
3. Максимова Д. А. Коррекционные технологии, направленные на развитие социального интеллекта умственно отсталых подростков / Д. А. Максимова // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза: материалы международной научно-практической конференции памяти профессора В.В. Коркунова, посвященной 90-летию Уральского государственного педагогического университета. – 2020. – С. 98–100.
4. Савенков А.И. Структура социального интеллекта [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 7—15.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Золотарева Ю.Н.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. Изучение генетического материала очень важно для клинической психиатрии, так как оно помогает установить молекулярные основания различных нервно-психических патологий. На современном этапе развития биомедицины имеются заметные успехи генетики, это доказывается постоянным обновлением и увеличением объема знаний, однако генетическая природа большого числа нервно-психических расстройств пока остается неизученной.

Ключевые слова: *психическое здоровье, наследственность, генетический материал, нервно-психические расстройства, студенты.*

HEREDITY AND MENTAL HEALTH

Zolotareva Yu.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Abstract. The study of genetic material is very important for clinical psychiatry, as it helps to establish the molecular basis of various neuropsychiatric pathologies. At the present stage of the development of biomedicine, there are notable advances in genetics, this is proved by the constant updating and increase in knowledge, but the genetic nature of a large number of neuropsychiatric disorders remains unexplored.

Key words: *mental health, heredity, genetic material, neuropsychiatric disorders, students.*

**Scientific advisor: Associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Актуальность. На сегодняшнем этапе развития медицины доказано, что вклад генетических факторов в онтогенез ЦНС, интеллектуальные способности и поведение весьма значителен. Анализ различных вариаций генома и реализации генетического материала при определенных нервно-психических заболеваниях сделал возможным появление нового направления в биомедицине – психиатрическая генетика.

Психические расстройства характеризуются чрезвычайной полигенностью, то есть возникают в результате многочисленных генетических вариаций. Изучение генетического материала очень важно для клинической психиатрии, так как оно помогает установить молекулярные основания различных нервно-психических патологий, а также способствуют появлению новых целей для фармакотерапии. Благодаря созданию секвенирования ДНК стала возможным идентифицировать чувствительные генетические локусы, лежащие в структуре психических заболеваний. Предрасположенность к возникновению психических расстройств может быть моногенной, то есть контролироваться одним локусом, олигогенной – небольшим количеством локусов, а также полигенной, контролируясь при этом множеством локусов. По отдельности каждый ген может и не проявлять патологического действия, но когда происходит их накопление в генотипах, то они провоцируют возникновение расстройства [1].

Вклад генетического кода при таких серьезных психических заболеваниях, как шизофрения, аутизм, маниакально-депрессивный психоз, совершенно очевиден и составляет 55-85%. За последние несколько лет был собран достаточно убедительный материал, основанный на исследовании семей, в которых неоднократно отмечены случаи заболевания. Развитие болезни у монозиготных близнецов составляет свыше 90%, а у дизиготных – до 15%. Риск появления в популяции биполярного расстройства составляет 0,35-1,7%, но показатель значительно выше среди родственников больных – более 18%. У людей, не имеющих отягощенного анамнеза по нервно-психическим заболеваниям, возникновение шизофрении возможно в 0,5-2,2% случаев. Но уже для родственников первой степени родства данный показатель достигает 9-14%, а еще выше риск возникновения патологии у ребенка, рожденного от двух больных родителей (34-48 %) [2].

Цель исследования – установить предрасположенность к развитию нервно-психических расстройств на основании семейного анамнеза среди студентов «Курского государственного медицинского университета», а также оценить вклад наследственности в психическое здоровье.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служат опрошенные оригинальной анкетой студенты. Метод исследования – анкетирование обучающихся с помощью площадки «Google-формы». Анкета представляет собой опросник для выявления наследственной предрасположенности к возникновению психических заболеваний.

Результаты исследования. Было проанкетировано 60 студентов «Курского государственного медицинского университета» в возрасте 18-25 лет. В ходе исследования были получены следующие данные. Из 60 человек 35 девушек (58,3%) и 25 юношей (41,7%). Опрошенных можно разделить на две группы: первая – студенты, имеющие родственников с каким-либо нервно-психическим расстройством – 26 человек (43,3%), и вторая группа – студенты, у которых семейный анамнез не отягощен – 34 человека (56,7%). Среди первой группы 13 человек (21,7%) имеют родственников, страдающих от зависимостей (алкоголь,

наркотические вещества, игромания), 6 человек (10%) – невротозов, 5 человек (8,3%) – шизофрении, 1 человек (1,7%) – биполярного расстройства и 1 человек (1,7%) – анорексии (рис. 1).



Рис.1. Частота встречаемости нервно-психических расстройств в семейном анамнезе респондентов

На вопрос «Возникали ли у Вас или ваших родственников суицидальные мысли/попытки суицида» были получены следующие ответы: среди лиц, имеющих родственников с нервно-психическими расстройствами, ответ «Да» был у 20 человек (33,4%), ответ «Нет» – 6 человек (10%); среди лиц с неотягощенной наследственностью ответ «Да» был у 3 человек (5%), ответ «Нет» – 31 человек (51,6%). Частота возникновения таких мыслей среди двух групп: 55% (33 человека) – «никогда»; 38,3% (23 человека) – «иногда»; 5% (3 человека) – «часто»; 1,7% (1 человек) – «умер от суицида». Вспыльчивыми себя считают 58,3% (35 человек), среди которых с отягощенной наследственностью – 26 респондентов (74,3%), то есть все студенты первой исследовательской группы. Сложно проявлять любовь и нежность 22 людям (36,7%), 19 человек (86,3%) от этого числа имеют родственников с психическими заболеваниями. 40% (24 человека) негативно реагируют на критику, 20 человек из них с отягощенной наследственностью. Резкие перепады настроения, из одной крайности в другую «часто» испытывают 33,3% (20 человек), «иногда» – 51,7% (31 человек), «никогда» – 15% (9 человек). 60% опрошенных (36 респондентов) испытывают беспричинный страх и тревожность.

Выводы: На основе проведенного исследования можно установить, что действительно существует предрасположенность к развитию нервно-психических расстройств на основании семейного анамнеза. Студенты, имеющие отягощенный семейный анамнез, более эмоционально лабильны: все респонденты данной группы считают себя вспыльчивыми, у них когда-либо возникали суицидальные мысли, им сложно проявлять любовь и нежность, они негативно реагируют на критику, у них частые резкие перепады настроения из одной крайности в другую, нередко возникает беспричинных страх и

тревожность. По полученным клиническим данным можно сделать вывод, что вклад наследственности в психическое здоровье весьма значителен.

На современном этапе развития биомедицины имеются заметные успехи генетики, это доказывается постоянным обновлением и увеличением объема знаний, однако генетическая природа большого числа нервно-психических расстройств пока остается неизученной.

Литература

1. Кондрашихина О.А. Психогенетика – учебное пособие / О.А. Кондрашихина. – К.: Центр учебной литературы. – 2014. – 168 с.
2. Ядрищенская Т.В. Основы психогенетики / Т.В. Ядрищенская. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та. – 2018. – 88 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
СЛУХА. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Зубова К.Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ по проблеме особенностей психомоторной сферы у детей с нарушениями слуха. Выявлены основные девиации в психомоторике у слабослышащих детей. Данные клинического случая представлены с позиции уровневого подхода движений Н.А. Бернштейна.

Ключевые слова: *психомоторика, психомоторные способности, школьники, координационные функции, нарушения слуха.*

**FEATURES OF PSYCHOMOTOR SKILLS IN CHILDREN WITH HEARING
IMPAIRMENTS. CLINICAL CASE ANALYSIS**

Zubova K.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. The article presents a theoretical analysis on the problem of features of the psychomotor sphere in children with hearing impairments. The main deviations in psychomotor skills in hearing-impaired children are revealed. The data of the clinical case are presented from the perspective of the level approach of N.A. Bernstein's movements.

Key words: *psychomotor skills, psychomotor abilities, schoolchildren, coordination functions, hearing disorders.*

Психомоторика – неразрывная связь двигательной системы с произвольной регуляцией, когнитивным компонентом. Такое понимание психомоторики представлено в работах создателя данного термина И.С. Сеченова. В современных представлениях о психомоторных способностях на первый план выходит сознание. М.А. Безбродова представляет психомоторику как комплекс моторного, сенсорного и когнитивного

компонентов [8]. Такой подход помогает комплексно подойти к диагностике нарушений и последующей коррекции.

Психомоторные способности включают в себя показатели по следующим параметрам: динамическая и статическая координации; скорость движений; ориентация в пространстве; сочетанные движения; сила движений [8].

Поражение слухового анализатора и нарушение его функции у детей приводит к различным последствиям. Сюда относятся и речевая задержка, и нарушения внимания, и различные незначительные нарушения памяти (как слухоречевой, так и зрительной) и т.д. Все вышеперечисленные отклонения в развитии в норме выступают важным связующим звеном с окружающим миром [2,3,7].

Снижение речевой активности и повышение сложности в восприятии обращённой речи, например, приводит к уменьшения количества информации, которая в норме должна поступать из опыта взаимодействия ребёнка и перерабатываться им [4,5].

Существуют данные о взаимосвязи тугоухости и риска развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Это подтверждает утверждения о сложностях концентрации внимания у слабослышащих. Здесь одну из решающих ролей играет как раз депривация сенсорного потока (из-за физиологических особенностей, как первичного дефекта) [5,7,10]. В свою очередь, препятствие сенсорного потока сказывается на развитии познавательных процессов, что связано и с процессом овладения навыков в двигательной сфере.

Девиации в психомоторике у слабослышащих детей отмечаются в:

- Крупной и мелкой моторике;
- Глазодвигательной координации;
- Статической координации;
- Динамической координации;
- Ориентировки в пространстве;
- Силе мышц.

В целом, нарушения слуха является не единственной причиной нарушения психомоторики у слабослышащих детей [6]. Здесь важную роль играет социальная сфера ребёнка, наличие или отсутствие педагогической запущенности, степень включенности ребёнка в активные игры, физические упражнения и т.д.

Нельзя, говоря о данной нозологии, не упомянуть роль вестибулярного аппарата в формировании двигательных навыков, развитии координационных функций. Ведь даже, казалось бы, незаметные нарушения в вестибулярном аппарате могут вызвать заметные нарушения в моторике глухих. В работах Н.Л. Надеиной было выявлено, что в 62 % случаев у детей при тугоухости наблюдались нарушения пространственной ориентировки, сложности в выполнении статических и двигательных проб, что в данном исследовании связывалось с другими проявлениями вестибулярной дисфункции [8]. Анализируя эти данные, нужно учитывать следующую закономерность:

количество слабослышащих или глухих детей с нарушениями психомоторике превышает количество детей с вестибулярными нарушениями.

Материалы и методы. Для изучения использовался детский вариант «Батареи Луриевских методов» - детский нейропсихологический альбом Семенович А.В. [9]. Для изучения особенностей психомоторных функций использовались методики, предложенные Архиповой Е.Ф.: исследование общей произвольной моторики; исследование умения ориентироваться в сторонах тела, исследование дифференциации пространственных понятий; исследование кинетической основы движений руки; исследование зрительно-моторной координации движений (графические пробы); исследование скорости движений [1].

Обсуждение результатов. Клинический случай: Мальчик Н., 2010 г.р., 12 лет, обучается в «Курской школе-интернате для детей с ограниченными возможностями здоровья». Первая степень тугоухости. Из анамнеза известно, что семья у мальчика полная. Живёт с мамой, папой и бабушкой. Учится хорошо, любимый предмет «окружающий мир», т.к. по словам мальчика «мне нравится изучать природу». Старательный, но может отвлекаться на уроках, быстро утомляется, если не заинтересовать. Любит рисовать, на исследование пришёл с рисунком своей школы. Жалоб на условия жизни и семью мальчика у администрации школы нет. В классе поддерживает со всеми хорошие отношения, неконфликтный.

На момент исследования в месте, времени и собственной личности ориентирован. Эмоциональный фон соответствует ситуации исследования, дружелюбный. Мальчик легко идёт на контакт, активно ведёт беседу, охотно отвечает на вопросы. В исследовании ведёт себя непринуждённо, мотив обследования сформирован. При указании на ошибки исправляет и продолжает делать уже правильно, принимает помощь, критичен к ошибкам. Темп выполнения заданий: средний, в некоторых пробах ускоренный.

Модально-неспецифические нейродинамические нарушения отсутствуют: не проявляет признаков инертности/импульсивности, поведение не характеризуется аспонтанностью/инактивностью.

Произвольная регуляция деятельности: внимательно выполняет задания, корректирует в случае ошибки. Наблюдается тенденция к упрощению программы в пробе Хэда - зеркально выполняет половину предъявляемых движений. Можно проследить тенденцию к компенсаторному введению различия элементов по размеру и уподобление элементов программы в пробе «Заборчик», что может говорить об истощаемости, нарушении пространственных представлений (Рис.1).

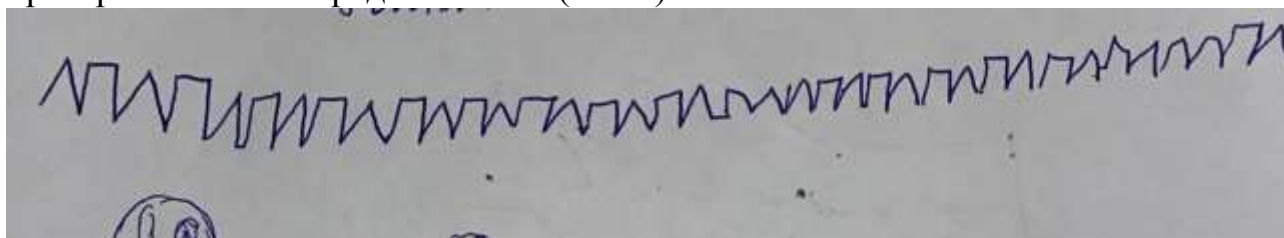


Рис.1. Методика «Заборчик»

Профиль функциональных асимметрий: правша.

По результатам нейропсихологического исследования состояние ВПФ:

Внимание: концентрация на инструкциях и выполнении заданий. Если заинтересован (первые 30 минут), не отвлекается и полностью погружён в исследование.

Практика: Кинестетический, оральный, конструктивный - норма. Динамический - утомляемость, упрощение программы. Пространственный - зеркальное копирование.

Гнозис: норма.

Память: Норма. Кривая запоминания: 5,5,7,9. Повторное воспроизведение через 15 – 6 слов.

Импрессивная речь: норма.

Экспрессивная речь: норма.

Речевые автоматизмы сохранены. Повторная речь сохранена. Составление фразы доступно. Рассказ по картинке сохранен.

Письмо: норма.

Чтение: норма.

Счет: норма.

Мышление: наглядно – действенное, наглядно-образное, вербально логическое - норма.

Психоэмоциональная сфера: ребёнок непосредственный и открытый. Доступный контакту, фон настроения положительный, улыбается.

Для более детального исследования психомоторных функций ребёнка мы исследовали движения по следующим параметрам:

- Статическая координация: в норме. Легко удерживает равновесия на левой и правой ноге.

- Динамическая координация: при выполнении пробы «Пальчики здороваются» испытывает сложности в соединении большого и указательного пальца, если начинается проба с мизинца и в соединении большого пальца и мизинца, если, наоборот, проба начинается с указательного. Это может говорить о сложностях в мелкой моторике, быстрой утомляемости и сниженной активности уровня синергии и нижнего подуровня пространственного поля по Н.А. Бернштейну.

- Одновременность выполнения движений: норма.

- Скорость выполнения движений: выполняет быстро, но качество с увеличением скоростью снижается. Наблюдаются грубые ошибки в рисовании линий левой рукой (линии не вертикальные, края закручены, нажим ручки различный, выходит за контуры) (Рис. 2). Это может говорить о сложностях в активности уровней В и С1 по Н.А. Бернштейну.

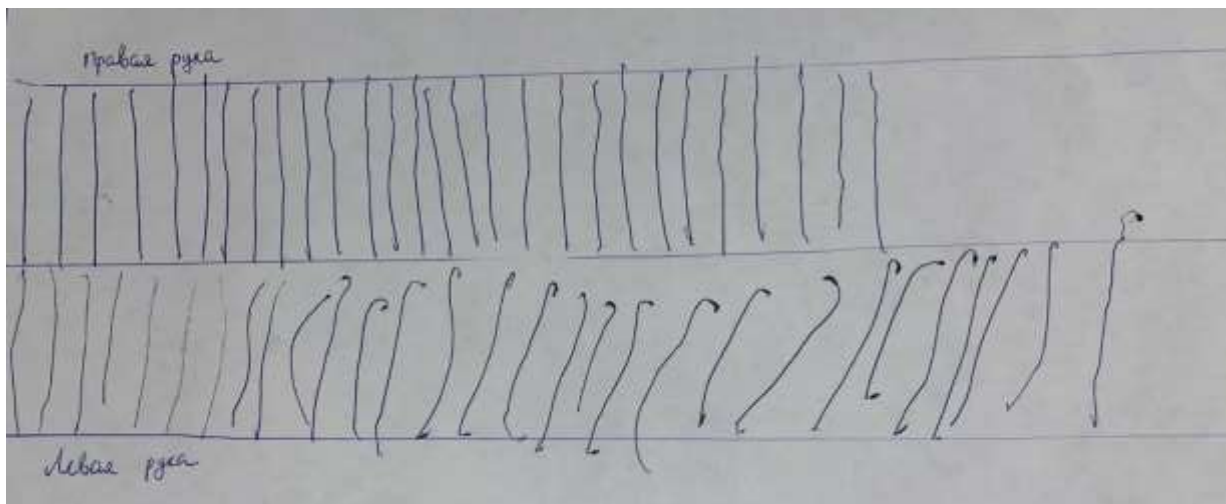


Рис.2. Выполнение пробы на скорость движений

Нейропсихологический статус: нарушения контроля и регуляции деятельности (описанные случаи утомляемости в пробах, ошибки по типу зеркальности, сложности в переносе движений с одной руки на другую). Модально-специфические нарушения двигательных функций (незначительные нарушения контроля движений преимущественно на уровнях В и С1 по Н.А. Бернштейну).

Выводы. При проведении теоретического анализа по проблеме особенностей психомоторики у слабослышащих детей было выявлено, что при данной патологии наблюдаются различные девиации психомоторных способностей: ориентировка в пространстве, мелкая и крупная моторика, различные виды координации. На примере клинического случая результаты теоретического анализа отчасти были подтверждены и согласованы с теорией уровневой организации движений Н.А. Бернштейна. У ребёнка выявлены нарушения на уровнях В и С1.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2007 АСТ: Астрель. - 331 с.
2. Блинова К.В. Особенности взаимосвязи нейропсихологических параметров схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации Молодежная наука и современность // В сборнике материалов 85-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 85-летию КГМУ. Курск, 2020. С. 216-218.
3. Блинова К.В. Особенности коррекционной работы над схемой тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2019. С. 22-28.
4. Блинова К.В., Молчанова Л.Н. Нейропсихологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у

слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием.. Под редакцией П.В. Ткаченко. 2019. С. 21-25.

5. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002. – 265 с.

6. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. – СПб., 2008. – 288 с

7. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Особенности схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / Клиническая и специальная психология. 2021. Т. 10. № 2. С. 76-94.

8. Наумова Т.В. Теоретическое исследование дефиниций понятий «психомоторика» и «психомоторные способности» // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskoe-issledovanie-definitsiy-ponyatiy-psihomotorika-i-psihomotornye-sposobnosti> (дата обращения: 11.11.2022).

9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте - М.: Академия, 2002. – 232 с.

10. Blinova K.V. FEATURES OF THE RELATIONSHIP OF NEUROPSYCHOLOGICAL PARAMETERS OF THE BODY SCHEMA IN HEARING-IMPAIRED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией В.П. Гаврилюка. Курск, 2020. С. 31-38.

**ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОЙ
ДЕПРЕССИИ
Иванова М.С.**

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено анализу факторов риска и патогенеза послеродовой депрессии. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы. Установлено, что ключевыми звеньями патогенеза послеродовой депрессии являются нейроэндокринные и соматические изменения в организме женщины во время беременности и родов. Показано, что основными факторами риска психогений у женщин в раннем послеродовом периоде являются социальные-психологические факторы, прежде всего в связи с отсутствием системного подхода при планировании семьи на этапах заключения брака, а также в связи с дисбалансом интересов членов семьи в отношении перспективы рождения детей. Немаловажными являются изъяны в системе психологической подготовки семейных пар. Особый риск представляют недостаточный уровень и качество жизни супругов. Разработан алгоритм в отношении подготовки семейной пары к беременности супруги: анализ физического здоровья и психо-эмоционального состояния, бытовых и экономических условий. Предложены меры по повышению эффективности психологической поддержки на этапах оказания медицинской помощи. Обоснованы рекомендации по ежемесячному контролю соматического здоровья матери и ребёнка.

Ключевые слова: *психопатология, психология матери, ранний послеродовой период, подготовка к беременности и родам, депрессия, послеродовая депрессия, психопрофилактика, психотерапия.*

**RISK FACTORS AND PREVENTION MEASURES FOR POSTPARTUM
DEPRESSION
IvanovaM.S.**

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The study is devoted to the analysis of risk factors and pathogenesis of postpartum depression. The analysis of domestic and foreign literature is carried out. It is established that the key links in the pathogenesis of postpartum depression are neuroendocrine and somatic changes in a woman's body during pregnancy and childbirth. It is shown that the main risk factors for psychogenias in women in the early postpartum period are social and psychological factors, primarily due to the lack of a systematic approach to family planning at the stages of marriage, as well as due to the imbalance of interests of family members regarding the prospect of having children. Flaws in the system of psychological training of married couples are also important. An insufficient level and quality of life of the spouses is a particular risk. An algorithm has been developed in relation to the preparation of a married couple for the pregnancy of a spouse: analysis of physical health and psycho-emotional state, household and economic conditions. Measures to improve the effectiveness of psychological support at the stages of medical care are proposed. Recommendations for monthly monitoring of the somatic health of mother and child are substantiated.

Key words: *psychopathology, maternal psychology, early postpartum period, preparation for pregnancy and childbirth, depression, postpartum depression, psychoprophylaxis, psychotherapy.*

Введение. Депрессия — психическое расстройство, которое характеризуется угнетенным, подавленным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в обществе и своего будущего [1]. По оценке ВОЗ во всем мире от депрессии страдает 5 % взрослого населения [2]. Течение депрессии различной тяжести отличается от кратковременных перепадов настроения или от искажённых эмоциональных реакций на стрессовые ситуации в процессе ежедневной деятельности каждого человека, так как психопатологические симптомы и клинические проявления депрессии снижают качество жизни пациента, его работоспособность и социальную адаптацию. От 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией.

Специфический вариант депрессивных состояний представляет послеродовая депрессия — это депрессивный эпизод, которые сохраняются более 14 суток в период от момента родов до 6 недель. Встречаемость — 1 случай на 500—1000 родов [3].

Своевременная диагностика и медицинская помощь отражает особую социальную значимость, так как тяжелое течение послеродовой депрессии приводит к таким наиболее неблагоприятным исходам, как причинение матерью физического вреда себе, новорожденному, вплоть до убийства или совершения расширенного суицида [5].

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с относительно высоким уровнем депрессивных состояний у женщин в послеродовой период и заключается в обосновании мер психопрофилактики нарушений внешней психической деятельности на основе оценки факторов риска и патогенеза послеродовой депрессии

Цель. Разработка мер профилактики послеродовой депрессии на основе оценки риска нарушений психогенного характера.

Материалы и методы исследования. Проведена систематизация и анализ данных по мерам профилактики и факторам риска послеродовой депрессии. Методы исследования – системный, сравнительный анализ, метод аналогий.

Результаты и их обсуждения. Послеродовая депрессия – это депрессивный эпизод, которые сохраняются более 14 суток в период от момента родов до 6 недель после родов. Встречаемость — 1 случай на 500—1000 родов[3].

Психопатологические симптомы и клинические проявления депрессии многообразны и представлены отчетливыми признаками позитивной и негативной аффективности.

Признаки позитивной аффективности при депрессии: тоска (ощущение грусти, уныния, чувство душевной боли в груди); тревога (волнение без причины, предчувствие опасности); интеллектуальное и двигательное торможение (нарушение когнитивной функции-снижение концентрации, замедленная реакция); патологический циркадианный ритм (колебания настроения в течение дня); идеи малоценности, греховности, ущерба (частые мысли о неспособности самореализации с переоценкой прошлого); суицидальные мысли (желание и стремление умереть, убежденность в бессмысленности собственной жизни); ипохондрические идеи (тревожное представление об бесперспективности лечения соматической болезни или уверенность в наличии мнимого заболевания).

Признаки негативной аффективности при депрессии: болезненное бесчувствие (чувство потери эмоций); моральная анестезия (чувство психической неполноценности с угасанием воображения, фантазии); депрессивная девитализация (исчезновение интереса к жизни, снижение основных жизненных инстинктов ко сну, еде, безопасности); апатия (ослабленная мотивация на фоне вялости и безразличия); дисфория (постоянное недовольство окружающим миром) [2].

Влияние совокупности биологических, психологических и социальных факторов повышает риск дебюта депрессивного эпизода во время беременности (в частности, первой) или в первые недели послеродового периода (обычно — в течение 6 недель после родов). Риск таких депрессий значительно повышается у женщин с аффективными заболеваниями, семейной отягощенностью аффективными психозами и депрессией в прошлом.

Психопатологическая структура депрессий беременности и послеродового периода соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях. Депрессии у беременных чаще протекают с преобладанием тревожной симптоматики (тревожные опасения выкидыша, осложненных родов, страх потерять ребенка, страх собственной смерти и пр.).

В клинической картине преобладают явления негативной аффективности - апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку). Иногда проявляются суицидальные мысли и/или навязчивые представления контрастного содержания: страх нанести повреждения ребенку - ударить ножом, сбросить с балкона и т.д.

Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства и часто убеждены в собственном переутомлении, усталости на фоне полного соматического здоровья.

Основной метод диагностики- клинический (психопатологический). При активном и целенаправленном расспросе удаётся выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающего по утрам необычного уныния, безразличия и отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях, а также суицидальное поведения, хронические соматических заболеваний, стойкие нарушения сна и аппетита. В основе ранней диагностики лежит определение принадлежности пациента к группе риска по аффективной патологии (отягощенная наследственная предрасположенность к суицидам, сведения о конституциональной структуре пациента – расстройства личности аффективного или тревожного круга).

Вспомогательным методом является использование стандартизированных психометрических шкал (шкала Гамильтона для оценки депрессий – HDRS, госпитальная шкала депрессий – HADS, шкала Монтгомери-Асберг – MADRS).

По мнению специалистов, в отношении послеродовой депрессии необходимо проводить дифференциальную диагностику с вегето-сосудистой дистонией, транзиторная гипертензией, остеохондрозом позвоночника, кардионеврозом, вертебробазиллярной недостаточностью, дисменореей неясного генеза.

Нами разработаны предложения по профилактике послеродовой депрессии, основанные на рекомендациях ВОЗ. Они включают:

- высокое качество медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения для всех женщин и новорожденных;

- посещения на дому чтобы медицинский работник мог оказать поддержку в переходный период в уходе за ребенком в домашних условиях;

- лечение, поддержка и консультации по оказанию помощи в восстановлении и решении наиболее распространенных проблем, с которыми женщины могут столкнуться после родов;

- скрининг всех новорожденных для выявления нарушений зрения и слуха, а также проведение вакцинации при рождении;

- консультирование по вопросам исключительно грудного вскармливания, применение методов послеродовой контрацепции и укрепление здоровья, включая физическую активность;

- расширение партнерского взаимодействия, например, за счёт участия в обследованиях, а также оказания поддержки женщинам и осуществления ухода за новорожденными;

-скрининг на наличие послеродовой материнской депрессии с направлением на оказание специализированной помощи и лечения, при необходимости.

Нами предложена схема предупреждения послеродовой депрессии, которая предусматривает последовательность профилактических мер на следующих этапах:

А) Мониторинг репродуктивной функции (до начала половой жизни):

-просветительная работа в школах и других образовательных учреждениях о методах контрацепции, мерах профилактики заболеваний передаваемых половым путем;

-здоровый образ жизни;

-плановые осмотры врачами-специалистами;

-акцентирование внимание подрастающего поколения на повышенной ответственности, возлагаемой на родителей;

-психологическое тестирование и при необходимости оказание психологического сопровождения специалистами.

Б) Планирование ребенка в браке:

-жилищные и финансовые вопросы;

-просветительная работа женской консультации;

-здоровый образ жизни;

-доверительные отношения с медицинскими работниками в медицинских организациях по месту жительства;

-самоконтроль психологического состояния и при необходимости оказание психологической поддержки специалистами.

В) Беременность:

-обучения на подготовительных курсах для будущих родителей;

-планирование графика работы с учетом нового члена семьи;

-здоровый образ жизни;

-психо-эмоциональная подготовка при общении с опытными родителями и врачами, при прочтении книг.

Г) Послеродовой период:

-психологическая поддержка и оказание квалифицированной медицинской помощи персоналом дородового, родового и послеродового отделений;

-создание для матери и ребенка наиболее благоприятной атмосферы в доме, подготовленного и оптимизированного пространства.

Выводы:

1. Ранняя диагностика послеродовой депрессии зиждется на парадигме принадлежности пациента к группе риска по аффективной патологии (отягощенная наследственная предрасположенность к суицидам,

сведения о конституциональной структуре пациента – расстройства личности аффективного или тревожного круга).

2. Разработанный нами алгоритм в отношении подготовки семейной пары к беременности супруги предусматривает анализ физического здоровья и психоэмоционального состояния, бытовых и экономических условий на этапах мониторинга репродуктивной функции, планирования ребенка в браке, беременности и послеродового периода;

3. Предложены меры по повышению эффективности психологической поддержки на этапах оказания медицинской помощи, включая послеродовые патронажи, консультации педиатров, использование стандартизированных психометрических шкал и проблематику доверия матери к медицинскому персоналу.

Литература

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432;
2. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) / Том 1 Общая часть. Основные аспекты депрессии. / Всемирная психиатрическая ассоциация - Москва — 2010;
3. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. / Методические рекомендации N 2000/107 –утв. Минздравом РФ 01.06.2000;
4. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx): <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>;
5. Kendell R.E., Rennie D., Clarke J.A., Dean C. The social and obstetric correlation of psychiatric admission in the puerperum. Psychol. Med. 1981;11:341-350.

УДК 929:159.9(092)

**НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ А.Р. ЛУРИИ – АКТУАЛЬНАЯ КЛАССИКА НА
ВСЕ ВРЕМЕНА (К 120-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО)**

Ивченко А.И.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии и психосоматики,
кандидат медицинских наук, доцент Богусhevская Ю. В.**

Аннотация. В данной статье рассматриваются основные научные изыскания советского психолога, врача-невропатолога и основателя нейропсихологии Александра Романовича Лурии.

Ключевые слова: *Лурия; история психологии.*

**SCIENTIFIC HERITAGE A.R. LURIA - ACTUAL CLASSICS FOR ALL
TIMES (ON THE 120TH ANNIVERSARY OF THE GREAT SCIENTIST)**

Ivchenko A.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Bogushevskaya Yu.V.**

Abstract. This article discusses the main scientific research of the Soviet psychologist, neuropathologist and founder of neuropsychology Alexander Romanovich Luria.

Key words: *Luria; history of psychology.*

Масштаб личности Александра Романовича Лурии трудно переоценить, широта и фундаментальность его научных взглядов на десятилетия вперёд определили вектор развития отечественной и мировой психологии. Его работы – классика психологии, прочно вошедшая в историю. Одно из главных достижений всей научной деятельности Александра Романовича – вклад в создание и развитие новых подходов в нейропсихологии. Важно отметить, что эта наука существовала и ранее, но именно «луриевская» нейропсихология аккумулировала в себе знания в области психологии, медицины и физиологии, получила не только внимание научного сообщества, но и практическое применение. Именно общепсихологическая основа науки позволила наиболее адекватно, как показала практика, взглянуть на проблему соотношения мозга и психики, определила её успех.

Продолжая научные традиции своего великого учителя Л.С. Выготского, Александр Романович развивал и углублял знания в разных направлениях психологического знания, находил практическое подтверждение культурно-исторической теории, которая, легла в основу его собственных научных трудов и работ его соратников, выдающихся деятелей своего времени – Ф.В. Бассина, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и др. [3]

В годы Великой Отечественной войны Александр Романович, работая главным врачом нейрохирургического госпиталя, создавал и совершенствовал не только методы диагностики нейропсихологических синдромов, но и восстановления и реабилитации высших психических функций. С одной стороны, это укрепление базиса молодой науки, а с другой – благородная миссия спасения людей, надежда на жизнь и возможность вернуться в строй, сражаться за Родину. Великая отечественная война существенно изменила задачи практической медицины. Если в мирное время приоритетным направлением была тщательная диагностика функциональных и органических изменений в организме больного, то в военных условиях, прежде всего, речь шла о сохранение жизни человека [4].

Предложенные А.Р. Лурией методы нейропсихологической диагностики и восстановления психических функций и в наше время остаются востребованными практической медициной как наиболее эффективные. Александр Романович известен не только как нейропсихолог, его работы в области дефектологии, психологии развития и специальной психологии легли в основу программ коррекции нарушенных высших психических функций у детей с разными формами умственной отсталости. В одном из его исследований было экспериментально доказано, что при умственной отсталости в первую очередь нарушаются механизмы формирования ВПФ, связанных с участием речи. Это открытие помогло осуществлять подходы к дифференциальной диагностике умственной отсталости, а также определило одну из главных мишеней психокоррекционного воздействия.

Одним из главных научных изысканий Александра Романовича было изучение семантической афазии, которой он начал интересоваться, судя по архивным материал, еще в конце 20-х годов, на рассвете своей карьеры. К этому моменту наука знала три основные формы афазии – моторную, сенсорную и семантическую, о природе которых уже не одно десятилетие велись споры. В своих монографиях автор описал симптомы, наиболее часто встречающиеся при данной патологии, особенности личности и состояние ВПФ у пациентов, с таким расстройством, а также, впервые разработал программу его коррекции [1].

А.Р. Лурия предложил способы диагностики «аффективных следов преступления», которые позднее стали использоваться в разработке таких популярных технических средств как «детектор лжи». Благодаря врачебному образованию, этот талантливый человек применил клиническое мышление в психологической практике. Овладение принципами нейропсихологического исследования, заложенными Лурией, грамотная интерпретация результатов

нейропсихологический проб в наши дни может заменить компьютерную и магнитно-резонансную томографию и другие высоко технологичные методы диагностики головного мозга. Именно Александр Романович настаивал на первостепенности качественного анализа нарушений головного мозга над количественными, в то время как в западной литературе господствовал антагонистический отечественному, взгляд на данную проблему, потерпевший фиаско в практической нейропсихологии [2].

Александр Романович Лурия – уникальный мыслитель своей эпохи. Идеями, предложенными ещё в первой половине 20 века, мы продолжаем пользоваться и сейчас, можно с уверенностью сказать, они востребованы в 21 веке. Это самая большая награда для любого ученого – сделать такой вклад в науку, чтобы им воспользовалось не одно поколение учеников. Нам досталось богатое научное наследие А.Р. Лурии, которое надлежит достойно развивать и приумножать!

Литература

1. Ахутина Т. В. Ранние этапы исследования семантической афазии в работах А. Р. Лурии / Ахутина Т. В., Агрис А. Р. – Текст: электронный // Электронный журнал «Вопросы психолингвистики», 2018 – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rannie-etapy-issledovaniya-semanticheskoy-afazii-v-rabotah-a-r-lurii?ysclid=I9zrt7xkcm590881506> (дата обращения 02.10.2022)
2. Ахутина Т. В. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия / Ахутина Т. В., Меликян З. В. – Текст: электронный // Клиническая и специальная психология, 2018 – URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52599_full.shtml?ysclid=I9zsyf8vu3132295716 (дата обращения: 02.11.2022)
3. Зинченко Ю. П. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л. С. Выготского - А. Р. Лурия / Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. – Текст: электронный // Электронный журнал «Национальный психологический журнал», 2020 – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/postneklassicheskaya-metodologiya-v-klinicheskoy-psiologii-nauchnaya-shkola-l-s-vygotskogo-a-r-luriya?ysclid=I9zshjj87r976439134> (дата обращения 02.10.2022)
4. Назаркина Д.М. Деятельность А.Р. Лурия в года Великой Отечественной войны / Назаркина Д.М. – Текст: электронный // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие», 2018 – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deyatelnost-a-r-luriya-v-gody-velikoy-otechestvennoy-voyny?ysclid=I9zptthdjj545556922> (дата обращения 02.10.2022)
5. Погосов А.В. Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе (учебно-методическое пособие)/ Богушевская Ю.В., Феоктистова Е.В // Курск: ГБОУ ВПО КГМУ, 2015. – 184 с.

**ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ
«ВЫГОРАЮЩИХ» ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Касьянова К.В.**

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. Происходит активное развитие волонтерства в учебных заведениях с привлечением студентов различных специальностей в актуальный формат – профессионально-ориентированное добровольчество. Студенты-медики, включая специфичность сферы деятельности, особенно включены в процесс оказания специализированной помощи, что приводит к истощению собственных ресурсов и формированию определенных мотивационных установок.

Ключевые слова: *ценностные ориентации волонтеров, психическое выгорание, профессионально-ориентированная волонтерская деятельность, волонтеры-медики.*

**FEATURES OF THE VALUE-MOTIVATIONAL SPHERE OF "BURNOUT"
MEDICAL VOLUNTEERS IN THE CONDITIONS OF PROFESSIONALLY-
ORIENTED VOLUNTEER ACTIVITY
Kasyanova K.V.**

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. There is an active development of volunteering in educational institutions with the involvement of students of various specialties in the current format – professionally-oriented volunteering. Medical students, including the specificity of the field of activity, are especially involved in the process of providing specialized care, which leads to the depletion of their own resources and the formation of certain motivational attitudes.

Key words: *value orientations of volunteers, mental burnout, professionally-oriented volunteer activity, medical volunteers.*

Актуальность. Федеральная и региональная поддержка развития волонтерства помогает в привлечении студентов в данную деятельность. Так, существует множество добровольческих проектов, реализуемых молодежью, которые активно поддерживаются и учебными заведениями [3].

Развитие профессионально ориентированного волонтерства помогает не только реализовать воспитательную функцию, но и возвращать полноценных специалистов с отточенными навыками [5,6]. Воспитательная функция так же включает в себя принятие определенных норм и ценностей, которые студенты получают в ходе участия в добровольческих мероприятиях.

Каждый человек так же имеет собственную систему ценностных ориентаций, которая формировалась долгие годы в ходе прохождения этапов онтогенеза. Такая система связана с мотивационными и поведенческими компонентами, которые имеют влияние на выбор в участии в волонтерской деятельности, а так же на длительность и качество оказываемой помощи, наличие собственных ресурсов [1].

Исследование ценностных ориентаций у волонтеров активно началось с 2013 года и наблюдается тенденция к увеличению количества публикаций, с наибольшей активностью в 2020 и 2022 годах.

При непрерывной включенности в деятельность происходит истощение собственных ресурсов, что приводит к психическому выгоранию и вносит коррективы в ценностно-мотивационную систему человека [6,7].

Объектом исследования выступает ценностно-мотивационная сфера.

Предмет исследования – различия ценностно-мотивационной сферы выгорающих волонтеров в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности.

Цель исследования – изучение особенностей ценностно-мотивационной сферы волонтеров-медиков с высокой и низкой степенью психического выгорания в профессионально-ориентированной волонтерской деятельности.

Материалы и методы исследования. Выборку составили 46 волонтеров специальности «Педиатрия» от 18 до 23 лет. Экспериментальная база АНО «ЦСПСКР «Феникс» г. Курска. Методами исследования выступили ценностный опросник Ш. Шварца [4], опросник «Профессиональное выгорание» (ПВ) (русскоязычная версия Н. Водопьянова, Е. Старченкова) [2]. Программа обработки результатов «Statistica 11.0». Используемые математические методы: описательная статистика, сравнительный анализ (U-критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования психического выгорания выявили наличие среднего уровня эмоционального истощения ($X_{cp.±σx}=21±5,3$), низкие показатели личностного отдаления ($X_{cp.±σx}=7,7±5,1$), высокие значения редукции личных достижений ($X_{cp.±σx}=35,7±4,6$), общий уровень ($X_{cp.±σx}=64,4±9,7$). Такие значения свидетельствуют о наличии представлений о специфичности работы с контингентом (работа педиатров с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья). Средний уровень эмоционального выгорания можно объяснить сложностью, как в эмоциональном, так и в когнитивном плане

общения с благополучателями. В виду низких показателей деперсонализации присутствует терпимость в общении, желание узнать собственные возможности и выстроить правильные границы. Высокие значения по шкале «Редукция личных достижений» связано с небольшим опытом своей деятельности, чувством непонимания правильного поведения в ситуации взаимодействия, ощущение вины за свои эмоциональные проявления.

Ценностно-мотивационная сфера волонтеров-педиатров представлена двумя уровнями: нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов (Рис.1). Ведущими ценностями на уровне нормативных идеалов являются: самостоятельность, достижение, доброта и открытость изменениям. В индивидуальные приоритеты волонтера-педиатра включены гедонизм, доброта и конформизм.

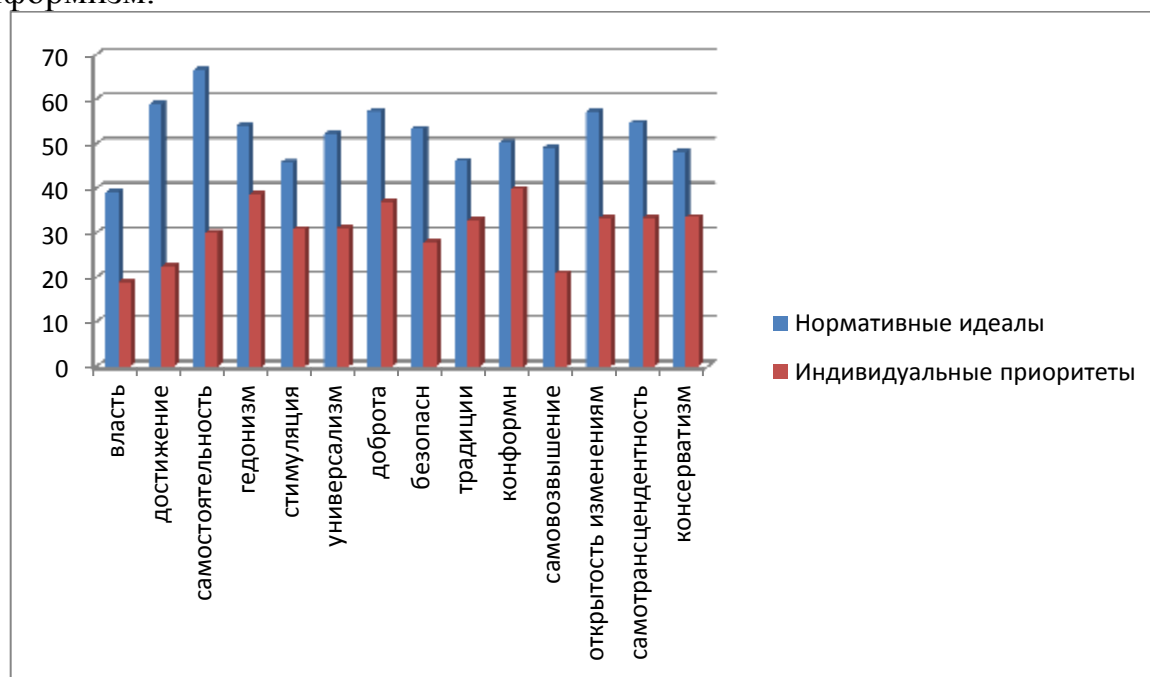


Рис.1. Ценностно-мотивационная сфера волонтеров-педиатров

С помощью метода полярных групп были разделены волонтеры на две группы: с наличием высоких показателей по шкале «Общий уровень выгорания» - группа 1 (33% от общей выборки), с низкими показателями по шкале «Общий уровень выгорания» - группа 2 (33% от общей выборки).

U-критерий Манна-Уитни позволил выявить различия в ценностно-мотивационной сфере волонтеров с наличием выгорания и его отсутствием (Таблица 1,2).

Таблица 1. Результаты статистически значимых различий ценностно-мотивационной сферы у волонтеров-педиатров (1 уровень)

Показатель	p-level	Группа 1	Группа 2
<i>Уровень нормативных идеалов</i>			
Власть	0,003679	23,17	46,33
Достижение	0,046299	45,17	66,67
Стимуляция	0,012504	33,17	51,83
Шкала самовозвышения	0,005461	34,33	56,50

Таблица 2. Результаты статистически значимых различий ценностно-мотивационной сферы у волонтеров-педиатров (2 уровень)

Показатель	p-level	Группа 1	Группа 2
<i>Уровень индивидуальных приоритетов</i>			
Мотив самостоятельности	0,008026	34,83	18,17
Мотив доброты	0,014177	25,00	45,83
Мотив самотрансцендентность	0,018848	23,17	40,67

На уровне нормативных идеалов обнаружены различия по шкалам «Власть», «Достижение», «Самовозвышение», что выражено к стремлению к социальному статусу «выгорающих» волонтеров, это является стимулом к продолжению деятельности в виду наличия признаков или симптомов. Выявлены различия по шкале «Стимуляция». Так, с повышением уровня психического напряжения необходимо больше глубоких переживаний для поддержания оптимального уровня активности.

На уровне индивидуальных приоритетов обнаружены значимые различия по шкале «Самостоятельность», что объясняется снижением инициативности в выборе действий к благополучателям и творческого подхода к подготовке мероприятий. Шкала «Доброта» и «Самотрансцендентность» - присутствует наличие снисходительности и лояльности к действиям команды, размытость границ при общении с благополучателями.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- Теоретико-методологический анализ выявил повышение исследовательского интереса к проблеме ценностных ориентаций волонтеров.

- У волонтеров-медиков выявлен средний уровень эмоциональной напряженности, низкий уровень личностного отдаления и высокий уровень редукции личностных достижений.

- Ведущими ценностями на уровне нормативных идеалов являются: самостоятельность, достижение, доброта и открытость изменениям. Индивидуальные приоритеты: гедонизм, доброта и конформизм.

- Существуют различия в ценностно-мотивационной системе волонтеров-медиков при наличии и отсутствии психического выгорания.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности ценностно-смысловой сферы студентов в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности / В сборнике: Молодежная наука и современность. Материалы 86-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 86-летию КГМУ. В 3-х томах. Курск, 2021. С. 70-72.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2008. 358 с.
3. Захарова А.Н. Ценности и мотивы студентов-волонтеров в городском и образовательном пространстве / Захарова А.Н., Тавхитова И.Р. // Социально-

экономические проблемы развития муниципальных образований : материалы и доклады XXIV Международной научно-практической конференции. Том II. – Княгинино : НГИЭУ, 2019. – С.15-18.

4. Карандашев В. Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. — СПб.: Речь, 2004 - 70 с.

5. Касьянова К.В. Современные направления профессионально ориентированной волонтерской деятельности в студенческой среде / В сборнике: Психология здоровья в образовательном процессе. материалы III региональной научно-практической конференции (с использованием дистанционных технологий). Курск, 2022. С. 66-69.

6. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Взаимосвязи способов совладающего поведения и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности (В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19) / Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 4. С. 202-213.

7. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Взаимосвязи эмоционального интеллекта и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности / Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 3. С. 181-193.

**ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА ПОДРОСТКАМИ С
ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Ковалева Ю.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии и психосоматики,
к.м.н., доцент Богусhevская Ю.В.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования восприятия образа собственного тела подростками с избыточным весом при сахарном диабете. Установлено, что для подростков с избыточным весом при сахарном диабете по сравнению с подростками без избыточного веса при сахарном диабете характерна выраженная неудовлетворенность собственным телом.

Ключевые слова: подростки, сахарный диабет, избыточный вес, образ собственного тела.

**PERCEPTION OF THE IMAGE OF THEIR OWN BODY BY OVERWEIGHT
ADOLESCENTS WITH DIABETES**

Kovaleva Yu.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, PhD, Associate Professor Bogushevskaya Yu.V.**

Abstract. The article presents the results of a study of the perception of the image of their own body by overweight adolescents with diabetes mellitus. It was found that overweight adolescents with diabetes mellitus, compared with adolescents without excess weight with diabetes mellitus, are characterized by pronounced dissatisfaction with their own body.

Key words: adolescents, diabetes, overweight, body image.

Актуальность. Сахарный диабет является одним из социально значимых неинфекционных заболеваний. В Российской Федерации, как и во многих странах мира, наблюдается рост распространенности сахарного диабета: с 2000 г. число больных сахарным диабетом увеличилось более чем в два раза [2,3].

Важно отметить, что эта проблема охватывает не только взрослое, но и детское население. По данным исследования Таранушенко Т. (2017), распространенность сахарного диабета у подростков в 2 раза выше, чем у детей

до 15 лет, и составляет 100,4 случаев на 100 тыс. (в возрастной группе до 5 лет – 50,3). Сахарный диабет 1 типа дебютирует у 46,1% больных в возрасте от 7 до 12 лет (у 23,6% детей манифестация возникает после 12 лет и только в 10,7% случаев – до 3 лет) [6].

Известно, что ожирение является сопутствующим и предрасполагающим фактором риска развития сахарного диабета 2 типа, но в настоящее время наблюдается значительное увеличение избыточной массы тела среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Избыточная масса тела негативно отражается на состоянии организма, а также может выступать фактором риска инвалидности и ранней смертности в старшем возрасте. Исследователи отмечают, что во взрослом возрасте у людей, имеющих избыточную массу тела с детского и подросткового возраста, чаще развиваются различные соматические заболевания (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, заболевания опорно-двигательного аппарата и др.) и психологические нарушения. Так, в научной литературе описываются высокий уровень тревожности, проявления агрессивного психосоциального поведения и комплекса неполноценности, снижение качества и количества социальных контактов, слабая мотивация к диете и сниженный самоконтроль массы тела и др [1,4].

Таким образом, актуальной задачей является совершенствование диагностики сахарного диабета на доклиническом этапе, грамотная организация диспансерного наблюдения и лечения пациентов с учетом их индивидуальных особенностей. Данный подход, вне сомнений, может оказывать положительный эффект не только на протекание заболевания, но и на его исход [5].

Цель исследования – установить различия в восприятии образа собственного тела подростками с избыточным весом при сахарном диабете по сравнению с подростками без избыточного веса при сахарном диабете.

Материалы и методы исследования. В основу работы легли результаты обследования 35 подростков в возрасте 14-15 лет, страдающих сахарным диабетом 1 типа. Основную группу составили 20 подростков с избыточным весом ($ИМТ \geq 25.0$), контрольную – 15 подростков, не имеющие показателей избыточного веса. Исследование проводилось в индивидуальной форме.

В качестве основного метода использовался Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica (версия 13.0) StatSoft, критерий U Манна-Уитни.

Результаты исследования. В результате статистической обработки полученных данных, установлены различия высокого уровня значимости ($U=11,5$; $p=0,000004$) по показателю восприятия образа собственного тела подростками с сахарным диабетом. Данный факт позволяет сделать вывод о том, что для подростков с избыточным весом при сахарном диабете по сравнению с подростками без избыточного веса при сахарном диабете характерна выраженная неудовлетворенность собственным телом. Данная неудовлетворенность может проявляться посредством эмоций и чувств по

поводу внешности, неудовлетворенностью весом, формой тела, некоторыми его частями, избеганием необходимости посмотреть на себя в зеркало и так далее.

Вывод. В результате исследования установлено, что для подростков с избыточным весом при сахарном диабете характерна выраженная неудовлетворенность собственным телом. Данные результаты будут использованы как дальнейших исследованиях, так и при разработке рекомендаций по психологическому сопровождению подростков в сахарным диабетом.

Литература

1. Богушевская, Ю.В. Особенности эмоциональной и личностной сферы подростков, страдающих сахарным диабетом I типа / Ю.В. Богушевская, Е.Н. Кукина // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию КГМУ. Курский государственный медицинский университет, 2014. - С. 42-47.
2. Водолагин, М.В. Сахарный диабет, как социально значимое заболевание / М.В. Водолагин, Н.В. Эккерт // Образовательный вестник «Сознание». – 2017. – №12.
3. Дедов, И.И. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 / И.И. Дедов с соавт. // Сахарный диабет. – 2021. – №3.
4. Демидова, Т.Ю. Молекулярно-генетические особенности развития сахарного диабета и возможности персонализации терапии / Т.Ю. Демидова, С.Г. Зенина // Сахарный диабет. – 2020. – №5.
5. Зелинская, Д.И. Осложнения сахарного диабета у детей Калужской области / Д.И. Зелинская, Л.В. Ширяева, Р.Н. Терлецкая // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – №5.
6. Таранушенко, Т. Сахарный диабет в практике педиатра / Т. Таранушенко, Н. Киселева // Врач. – 2017. – №1.

ВИНА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН СТУДЕНТОВ КГМУ
Коробченко В.П., Литвин А.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. Среди студентов Курского государственного медицинского университета было проведено эмпирическое исследование - опрос по определению особенностей переживания чувства вины как психологического феномена. Каждый переживает вину по-своему, что связано с личностными особенностями человека. Опрос проводился у парней и девушек разных факультетов и курсов, отличающихся не только возрастом, но и типами личности: экстраверты, интроверты. Выявлено, что большая часть опрошенных, как юношей, так и девушек, сожалеют и испытывают чувство вины по отношению к неправильно совершенным поступкам. У студентов-интровертов в большей степени выражено чувство вины, о котором они часто думают, студенты-экстраверты реже думают о вине и считают, что совершали мало плохих поступков, за которые они бы переживали.

Ключевые слова: вина, чувство вины, студенты, экстраверсия, интроверсия, эмоции, переживание, личность.

GUILT AS A PSYCHOLOGICAL PHENOMENON OF KSMU STUDENTS
Korobchenko V.P., Litvin A.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: Associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. An empirical survey was conducted among students of Kursk State Medical University to determine the characteristics of experiencing guilt as a psychological phenomenon. Everyone experiences guilt in their own way, which is related to the personal characteristics of a person. The survey was conducted among boys and girls of different faculties and courses, differing not only in age, but also in personality types: extroverts, introverts. It was revealed that most of the respondents, both boys and girls, regret and feel guilty about wrongly committed actions. Introverted students have a more pronounced sense of guilt, which they often think

about, extroverted students less often think about guilt and believe that they have done few bad things for which they would worry.

Key words: *guilt, feeling guilty, students, extraversion, introversion, emotions, experience, personality.*

Актуальность. Вина - сложное эмоциональное переживание, о котором мало известно. Это чувство свойственно и знакомо каждому человеку. Кто-то испытывал вину мимолетно, а кто-то пронесет её через всю жизнь. Это переживание сказывается на самой личности, его отношении к себе и окружающим, поведении в обществе.

З.Фрейд высказывал мнение, что вина является разновидностью тревоги. Многие другие психологи-ученые считают вину негативным переживанием и связывают с особенностями личности человека, собственного «Я». И. А. Белик [1] считает, что в основе вины лежит болезненно-пониженное настроение личности, для которого характерны мрачность, подавленность, страдание и сожаление. Е.В. Короткова [3] основополагающим считала недоверие к окружающим, подозрительность и враждебность. Е.В. Белинская [2] закладывала в основу вины такие качества как агрессивность, обидчивость, подверженность страхам. Вина является причиной многих психозов, неврозов депрессий, но так ли это на самом деле?

Вина в своей основе имеет 3 составляющих: 1. Эмоции. 2. Мотивация. 3. Анализ.

Первая составляющая представляет собой внутренние переживания, которые испытывает человек, ощущающий вину. Это может быть подавленность, опустошение, раскаяние или даже полное безразличие.

Вторая составляющая - это желание (стремление) исправить совершенные ошибки, которые вызвали чувство вины.

Третья составляющая - это осознание совершенных действий, их анализ и формулировка выводов, позволяющих не допустить ошибок в будущем.

Зачастую превалирует первый компонент, и люди могут чувствовать моральное опустошение, замыкаться в себе, иногда может довести до самоубийства. Это происходит потому что нарушен уровень ощущения вины: повышение, либо понижение нормального чувства вины. Преувеличенное самоощущение вины может проявляться депрессией и повышенной самокритикой, излишними переживаниями. Как правило, такое ощущение вины наблюдается у людей с интровертивным типом личности.

Интроверсия - (Introversio) (от лат. приставки intro - действие или движение, направленное вовнутрь, и verito - поворачивание). Букв. замыкание в себя. Интровертированный субъект проявляет склонность не демонстрировать интереса к окружающему миру и искать удовлетворение в своем внутреннем мире. У него мало друзей, часто выглядит вдумчивым, молчаливым, избегает общества [4].

При сниженном ощущении уровня вины может наблюдаться отсутствие морально - нравственной позиции, нарушение самокритики, асоциальное

поведение. Такой человек не сможет корректно оценить совершенные поступки, чтобы не повторить их в дальнейшем. Только при оптимальном значении ощущения вины человек будет психически здоров, устойчив к стрессу, сможет адекватно реагировать на происходящее и делать правильные выводы. Как оптимальное, так и сниженное ощущение уровня вины может наблюдаться у людей с экстравертивным типом личности

Экстрроверсия- (Extravertio) (extra и лат. verito - поворачивать). Понятие, служащее для описания поведения человека, у которого преобладает стремление к внешнему эффекту, открытого для внешних впечатлений и относительно мало занимающегося своей внутренней жизнью. Экстравертированное поведение характеризуется следующим комплексом признаков: открытостью для социального контакта и активностью (потребностью в компании, желанием поделиться), импульсивностью и спонтанностью со склонностью к риску, оптимизмом, нередко слабым контролем над эмоциями, нетерпеливостью и склонностью к агрессивному поведению [5].

Таким образом, мы видим, что только оптимальным уровнем ощущения вины может позволить человеку оставаться психологически здоровым, сохранить морально-нравственные ценности и выдавать адекватную эмоциональную реакцию на происходящее. Попробуем убедиться в вышеописанных рассуждениях на примере студентов Курского Государственного Медицинского Университета.

Цель исследования - определению особенностей переживания чувства вины как психологического феномена студентов КГМУ.

Материал и методы. Опираясь на поставленные цели, было разработано анонимное анкетирование, в котором приняли участие 100 студентов различных курсов и факультетов КГМУ в возрасте от 18 до 23 лет и старше. Вопросы анкеты помогают разобраться в том, как часто студенты испытывают чувство вины, относятся к неправильно совершенным поступкам.

Метод исследования – эмпирическое исследование: опрос с помощью анкетирования.

Результаты исследования. Согласно статистике в опросе приняли участие 77% девушек и 23% парней.

Вначале исследования мы определили тип личности респондентов. Среди опрошенных 60% экстраверты, 40% интроверты.

После чего был задан вопрос «Испытывали ли Вы когда-либо большое сожаление или вину?». Практически все респонденты дали положительный ответ (94% испытывали, 6% никогда не испытывали).

Следующий вопрос был направлен на то, чтобы узнать, как часто студенты вспоминают и переживают по поводу плохих поступков, которые совершили в прошлом. 74% респондентов ответили, что редко вспоминают, 20% - часто, 6% никогда (рис. 1)

Часто ли Вы вспоминаете и переживаете по поводу плохих поступков, которые совершили в прошлом?

100 ответов

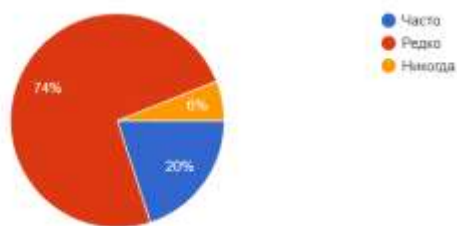


Рис.1. Вопрос 1.

На вопрос «Много ли Вы совершили поступков, о которых сожалеете и испытываете чувство вины?» были получены ответы: 77% мало; 17% много; 6% не сожалеют ни о каких своих поступках. (Рис.2).

Много ли Вы совершили поступков, о которых сожалеете и испытываете чувство вины?

100 ответов

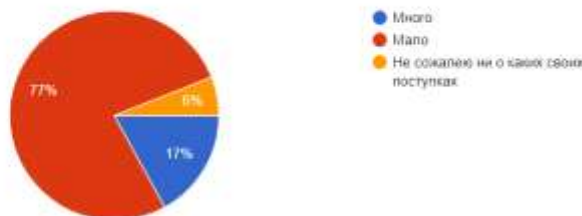


Рис.2. Вопрос 2.

Опираясь на результаты трех вышеописанных вопросов, можно сделать вывод, что каждый, кто когда-либо испытывал чувство вины в дальнейшем переживает его по-своему. Кто-то вспоминает и переживает о сделанном, а кто-то давно забыл и не винит себя. Все это зависит от типа личности и того, как человек ощущает чувство вины.

Последующие вопросы были направлены на морально – нравственное отношение студентов к неправильным поступкам. Ответы на вопрос «Возникает ли у Вас желание извиниться за сделанные поступки, если считаете себя виноватым?» были практически единогласны. Всего лишь 3% из опрошенных ответили, отрицательно, остальные 97% дали положительный ответ. (Рис.3).

Возникает ли у Вас желание извиниться за сделанные поступки, если считаете себя виноватым?

100 ответов



Рис.3. Вопрос 3.

Заключительный вопрос был таковым: «Как меняется Ваше настроение после совершенных плохих поступков?». 92% респондентов ответили, что и настроение ухудшается, у 6% не меняется настроение, у 2% улучшается. (Рис. 4).

Как меняется Ваше настроение после совершенных плохих поступков?

100 ответов

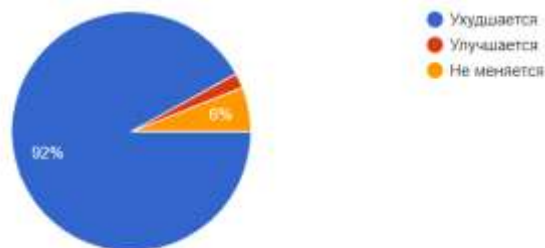


Рис.4. Вопрос 4.

Выводы. Согласно проведенному исследованию можно прийти к заключению о том, что чувство вины свойственно каждому, не зависимо от возраста, пола и рода деятельности. Но на её ощущение влияют особенности личности и характера человека. Интровертам тяжелее переживать это чувство, чем экстравертам. Они более склонны к самоанализу и депрессивному настроению. Но для сохранения психического и эмоционального баланса необходимо поддерживать степень ощущения вины на оптимальном уровне. Ведь отклонения ее в ту или иную сторону могут привести к различным психозам, неврозам и депрессиям.

Литература

1. Белик И.А. Чувство вины в связи с особенностями развития личности // Автореф. дис. канд. наук. СПб., 2006.

2. Белинская Е.В. Особенности переживания вины современным человеком. – URL: rasstanovki-rostov.ru/?p=1821
3. Короткова Е.В. Социально-психологический анализ вины и стыда как системы отношений личности к себе и другому // Автореф. дис. канд. наук. Ростов-на-Дону, 2002.
4. Психиатрический энциклопедический словарь/Й.А. Стоименов, М.Й. Стоименова, П.Й. Коева и др. – К.:МАУП, 2003. – С.377.
5. Психиатрический энциклопедический словарь/Й.А. Стоименов, М.Й. Стоименова, П.Й. Коева и др. – К.:МАУП, 2003. – С.1135

**ИССЛЕДОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАНИЯ У ПОДРОСТКОВ,
СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Кравченко А.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической
психологии, к.пс.н. Земзюлина И.Н.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования копинг-стратегий, используемых подростками с выраженной склонностью к девиантному поведению.

Ключевые слова: *девиантное поведение, подростковый возраст, агрессивное поведение, делинквентное поведение, самоповреждающее поведение, зависимое поведение, копинг-стратегии.*

**STUDY OF COPING STRATEGIES IN ADOLESCENTS PRONE TO
DEVIANT BEHAVIOR**

Kravchenko A.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: associate Professor of the Department of General and Clinical
Psychology, Candidate of Ps.N. Zemzyulina I.N.**

Abstract. The article presents the results of a study of coping strategies used by adolescents with a pronounced tendency to deviant behavior.

Key words: *deviant behavior, adolescence, aggressive behavior, delinquent behavior, self-harming behavior, dependent behavior, coping strategies.*

Стратегии совладания (копинг-стратегии) — это стратегии действий, которые человек предпринимает в ситуациях наличной или потенциальной психологической угрозы. Это целенаправленное социальное поведение, которое позволяет преодолеть трудности в наличной жизненной ситуации [1].

Совладающее поведение является важным процессом адаптации. Змановская Е.В. выделяет такие компоненты приспособляемости, как способность организма адекватно реагировать на внешние раздражители, наличие мотивации, как желания приспособляться к условиям окружающей среды, а также способность организма сохранять психический гомеостаз [1].

Особое внимание требует состояние детей и подростков, которые благодаря особенностям возраста, включая повышенную чувствительность, проявляют особую уязвимость, одиночество и психологическую незащищенность перед жизненными трудностями. Зачастую, несовершеннолетние не обладают умением сделать самостоятельный выбор, брать ответственность за имеющееся поведение и свое будущее. Это может стать благоприятной почвой для формирования дезадаптивного и девиантного поведения [2].

Цель исследования – выявить стратегии преодоления, характерные для подростков, склонных к девиантному поведению.

Методы исследования представлены методикой диагностики девиантного поведения несовершеннолетних, а именно тест СДП, копинг-тест Лазаруса.

Исследование проводилось с помощью интернет-ресурса Google-forms, в нем приняли участие студенты ГБПОУ «Брянский профессионально-педагогический колледж» и ученики ГБОУ «Брянский городской лицей № 1 имени А. С. Пушкина», MAOY «Лицей № 21». Общий объем выборки составил 77 человек.

Наиболее распространенным проявлением девиантного поведения является самоповреждающее поведение, далее – агрессивное и делинквентное, а затем – зависимое поведение (рис.1).



Рис.1. Распределение видов девиантного поведения.

Оценка копинг-стратегий осуществлялась посредством средних показателей:

1) 0-6 – низкий уровень выраженности, что является адаптивным вариантом копинга;

2) 7-12 – средний уровень, что является пограничным состоянием адаптационного потенциала;

3) 13-18 – высокая выраженность копинга, являющаяся выраженной дезадаптацией.

Для делинквентного поведения (представляется собой антисоциальное поведение, противоречащее законодательным нормам) более характерным оказался самоконтроль, что предполагает разрешение проблемы с помощью постоянного сдерживания эмоций (рис.2).



Рис.2. Распределение видов копинг-стратегий у подростков с проявлениями делинквентного поведения.

Для зависимого поведения, которое характеризуется желанием уйти от реальности, с помощью изменения своего психического состояния, более характерной является копинг-стратегия бегство-избегание, при этом решение трудностей личности происходит за счет отрицания проблемы, фантазирования, необоснованных ожиданий, отвлечения и т.п., то есть уклонение. (рис.3).

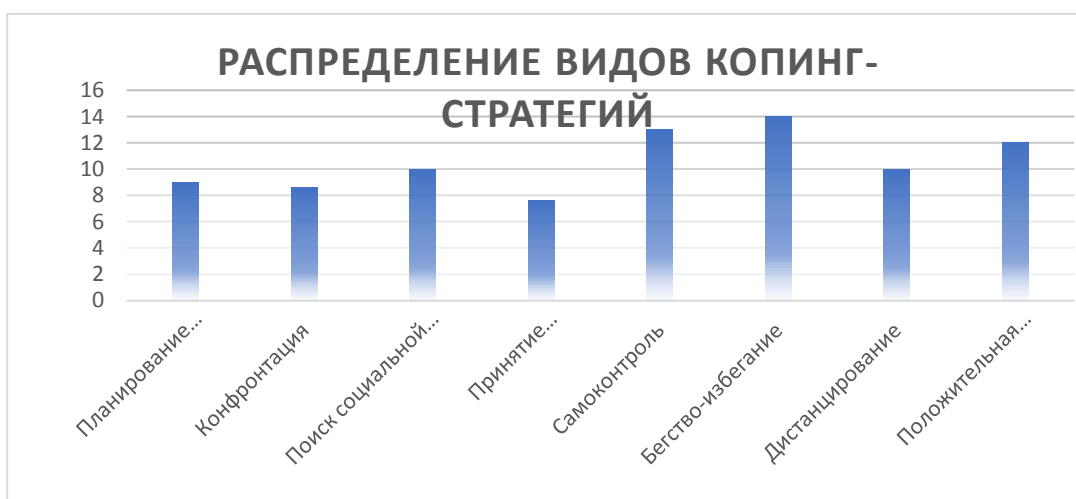


Рис.3. Распределение видов копинг-стратегий у подростков с зависимым поведением.

Агрессивному поведению (выражается в вербальной и физической агрессии) в большей степени соответствует копинг-стратегия бегство-избегание (рис.4).



Рис.4. Распределение видов копинг-стратегий у подростков с агрессивным поведением.

Для самоповреждающего поведения, выражающегося в стремлении причинить себе боль и/или физический вред наиболее характерными оказались стратегии самоконтроля, при которой преодоление проблем осуществляется с помощью целенаправленного подавления эмоций и бегство-избегание, благодаря чему проблема в большей степени игнорируется (рис.5).

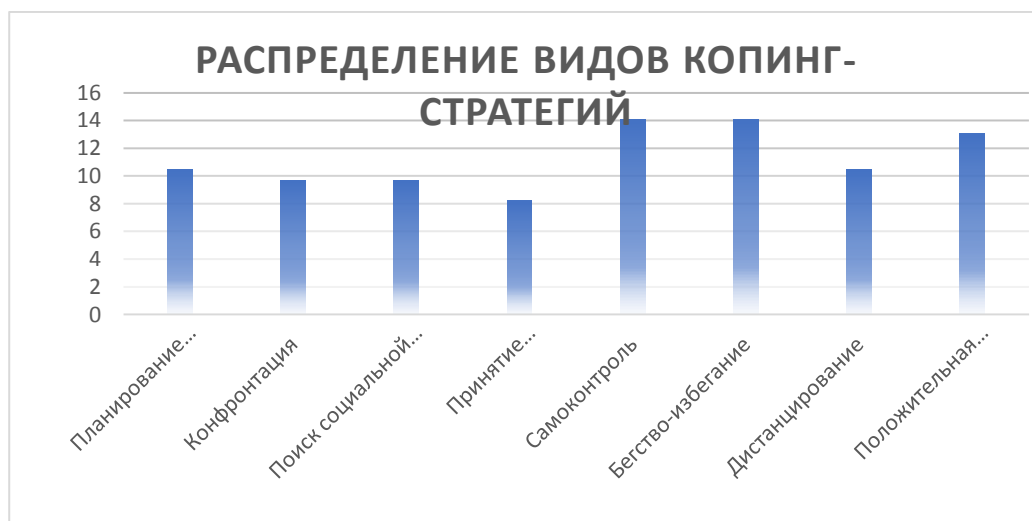


Рис.5. Распределение видов копинг-стратегий у подростков с самоповреждающим поведением.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что чаще всего среди подростков встречается самоповреждающее поведение. Принимая во

внимание особенности подросткового возраста, а именно высокую эмоциональную чувствительность, низкую стрессоустойчивость, отсутствие большого диапазона используемых конструктивных копинг-стратегий, множество внутренних переживаний, потребность в близких контактах с референтной группой, желание эмансипироваться, имеющийся возрастной кризис и другие, подтверждается идея о подростковой группе, как группе риска, что требует пристального внимания.

Самыми распространенными в использовании подростками, склонными к девиантному поведению, копинг-стратегии – самоконтроль и бегство-избегание. Однако средние показатели и других копинг-стратегий находятся на уровне дезадаптации. Поэтому особое внимание следует уделить возможности скорректировать негативные проявления и расширить диапазон применения более эффективных копинг-стратегий, таких как поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Литература

1. Израйлева М.Н., Габбасова Э.Р., Киреева Д.С. Склонность к риску, стратегии конфликтного поведения и эмоциональные нарушения у подростков с девиантным поведением // Психическое здоровье. – 2018.– № 4. – С.53-60.
2. Клиническая психология в социальной работе: Учеб. пособие для студ. фак. социальной работы / Б.А. Маршинин, Т.Г. Горячева, А.С. Султанова и др.; под ред. Б.А. Маршнина; Моск. гос. социальный ин-т. - Москва: Академия, 2002. – 218 с.

**К ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ (БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)**

Кравченко А.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической
психологии, к.пс.н. Земзюлина И.Н.**

Аннотация. В данной работе проводился библиометрический анализ публикаций исследований в области изучения адаптации подростков с девиантным поведением за последние пять лет.

Ключевые слова: *девиантное поведение, подростковый возраст, девиации, адаптационные возможности, копинг-стратегии.*

**TO THE PROBLEM OF ADAPTATION OF TEENAGERS WITH DEVIANT
BEHAVIOR (BIBLIOMETRIC ANALYSIS)**

Kravchenko A.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: associate Professor of the Department of General and Clinical
Psychology, Ph.D. Zemzyulina I.N.**

Abstract. In this work, a bibliometric analysis of research publications in the field of studying adolescents with deviant behavior over the past five years was carried out.

Key words: *deviant behavior, adolescence, deviations, adaptive capabilities, coping strategies.*

На любом историко-культурном этапе становления общество сталкивается с отклонениями от юридических, социокультурных, психологических и других норм [3]. Такие отклонения называются девиациями.

Изучение девиантного поведения, проведение множества исследований о том, как можно вовремя предотвратить последствия отклоняющегося поведения, разработка программ профилактики и коррекции, все же не позволило снизить проявление девиаций до такой степени, что это перестало быть проблемой для общества, и все же остается актуальным и по сегодняшний день [2].

Анализ литературы осуществлялся для того, чтобы сделать акцент на значимости исследований процессов именно адаптации подростков, склонных к

девиантному поведению, а не только рассмотрение вопроса со стороны дезадаптации.

Анализ осуществлялся с помощью данных электронной научной библиотеки eLibrary.ru за 2018-2022 гг., где авторы опубликовали 2642 научных статей, исследуя данную проблему. Рис.1 демонстрирует снижение количества научных работ по данной проблематике.



Рис. 1. Количество исследований по данной проблеме за период 2018-2022 гг.

Несмотря на снижение интереса к данной проблематике, изучение вопроса девиаций остается актуальным. Эксперты, изучающие статистику, утверждают о ином уровне преступности, превышающем в 3-4 раза показатели официальной статистики. Больше всего эта разница заметна среди таких правонарушений, как грабежи, кражи и хулиганство. Это происходит во многом благодаря тому, что образовательные организации предпочитают скрывать факты противоправного поведения учащихся, что способствует появлению и развитию у подростков чувства безнаказанности, благодаря чему происходят повторные правонарушения и преступления [1].

Соответственно, изучать данный вопрос нужно с разных сторон, чтобы убедиться в том, как общество может предупредить проявление девиаций или же скорректировать последствия этих проявлений. Область интересов исследований подростков с девиантным поведением за последние пять лет представляется следующим образом. Самой распространенной темой исследования является профилактика девиантного поведения, далее – психологические особенности, затем – проявления различных девиаций, и менее привлекательными темами для исследования являются ценностные ориентации и жизнестойкость подростков с девиантным поведением (рис. 2).

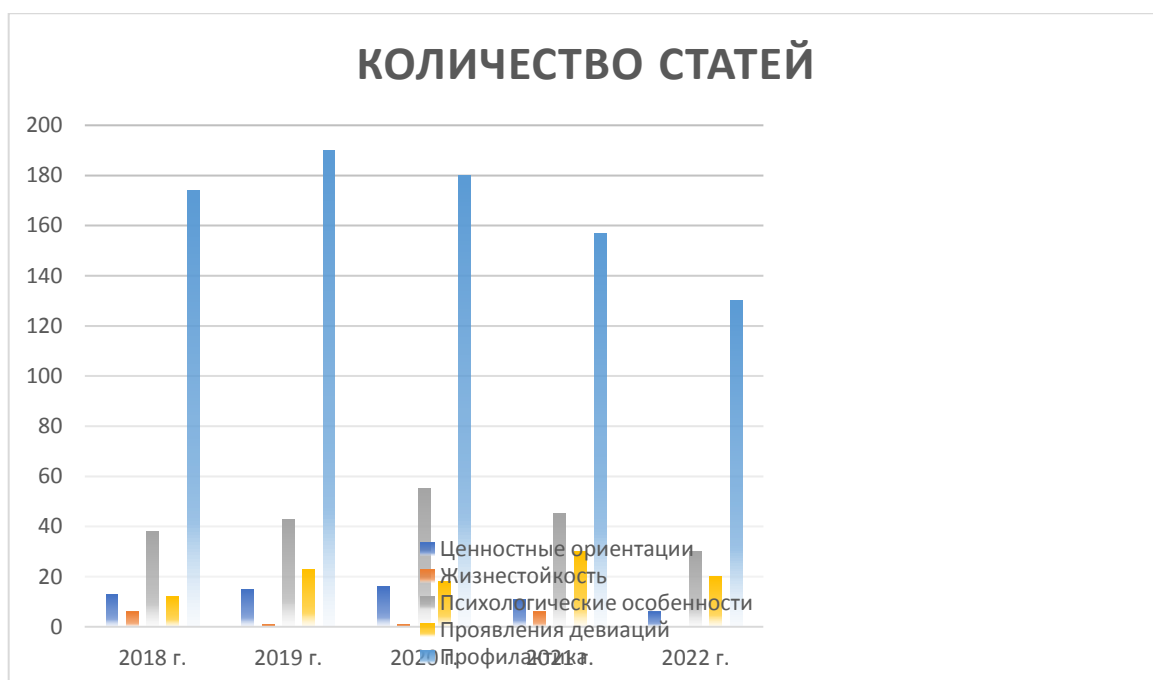


Рис. 2. Распределение интересов исследователей, занимающихся изучением подростков с девиантным поведением

Также, важным вопросом является изучение проблемы девиаций в подростковом возрасте со стороны адаптации и дезадаптации. Что есть девиация: проявление дезадаптации или же, наоборот, способ совладания с условиями наличной социальной среды?

Анализируя данные статей о дезадаптации подростков с девиантным поведением, видно, что тема имеет свою важность и актуальность каждый год (рис. 3).



Рис. 3. Количество исследований по вопросу дезадаптации подростков с девиантным поведением.

Однако же, за последние пять лет нет ни одной статьи, рассматривающей девиантное поведение как результат адаптации к условиям внешней среды. Можно сделать вывод о том, что девиантное поведение рассматривается однобоко и однозначно – как нарушение адаптации, как дезадаптация, как отсутствие корректных адаптационных паттернов. Но можно ли утверждать это с абсолютной уверенностью?

Пытаясь провести анализ статей, где бы рассматривался аспект адаптационного потенциала подростков как таковой, можно отметить, что за последние пять лет подобных исследований не проводилось.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что есть несколько самых распространенных аспектов исследования девиантного поведения в подростковом возрасте, в частности психологические особенности таких подростков, проявления различных девиаций и их профилактика. Однако же, крайне мало исследований этого вопроса со стороны адаптационного потенциала девиантного поведения в подростковом возрасте. Можно ли утверждать, что девиантное поведение является своеобразным, не конструктивным, но всё же способом адаптации к наличной окружающей среде? Вопрос остается открытым.

Литература

1. Колесников Роман Викторович Современное состояние преступности несовершеннолетних // Пенитенциарная наука. 2022. №1 (57).
2. Проскурякова Лариса Александровна, Поляков Иван Витальевич Взаимосвязь девиантного поведения с мотивацией обучения подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2022. №74-2.
3. Рождественская Н. А. Девиантное поведение и основы его профилактики у подростков. М.: Генезис, 2015. 212 с.

УДК 316.613

**ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ И ВИДОВ АГРЕССИВНОСТИ У
ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ
(В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА)**

Кузнецова Н.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия
e-mail: ninulay25@mail.ru*

**Научный руководитель: к.псих.н., зав. кафедрой психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Кузнецова А.А.**

Аннотация. Проблема распространения форм девиантного поведения в подростковом возрасте остается актуальной по настоящее время. Особенности данного возраста, повышенная восприимчивость, уязвимость, ранимость у подростков с интеллектуальными нарушениями сочетается с высоким риском к развитию поведенческих расстройств. Изучение особенностей агрессивности подростков, как вида поведенческих расстройств подтверждает важность поднимаемой проблемы.

Ключевые слова: агрессия, агрессивность, виды агрессии, подростковый возраст, умственная отсталость.

**FEATURES OF THE LEVEL AND TYPES OF AGGRESSIVENESS IN
ADOLESCENTS WITH A MILD DEGREE OF MENTAL RETARDATION
(IN A BOARDING SCHOOL)**

Kuznetsova N.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Candidate of Psychological Sciences, Head of the
Department of Health Psychology and Neuropsychology, Associate Professor
A.A. Kuznetsova**

Abstract. The problem of the spread of forms of deviant behavior in adolescence remains relevant to the present. The peculiarities of this age, increased susceptibility, vulnerability, vulnerability in adolescents with intellectual disabilities are combined with a high risk for the development of behavioral disorders. The study of the characteristics of aggressiveness of adolescents as a type of behavioral disorders confirms the importance of the problem being raised.

Key words: aggression, aggressiveness, types of aggression, adolescence, mental retardation.

Актуальность. Агрессивность как психологический феномен, в психологической традиции, рассматривается в нескольких направлениях. В основании данного исследования лежит поведенческий подход к агрессии (А. Басса), где особую роль в формировании агрессии играют переменные темперамента, которые влияют на развитие агрессивности: интенсивность реакций, импульсивность, уровень активности и независимость, имеющая отношение к стремлению в самоуважении и защите от группового давления (А. Басс, 1961; Д. Зильман, 1979).

Согласно концепции А. Басса и А. Дарки, агрессивность – это свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций преимущественно в системе субъект-объектных отношений [2]. Разрабатывая опросник, направленный на диагностику агрессивных и враждебных реакций личности, в 1957 г. А. Басс провел разграничения между враждебностью и агрессией. Враждебность, в данном случае, понимается как внутренняя реакция отношения, которой сопутствуют негативные чувства и негативная оценка людей и событий. В свою очередь, агрессия – это ответ (деструктивные намерения и действия), содержащий стимулы, способные причинить вред другому существу. (А. Басс, 1957).

Типологизация агрессивных реакций, по мнению А. Басса, основывалась на следующих критериях: направление (физическая – вербальная); степень активности (активная – пассивная); форма проявления (прямая – косвенная) [2].

В результате А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды реакций: 1) два вида враждебности (обида и подозрительность); 2) пять видов агрессии (физическая, косвенная, раздражение, вербальная и негативизм) [1].

В современном обществе проблема распространения форм девиантного поведения среди подростков остается актуальной, в связи с сензитивностью данного возраста к социально-психологическим воздействиям и уязвимостью к формированию деструктивных форм поведения. Высокий риск к развитию поведенческих расстройств наблюдается у подростков с умственной отсталостью.

Выделяются следующие факторы, которые влияют на развитие и проявление агрессивного поведения в подростковом возрасте: социально-семейные условия, влияние группы сверстников (особенно в условиях школы-интерната), а также средства массовой информации (в частности социальные сети). Рассматривая детей с интеллектуальными нарушениями, к выше перечисленным факторам добавляются биологические предпосылки проявления агрессии, связанные с неполноценностью их нервной системы. [3]. Подросткам свойственно усваивать модели агрессивного поведения как через наблюдение агрессивных поступков и действий, так и посредством прямых подкреплений со стороны сверстников и взрослых [4,5].

Цель исследования – изучение особенностей и уровня агрессивных реакций у подростков с легкой степенью умственной отсталости.

Организация и методы исследования. Организация исследования осуществлялась согласно поставленной цели, и проводилась на базе ОКОУ

«Школа-интернат №3» г. Курска. Обследование проходило в групповой форме (учебные классы по 4-6 человек), в котором приняли участие 20 подростков в возрасте 11-14 лет. Общая длительность исследования одной группы составила 35-40 минут и осуществлялась на условиях информированного согласия.

Для осуществления эмпирической части исследования использовались следующие методы: наблюдение, беседа, тестирование, анкетирование, архивный метод, психодиагностические методы (опросник Басса-Дарки для исследования агрессивных реакций (в адаптации С.Е. Ениколопова, 1989)).

Методологическим основанием данной работы выступили следующие общепсихологические принципы: детерминизма, взаимодействия и развития, положения субъектно-деятельностного подхода (С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин), понятие агрессивности, рассматриваемой как свойство личности, характеризуется наличием деструктивных тенденций, преимущественно в области субъектно-объектных отношений (А. Басс, А. Дарки).

Результаты исследования.

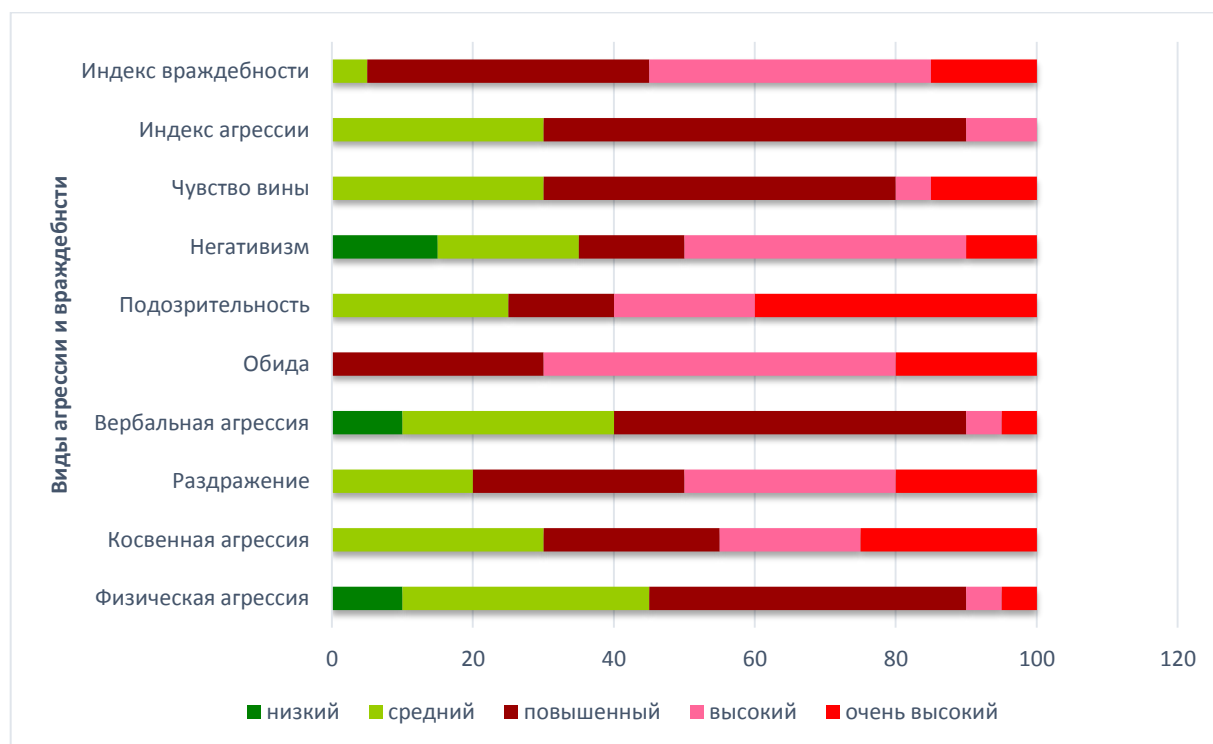


Рис.1. Уровень агрессивности у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Результаты исследования представлены процентным соотношением показателей уровня выраженности (низкий, средний, повышенный, высокий и очень высокий) с видами агрессии и враждебности.

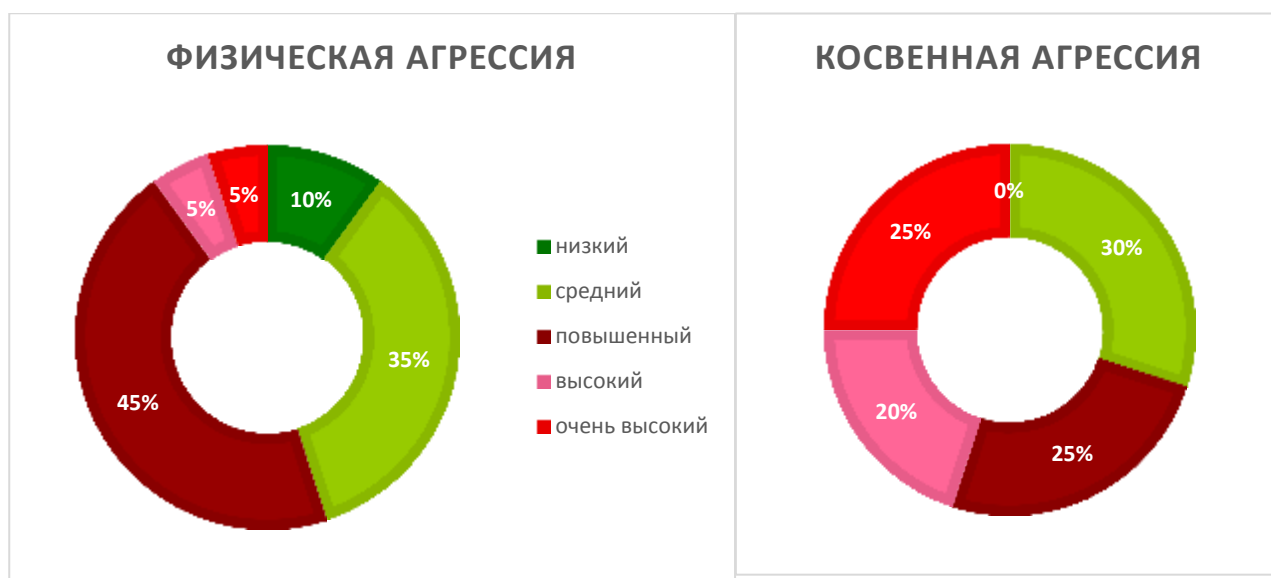


Рис.2. Уровень физической и косвенной агрессивности у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица. [1,9] Основываясь на показателях данного параметра, у подростков с легкой степенью умственной отсталости наблюдается тенденция к повышенному уровню физической агрессии. Однако, результаты затрагивают все степени выраженности: от низкой (норма) до очень высокой.

Наглядно отличаются показатели косвенной агрессии - понимается, как агрессия, которая окольным путем направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки) или как агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топаний ногами и т. п.) [1,9]. Результаты соответствующие норме – отсутствуют. Данный вид агрессии наблюдается у подростков в равных соотношениях от среднего уровня выраженности до очень высокого. Стоит обратить особое внимание на 25% показатель очень высокого уровня.

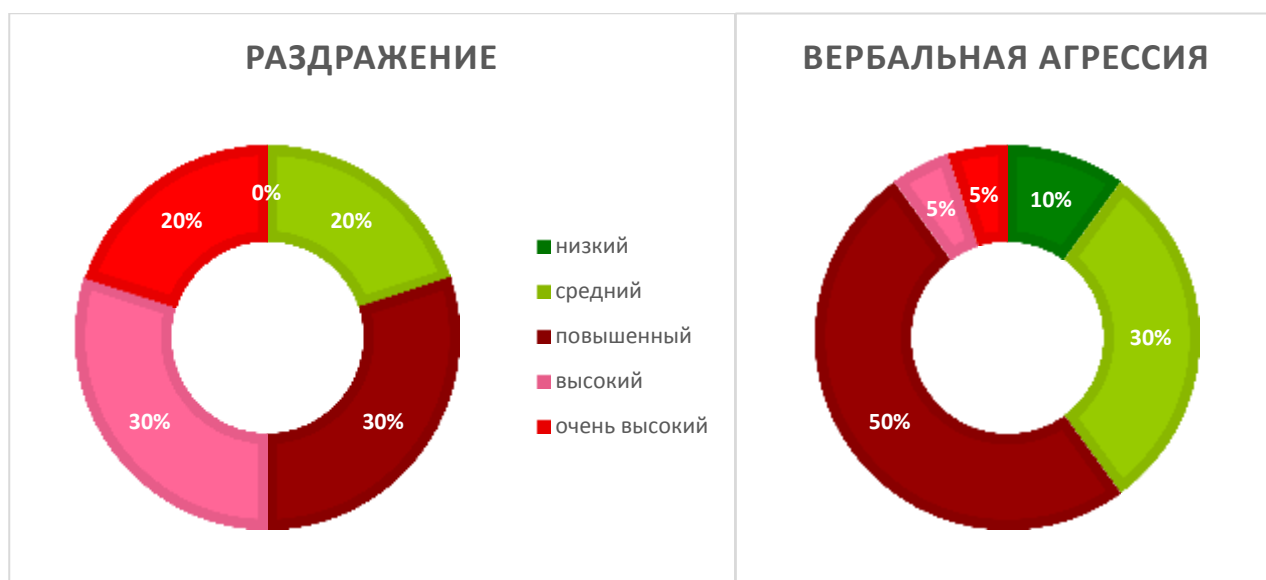


Рис.3. Уровень раздражения и вербальной агрессии у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Наблюдается сходство в соотношении и выраженности показателей косвенной агрессии и раздражения. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость) [1,9].

Таким образом, результаты вербальной агрессии можно соотнести с показателями физической агрессии, что говорит о тенденции у подростков к повышенному уровню вербальной агрессии. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы) [1,9].

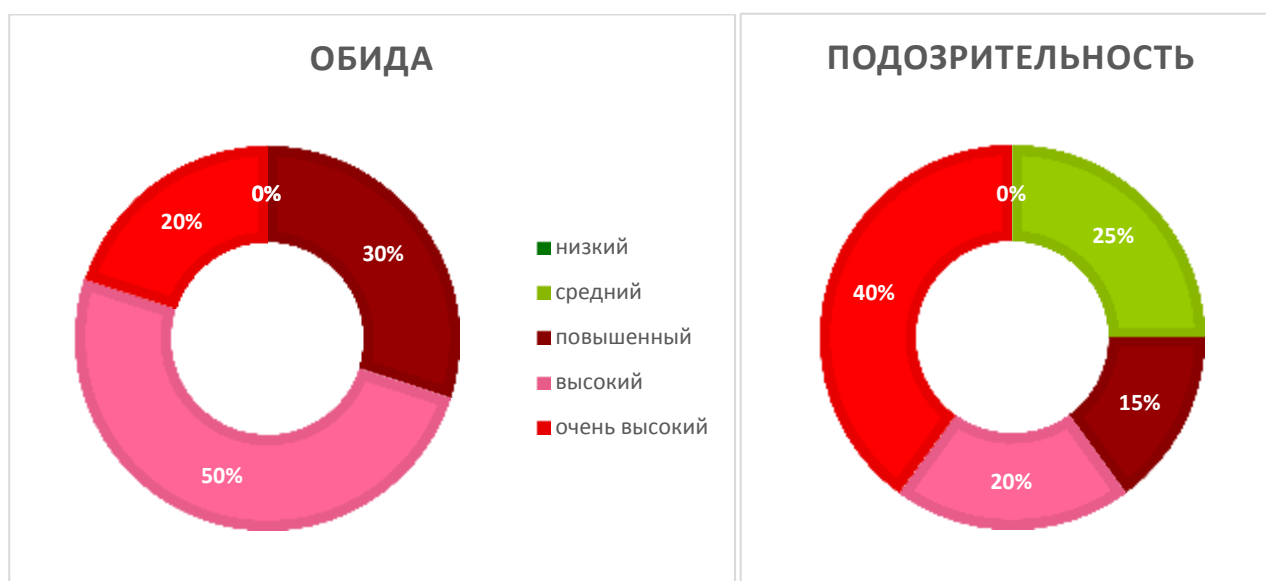


Рис.4. Уровень обиды и подозрительности у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Показательными являются результаты по шкале обида. Обида – зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или вымышленные (мнимые) страдания. [1,9]. В данном случае, выраженность обиды находится в пределах от повышенного уровня до очень высокого, где 50% забирает высокий уровень. Что подтверждает внутреннюю ранимость, восприимчивость и уязвимость подростков в легкой степенью умственной отсталости.

Подозрительность – недоверие и осторожность по отношению к людям, основанная на убеждении, что окружающие намерены причинить вред. [1,9]. Анализируя результаты выраженности подозрительности, так же можно отметить отсутствие показателей нормы и значительную тенденцию подростков к очень высокому уровню подозрительности. Что подтверждает такие черты характера, как осторожность, недоверие.

Показатели по данным шкалам могут свидетельствовать о трудностях у детей с легкой степенью умственной отсталость в выражении своих чувств, понимании чужих, низкой эмпатийности и саморегуляции.

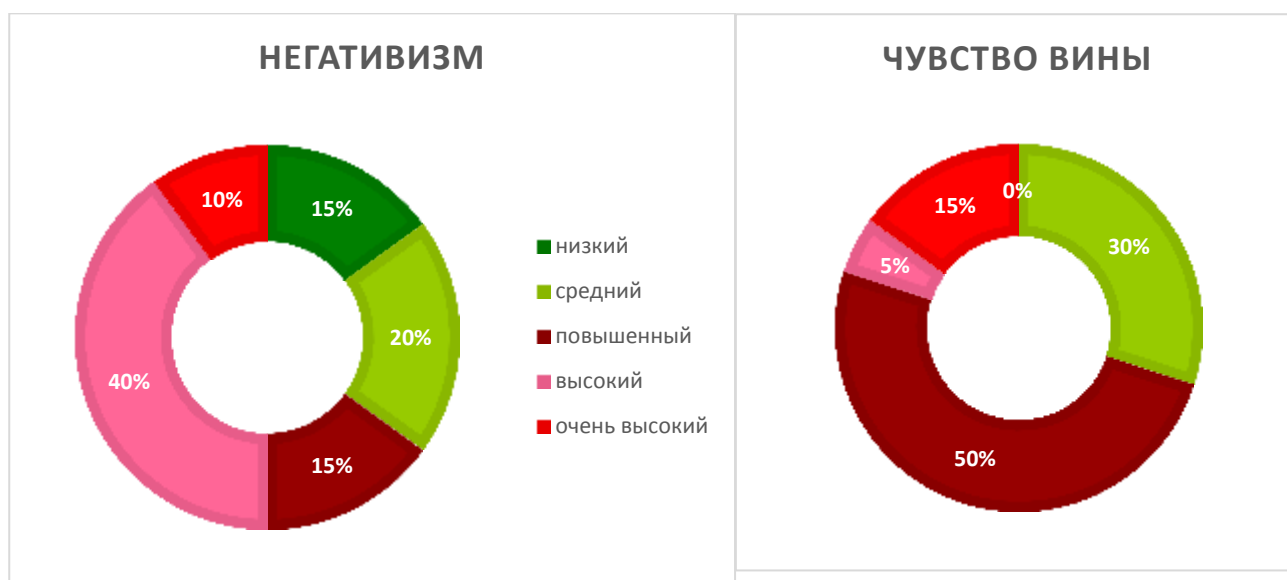


Рис.5. Уровень негативизма и чувства вины у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Негативизм – оппозиционная манера поведения, обычно направленная против авторитета или руководства. [1,9]. По результатам данной шкалы стоит отметить показатель «нормы» - 15%, который является максимальным среди низких показателей всех видов агрессии. Однако, выраженность негативизма среди подростков остается с высокими показателями.

Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести. [1,9]. Результаты по данной шкале с 50% выраженностью говорят о повышенном уровне вины. Таким образом, целесообразно проведение исследования самооценки личности подростков с легкой степенью умственной

отсталости для изучения взаимосвязи таких факторов как агрессивность и самооценка.

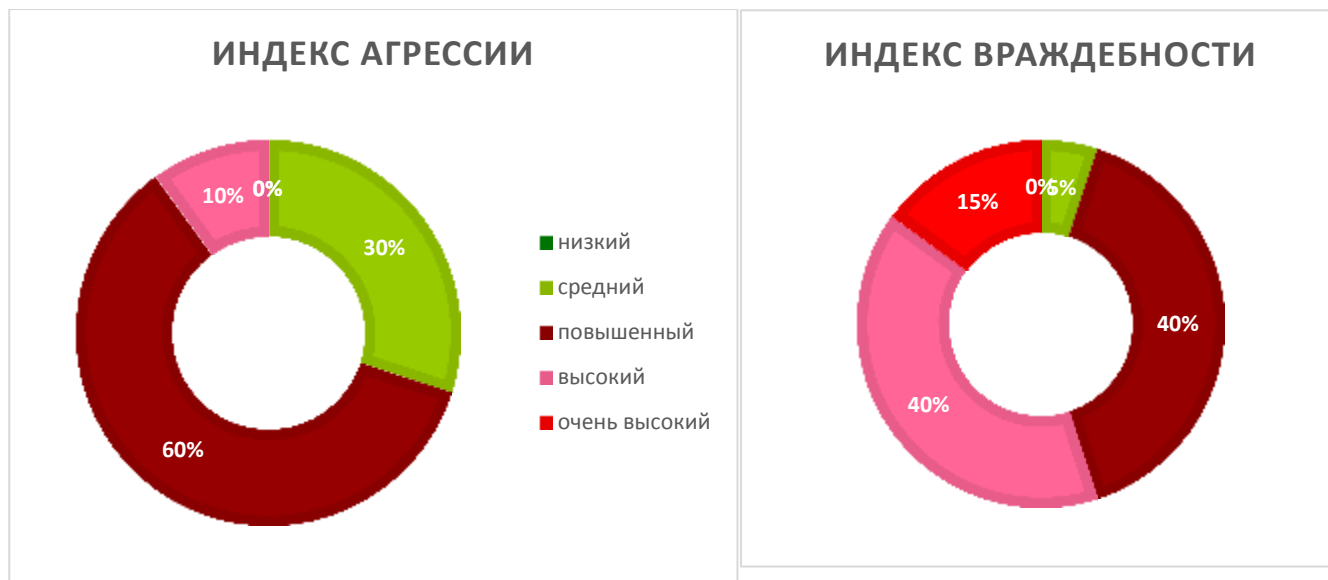


Рис.6. Индексы у подростков 11-14 лет с легкой степенью умственной отсталости

Итоговыми результатами опросника является расчет двух интегративных показателей: индекса агрессивности (показатели физической, вербальной и косвенной агрессии) и индекса враждебности (показатели обиды и подозрительности). Представленные показатели демонстрируют повышенный уровень агрессии среди подростков с легкой степенью умственной отсталости (с 60% вероятностью). И равные показатели повышенной и высокой выраженности враждебности.

Выводы. Разработка программы сопровождения оптимизации выраженности агрессии у подростков с легкой степенью умственной отсталости, на основе полученных эмпирических данных, является практической значимостью проведенного исследования. Таким образом, подтверждена актуальность изучения особенностей агрессивности подростков с интеллектуальными нарушениями, воспитывающихся в школах-интернатах, а также изучения взаимосвязи данного феномена с самооценкой личности детей.

Литература

1. Басс, А. Концепция агрессии / враждебности / А. Басс, А. Дарки. – Екатеринбург: Феникс, 2003. – 585 с
2. Бэрн Р. Агрессия/ Р.Бэрн, Д.Ричардсон. — СПб: Питер, 2001. – 352 с.
3. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. Л.: Медицина, Ленингр. Отделение, 1982. 224 с.

4. Кваде В. П. Исследование возможности коррекции неадекватной самооценки подростка / В. Кваде, В. П. Трусов // Вопросы психологии. – 1980. – № 3. – с. 45-53
5. Кольцов М.В. Особенности агрессивности подростков с различным уровнем развития эмпатических способностей / М.В. Кольцов // Теория и практика общественного развития. – 2013. № 1. – С. 82-84.
6. Реан А.Л. Агрессия и агрессивность личности / А.Л. Реан // Психологический журнал. — 1996. — № 5. — С. 3–16.
7. Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии [Текст] / Д.И. Фельдштейн. – М., 1999. – 300 с.
8. Эльконин Д.Б. Психология личности и деятельности дошкольника / под ред. А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина. – М., 1965. – 293 с.
9. Опросник враждебности Басса-Дарки. Психодиагностика (<https://psytests.org/aggression/bussdurkee.html>)

**ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В РАЗЛИЧНЫЕ
ПЕРИОДЫ ОБУЧЕНИЯ**

Лешкевич А. А.

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика
Беларусь*

**Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
И.М. Сквиря**

Аннотация. В статье представлены результаты влияния учебной нагрузки на уровень депрессии у студентов разных курсов медицинского университета в различные периоды обучения.

Ключевые слова: депрессия, учебные нагрузки, шкала Цунга, студенты.

**THE INFLUENCE OF ACADEMIC LOAD ON THE LEVEL OF
DEPRESSION AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS IN
DIFFERENT PERIODS OF STUDY**

Leshkevich A.

Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

Scientific advisor: Doctor of Medical Sciences, Associate Professor I.M. Skvira

Abstract. The article present the results of the influence of the academic load on the level of depression in students of different courses of the medical university in different periods of study.

Key words: depression, training loads, Tsung scale, students.

Введение

В современных условиях обучение в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, что обусловлено большими психическими и физическими нагрузками, дефицитом времени, большими объемами информации краткими сроками её изучения [1]. Всё это может привести к развитию признаков депрессии, которые будут оказывать непосредственное влияние на эффективность и успешность учебного процесса, общественную и личную жизнь студентов [2].

Депрессия представляет собой распространенное и серьезное психическое расстройство, негативно влияющее на настроение, образ мыслей и поведение [3]. Может проявляться устойчивым состоянием грустного и раздражительного

настроения, апатией ко всему окружающему, тревогой, а также может привести к разнообразным эмоциональным и психическим проблемам [4].

Для оценки уровня депрессии среди многочисленных тестов популярна «Шкала самооценки депрессии Цунга» (или Занга), также известную как «Шкала сниженного настроения – субдепрессии» (ШСНС), которая представляет собой опросник, разработанный в Университете Дюка и адаптированный в НИПНИ им. Бехтерева. Данная методика предназначена для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики [5].

Цель - Изучить уровень депрессивных расстройств у студентов различных курсов медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено анонимное анкетирование студентов первого, третьего и шестого курсов лечебного факультета учреждения образования «Гомельского государственного медицинского университета» (УО «ГомГМУ»). Выборка в совокупности составила 90 человек (по 30 тестируемых с каждого курса, из них 15 женского пола и 15 мужского пола). Для исследования была применена «Шкала Цунга для самооценки депрессии». Тест-опросник включает в себя 20 вопросов, из них 10 позитивно сформулированных и 10 негативно сформулированных, которые оцениваются по шкале от 1 до 4 баллов. На основании полученных результатов выделяют 4 уровня депрессии: если показатель от 25 до 49 баллов отмечается отсутствие признаков депрессии; значения от 50 до 59 баллов свидетельствуют о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза; показатель от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия; значения от 70 баллов и выше свидетельствуют о наличии истинного депрессивного состояния.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программного обеспечения «Microsoft Office 2019».

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам тестирования 30 студентов первого курса выявлены: у 11 (37%) человек признаки сниженного настроения ситуативного или невротического генеза; у 7 (23%) студентов признаки субдепрессивного состояния; у 12 (40%) студентов признаков депрессивных расстройств не обнаружено. Сравнительный анализ уровня депрессивных расстройств у младшего курса по половой принадлежности показал, что из 15 девушек у 7 и 6, соответственно, наблюдались признаки ситуативно сниженного настроения и признаки субдепрессии, в то время как у большинства из 15 парней (10 или 67%) признаки депрессивных расстройств отсутствовали, у 4 (27%) человек отмечались признаки легкой депрессии ситуативного или невротического генеза и только у 1-го (7%) были выявлены признаки маскированной депрессии (субдепрессии). Мы считаем, что выявленные случаи ситуативной и маскированной депрессии можно объяснить тем, что первокурсникам после школьного периода приходилось адаптироваться к новым условиям обучения и жизни, к повышенным учебным

нагрузкам, большому объему информации и кратким срокам её изучения, смене режима дня.

По сравнению с первым курсом у 30 студентов третьего курса признаки депрессивных расстройств выражены значительно больше. Так у 9 (30%) студентов отмечались признаки легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, у 13 (43%) — признаки субдепрессивного состояния, у 5 (17%) студентов — признаки истинного депрессивного состояния и только у 3 (10%) человек признаков депрессивных расстройств не было выявлено (отличие от студентов первого курса статистически значимо, $p < 0,05$). При сравнении уровня депрессивных расстройств у студентов третьего курса по половому признаку было определено, что из 15 девушек у 5 и 7, соответственно, отмечались признаки ситуативно сниженного настроения и признаки субдепрессии, однако у 2 (13%) девушек были выявлены признаки истинного депрессивного состояния. При этом среди 15 парней у 4 (27%) человек отмечались признаки легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, у 6 (40%) человек — признаки маскированной депрессии и у 3 (20%) человек отмечались признаки истинного депрессивного состояния. Мы предполагаем, что появление признаков ситуативной, маскированной и истинной депрессии могут быть связаны с повышенной учебной нагрузкой, которая оказывается на 3 курсе из-за большого количества важных экзаменов в период сессии.

По сравнению с младшими курсами у 30 студентов шестого курса признаки депрессивных расстройств отмечались в единичных случаях, так только у 3 (10%) человек выявлены признаки ситуативно сниженного настроения (отличие от студентов младших курсов статистически значимо, $p > 0,05$). Если смотреть по половой принадлежности, то из 15 девушек только у 2 (13%) человек наблюдались признаки легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, в то время как среди лиц мужского пола данные признаки отмечались только у 1 (7%) человека. Мы думаем, что практически полное отсутствие признаков депрессивных расстройств у студентов шестого курса связано с чувством скорого окончания длительного учебного процесса, приобретением устойчивости к воздействию стрессовых факторов, а также уверенностью в дальнейшей работе врачом по определенной специальности.

Выводы. При изучении уровня депрессивных расстройств у студентов различных курсов лечебного факультета УО «ГомГМУ» были определены разные уровни депрессивных расстройств в зависимости от пола и курса обучающихся. Оказалось, что наиболее выраженные признаки депрессивных расстройств отмечались у студентов третьего курса ($p < 0,05$), у студентов первого курса признаки депрессивных расстройств выражены в легкой степени, в то время как у студентов шестого курса данные признаки наблюдались лишь в единичных случаях ($p > 0,05$).

В случае выявления субдепрессивного уровня по шкале Цунга (60-69 баллов) нами было рекомендовано психологическое консультирование у психолога или психотерапевта для проведения психокоррекции, а студентам с

признаками истинной депрессии (более 70 баллов) было рекомендовано первичное психиатрическое освидетельствование у врача специалиста в области психиатрии (психотерапевта, психиатра) для дополнительной диагностики и, при необходимости, проведения лечения.

Литература

1. Жариков, М. Н. Основы психиатрии для врачей общего профиля. Серия: Библиотека практикующего врача / М. Н. Жариков. М.: Машиностроение, – 2001. 230 с.
2. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. М.: Медицина, 2002. Т. 1. 650 с.
3. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). – Харьков: Арсис, 2002. – 144 с.
4. Соколова И. М. Методы исследования адаптации студентов. – Харьков, 2001. – 276 с.
5. Шкала самооценки депрессии Цунга [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psylab.info/>. – Дата доступа: 19.09.2022

ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ УСТАНОВОК ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
Лукиянова Т. С.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

Научный руководитель – д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Людмила Николаевна

Аннотация. В статье представлены результаты исследования взаимосвязей копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью. Установлено, что целеустремленность, направленность на результат, реализуемые в уверенном и самодостаточном поведении в условиях профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, выступают ресурсом в преодолении стрессогенных ситуаций.

Ключевые слова: *студенты-медики, добровольческая деятельность, взаимосвязь, копинг-стратегии, ценностно-смысловые установки*

INTERRELATIONSHIPS OF COPING STRATEGIES OF STRESS-OVERCOMING BEHAVIOR AND VALUE-SEMANTIC ATTITUDES OF PERSONALITY IN MEDICAL STUDENTS ENGAGED IN PROFESSIONALLY-ORIENTED VOLUNTEER ACTIVITIES
Lukyanova T. S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova

Abstract. The results of a study of the relationship between coping strategies of stress-overcoming behavior and value-semantic attitudes of medical students engaged in professionally oriented volunteer activities are presented in the article. It has been established that purposefulness, focus on results, realized in confident and self-sufficient behavior in the conditions of professionally oriented volunteer activities, act as a resource in overcoming stressful situations.

Key words: *medical students, volunteering, relationship, coping-strategies, value-semantic attitudes*

Актуальность. В современном понимании копинг-стратегии – это механизмы стресс-преодолевающего поведения, то есть способы преодоления проблемных ситуаций, которые реализуются в зависимости от индивидуальных качеств человека, типа характера и акцентуации личности, ценностно-смысловых установок социально-психологической сферы [5].

При изучении копинг-стратегий отдельное значение ценностно-смысловым установкам придавали такие зарубежные и отечественные авторы, как: В. Франкл, Е. Льюис, С. Фолкман, Ф.Е. Василюк, Н.М. Лыкова, В.С. Николаева, Л.И. Анцыферова, М.Ю. Денисов [4].

Все люди в мире в той или иной степени систематически сталкиваются со стрессовыми ситуациями в жизни, когда необходимо быстро и верно принять целесообразное решение и преодолеть тяжелое положение дел. Особенно это важно в профессионально-ориентированной деятельности студентов-медиков, в том числе и добровольческой, так как в некоторых случаях, когда нужно разрешить стрессогенную ситуацию, счет идет на минуты. В такие моменты стресс оказывает особое влияние на становление личности, изменение профессионального, психологического и социального положения путем изменения привычного поведения, что, вероятно, реализуется за счет определенных установок ценностно-смысловой сферы [1,6,9].

Актуальность исследования связана с огромной значимостью изучения личностных установок социально-психологической сферы, которые позволяют зрело и осознанно преодолевать стрессогенные ситуации, а также и самих копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения при решении возникающих жизненных трудностей. Важность рассмотрения проблемы взаимосвязи данных феноменов у студентов-медиков, занимающихся профессионально-добровольческой деятельностью, объясняется наличием большого количества стрессорных факторов и должным умением справляться с ними в процессе реализации как волонтерской деятельности в студенческие годы, так и при становлении дальнейшей специализированной карьеры [2,3,7,8].

Практическая значимость исследования определяется следующим: полученные результаты могут быть использованы для разработки программ личностного роста и тренинговых курсов по разностороннему и целенаправленному преодолению стрессовых факторов, что позволит повысить уровень социально-психологической зрелости личности и осознанного стресс-преодолевающего поведения.

Целью данного исследования является выявление взаимосвязей копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью.

Объект исследования: ценностно-смысловые установки студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью.

Предмет исследования: взаимосвязь копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и характеристик ценностно-смысловых установок личности у студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью.

Гипотеза: наличие определенно значимых взаимосвязей между характеристиками ценностно-смысловых установок личности и копинг-стратегиями стресс-преодолевающего поведения.

Материалы и методы исследования. Были использованы следующие психодиагностические методики: «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций (SACS)» С. Хобфолла под адаптацией Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой; «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» О.Ф. Потемкиной.

В исследовании приняло участие 40 студентов 1-6 курсов следующих факультетов: лечебного (62,5%), педиатрического (17,5%), социальной работы (7,5%), клинической психологии (7,5%), химической технологии (2,5%), стоматологического (2,5%), в возрасте от 17 до 24 лет (3 юношей и 37 девушек) с различным стажем волонтерской деятельности – до 2 лет (45%), от 2 до 4 лет (35%), более 4 лет (20%). Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «КГМУ» МЗ РФ.

Результаты исследования.

Результаты диагностики ценностно-смысловых установок и копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1. Средние значения показателей ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью

Наименование показателя	Количественный						Качественный Ме
	Mean	Confidence -95,00%	Confidence +95,00%	Median	Percentile 25,00000	Percentile 75,00000	
Процесс	5,90	5,21	6,59	6,00	4,50	7,00	средний
Результат	5,88	5,11	6,64	6,00	4,00	7,00	средний
Альтруизм	5,68	4,85	6,50	6,00	4,00	8,00	средний
Эгоизм	3,98	3,19	4,76	4,00	2,00	5,00	низкий
Труд	5,05	4,37	5,73	5,00	4,00	6,00	средний
Деньги	3,45	2,73	4,17	3,00	2,00	5,00	низкий
Свобода	6,25	5,51	6,99	7,00	4,50	8,00	высокий
Власть	3,33	2,53	4,12	3,00	1,50	5,00	низкий

Согласно данным описательной статистики из таблицы 1 видно, что студенты-медики ориентированы на интересы других людей, альтруистичны. Властное доминирование и деньги не являются для них значимыми ценностями. Главная ценность – установка на свободу.

Показатели копинг-стратегий стратегий стресс-преодолевающего поведения студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, за исключением шкалы «Агрессивные действия», соответствуют умеренному уровню выраженности (см. таблицу 2).

Таблица 2. Средние значения показателей копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью

Наименование показателя	Количественный						Качественный
	Mean	Confidence -95,00%	Confidence +95,00%	Median	Percentile 25,00000	Percentile 75,00000	
Ассертивные действия	19,73	18,52	20,93	19,00	17,00	21,50	средний
Вступление в социальный контакт	22,10	20,65	23,55	23,00	20,00	24,50	средний
Поиск социальной поддержки	22,75	20,74	24,76	23,50	19,00	27,50	средний
Осторожные действия	20,93	19,39	22,46	20,50	18,50	24,00	средний
Импульсивные действия	17,58	16,11	19,04	18,50	14,00	20,50	средний
Избегание	17,13	15,57	18,68	18,00	13,50	20,00	средний
Манипулятивные действия	18,75	16,87	20,63	18,50	14,00	23,00	средний
Ассоциальные действия	17,43	15,58	19,27	18,00	13,00	21,00	средний
Агрессивные действия	19,15	17,42	20,88	19,00	16,00	23,00	высокий

Таким образом, студенты-медики, занимающиеся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью более двух лет, испытывают внутреннюю напряженность, разочарование и неудовлетворенность ее результатами, что можно рассматривать в качестве проявлений эмоционального выгорания.

Сравнительный анализ показателей ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, в зависимости от ее стажа (до 2 лет и свыше 2 лет) засвидетельствовал значимо высокие значения по шкале «Труд» при длительности профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью до 2 лет ($5,88 \pm 2,54$; $4,36 \pm 1,47$; $\chi^2 = 9,00$ при $p = 0,011$) (см. таблицу 3).

Таблица 3. Сравнительный анализ показателей ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, в зависимости от ее стажа (до 2 лет, свыше 2 лет до 4 лет, свыше 4 лет)

Наименование показателя	Н – Краскела Уоллиса		Хи квадрат		
	Н	р	χ^2	df	Р
Процесс	1,97	0,374	1,48	2	0,477
Результат	0,83	0,659	2,12	2	0,346
Альтруизм	1,09	0,580	0,08	2	0,962
Эгоизм	0,24	0,887	0,64	2	0,727
Труд	4,97	0,083	9,00*	2	0,011
Деньги	1,46	0,481	0,28	2	0,871
Свобода	1,14	0,933	0,815	2	0,666
Власть	3,52	0,172	0,714	2	0,700

Условные обозначения: * - уровень статистической значимости при $p \leq 0.5$

Следовательно, при данной длительности стажа профессионально-ориентированной добровольческой деятельности студенты-медики в большей степени удовлетворены ее результатами, и особенно в ситуации положительного оценивания со стороны благополучателей. Значимых различий в уровнях выраженности копинг-стратегий в зависимости от стажа волонтерской деятельности не выявлено.

При исследовании взаимосвязей копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, использовали процедуру корреляционного анализа (r-Спирмена) (см. таблицу 4).

Таблица 4. Корреляционные взаимосвязи копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью (r-Спирмена)

Наименование показателя	Цели	Процесс	Результат	Локус контроля-Я	Локус контроля-Жизнь	ОСЖ
Ассертивные действия	0,36*	0,29	0,34*	0,20	0,39*	0,23
Вступление в социальный контакт	-0,01	0,13	0,02	0,10	0,02	0,09
Поиск социальной поддержки	0,20	0,21	0,21	0,20	0,15	0,25
Осторожные действия	-0,02	-0,11	-0,07	-0,04	-0,14	-0,14
Импульсивные действия	-0,13	0,13	-0,09	-0,02	0,03	-0,04

Таблица 4. Продолжение.

Корреляционные взаимосвязи копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью (г-Спирмена)

Наименование показателя	Цели	Процесс	Результат	Локус контроля-Я	Локус контроля-Жизнь	ОСЖ
Избегание	-0,37*	-0,13	-0,44*	-0,31	-0,22	-0,30
Манипулятивные действия	-0,01	0,10	-0,02	0,01	0,12	-0,04
Ассоциальные действия	0,10	0,13	0,03	0,09	0,24	0,03
Агрессивные действия	-0,23	-0,12	-0,30	-0,22	-0,02	-0,23

Условные обозначения: * - уровень статистической значимости при $p \leq 0.5$

Как видно из таблицы 4, выявлены значимые умеренно выраженные положительные корреляции показателя копинга «Ассертивные действия» с показателями шкал «Цели» ($r=0,36$), «Результат» ($0,34$) и «Локус контроля - Жизнь» ($0,39$), и отрицательно направленные – с показателями шкал «Цели» ($r=-0,37$) и «Результат» ($r=-0,44$). Полученные результаты позволяют предположить, что наличие целей в жизни, обеспечивающих осмысленность, направленность и временную перспективу, а также удовлетворенность самореализацией, убеждения в возможности осуществлять контроль и свободно принимать решения реализуются в активной и последовательной жизненной позиции. Чем выше уровень осмысленности жизни и удовлетворенности, тем реже студенты-медики используют такую стратегию поведения в стрессовых ситуациях, как избегание решительных действий, требующих большой напряженности и ответственности за последствия.

Вывод. Таким образом, выявленные взаимосвязи копинг-стратегий стресс-преодолевающего поведения и ценностно-смысловых установок студентов-медиков, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, свидетельствуют о том, что целеустремленность, направленность на результат, реализуемые в уверенном и самодостаточном поведении в условиях профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью, выступают ресурсом в преодолении стрессогенных ситуаций. Причем студенты-медики, занимающиеся профессионально-ориентированным волонтерством менее двух лет, испытывают большую удовлетворенность его результатами, а более двух лет – негативные чувства при неудачах.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности ценностно-смысловой сферы студентов в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности / В сборнике: Молодежная наука и современность. Материалы 86-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 86-летию КГМУ. В 3-х томах. Курск, 2021. С. 70-72.

2. Блинова К.В. Психическое выгорание в профессионально-ориентированной волонтерской деятельности / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2020. С. 30-33.
3. Блинова К.В. Способы совладающего поведения у студентов-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности / В сборнике: Региональная научно-практическая конференция "Психология здоровья в образовательном процессе" (с использованием дистанционных технологий). Материалы региональной научно-практической. Под редакцией В.А. Липатова. Курск, 2021. С. 137-140.
4. Бондарь Т.А. Копинг-стратегии и стили адаптации студентов / Т.А. Бондарь // Актуальные психолого-педагогические исследования. - 2019. - С. 84-87.
5. Грекова Я.С. Взаимосвязь доверия с копинг-стратегиями и механизмами психологической защиты у студентов / Я.С. Грекова // Достижения науки и образования. - 2018. - Т. 2, №8(30). - С. 93-94.
6. Касьянова К.В. Современные направления профессионально ориентированной волонтерской деятельности в студенческой среде / В сборнике: Психология здоровья в образовательном процессе. материалы III региональной научно-практической конференции (с использованием дистанционных технологий). Курск, 2022. С. 66-69.
7. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Взаимосвязи способов совладающего поведения и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности (В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19) / Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 4. С. 202-213.
8. Пилипенко А.Е. Копинг-стратегии у студентов-медиков с различными характеристиками ценностно-смысловой сферы / междун. науч. конф. «XXIII Царскосельские чтения» (23-24 апр. 2019, г. Санкт-Петербург). - Санкт-Петербург: «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина», 2019. - С. 292-296.
9. Фельдман Т.А. Копинг-стратегии студентов в стрессогенных ситуациях / Т.А. Фельдман // IV Междун. науч.-практ. конф. студентов и магистрантов. И.М. Прищепа «Молодость. Интеллект. Инициатива» (29 апр. 2016, г. Витебск). - Витебск: «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», 2016. - С. 320-321.

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Малеева М.В., Щукина Е.В., Абрамова А.Е.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент Е.В. Левченко

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы влияния заболевания одного из членов семьи на изменения отношения в семье, и варианты воздействия близкого окружения на течение заболевания.

Ключевые слова: заболевания, семья, взаимоотношения.

THE INFLUENCE OF THE FAMILY ON THE COURSE OF THE DISEASE

Maleeva M.V., Shchukina E.V., Abramova A.E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Scientific advisor - Associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD, Associate Professor E.V. Levchenko

Abstract. This article discusses the impact of the disease of one of the family members on changes in family relationships, and options for the impact of the close environment on the course of the disease.

Key words: diseases, family, relationships.

Заболевание, возникающее в организме человека, в любом его исходе приносит пациенту множество переживаний и стресса. Конечно, мы можем предполагать о том, что волевые, упертые люди легче переносят заболевания, не впадая в панику, но много ли таких пациентов? Не всегда больные могут справиться со своим недугом самостоятельно, и в данном случае на помощь приходит семья. Роль близкого окружения в лечении пациентов с различными патологиями велика. Близкие люди дают надежду на выздоровление, силы и поддержку, которая так необходима в сложной ситуации [4]. Чувствуя помощь и любовь со стороны семьи пациент понимает, что его судьба небезразлична окружающим. Также пациенту необходимо понимать, что близкие люди нуждаются в его советах, поддержке, внимании и помощи. Запас положительных эмоций должен восполняться близким окружением больного. Известный факт, что стресс негативно влияет на организм (в том числе

непосредственно на иммунитет), а позитивные эмоции стимулируют симпатическую нервную систему и способствуют активизации иммунитета [3].

Говоря о влиянии семьи на течение и исход заболевания, мы не можем освещать исключительно благоприятные стороны, есть и негативные последствия – чрезмерная опека. Пациенту может понравиться такой расклад событий, где все заботятся о нем и оберегают, и тогда он будет использовать такое положение в корыстных целях. Чаще всего данная ситуация возникает, когда болеет маленький ребенок, избалованный излишним вниманием [1].

Но также прослеживается влияние болезни одного члена семьи на взаимоотношение между близкими людьми. Чаще всего наибольшее влияние на изменение микроклимата в семье оказывают хронические заболевания. Они меняют привычный уклад семьи и формируют определенное поведение. Различают 3 варианта поведения - гиперболизация заболевания и симптомов родными и самим пациентом, которое проявляется в маниакальной идее почасового наблюдения за состоянием больного со стороны родственников. Второй вариант подразумевает отрицание факта о существовании или о серьезности заболевания. Пациенты убеждают не только окружающих, но и себя в несерьезности диагноза и в отсутствии необходимости лечения. И наиболее благоприятным вариантом взаимодействия является - принятие реальной картины состояния пациента и сложности, серьезности его заболевания. Когда к вопросу лечения, профилактики рецидивов не только пациент, но и семья подходят разумно наблюдается наибольшая эффективность [2].

При заболевании, которое в своём течении не имеет шансов на выздоровление, а даже на скорейшую смерть близкие люди пациента впадают в отчаяние. Возникает риторический вопрос о том, стоит ли сообщать близкому человеку, что он смертельно болен и в скорейшем времени скончается или же оставить информацию в тайне. С одной стороны, зная пациент о негативном исходе своего заболевания может усугубить ситуацию и приблизить смерть, но с другой стороны он имеет право знать любую информацию о состоянии своего организма. Но обсуждая этот вопрос необходимо опереться и на личные качества пациента - оптимизм, целеустремлённость, уверенность в своих действиях и планах - можно предположить, что такой пациент адекватно воспримет диагноз.

Проанализировав вопрос влияния семьи на течение заболевания, и заболевания на взаимоотношения в семье - можно сделать вывод, что система диагноз-семья являются взаимосвязанными. Влияние близкого окружения как положительно (ускорить процесс выздоровления), так и негативно (усугубление симптомов) может повлиять на течение болезни. Влияние диагноза на взаимоотношения зависит от тяжести и серьезности последствий.

Литература

1. Курагина Г.С. К вопросу об уточнении понятий "семья группы риска", "дети группы риска" / Г.С. Курагина, М.Н. Липинская, Э.И. Сундукова // Образование и общество. – 2019. – №4 (117). – С. 70.
2. Курипченко Ю.И. Семья группы социального риска как объект социальнопедагогической деятельности / Ю.И. Курипченко // Среднее профессиональное образование. – 2019. – №5. – С. 14.
3. Юмагузина А.М. Сохранение детей в кровной семье как профилактика социального сиротства / А.М. Юмагузина, И.Л. Салимшин // Modern Science. – 2021. – №12-4. – С. 210.
4. Юмагузина А.М. Социальные услуги по сохранению детей в кровной семье / А.М. Юмагузина, И.Л. Салимшин // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2021. – № 12-3(63). – С. 62-65. – DOI 10.24412/2500-1000-2021-12-3-62-65.

**ФАКТОРЫ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ
РАССТРОЙСТВ У МОРЯКОВ**

Манахов Д.К., Нарышкина Е.Т.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено обоснованию и разработке эффективных мер профилактики психогенных расстройств у моряков на основе физиолого-гигиенической оценки факторов риска нарушений внешней психической деятельности. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы. Установлено, что основными факторами психогенных нарушений состояния здоровья являются неосознанного внутри- или межличностного конфликта, неудовлетворения какой-либо потребности; свойств личности и темперамента, высокий уровень ответственности. Показано, что в механизме патогенеза психогений существенная роль отводится существенное снижение физической работоспособности, формирование анаэробного обмена и связанный с ним ацидоз, нарушение пищеварительной функции из-за низкого содержания пищевых волокон, белково-витаминный дисбаланс. Предлагаемый нами системный подход при мониторинге состояния здоровья и диспансеризации военных моряков предусматривает включение в состав специалистов, наряду с традиционными, нутрициологов, психологов, психотерапевтов, специалистов в области ЛФК.

Ключевые слова: *Внешняя психическая деятельность, факторы риска, психопрофилактика, психология, морская медицина.*

**RISK FACTORS AND PREVENTIVE MEASURES FOR PSYCHOGENIC
DISORDERS IN SEAFARERS.**

Manakhov D.K., Naryshkina E.T.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The professional features of the seafarers' work are associated with low motor activity in combination with increased emotional stress and neuropsychiatric

stress. At the same time, there is an imbalance between energy metabolism and metabolism – low (2500-2700 kcal) energy consumption and excessively high energy value of the diet (4500 kcal). This leads, on the one hand, to muscle atrophy and decreased performance, and on the other, leads to excessive nutrition. These factors, along with the conditions for performing functional duties in a confined space with its inherent changes in the gas composition (carbon dioxide, harmful substances of organic and inorganic nature), sensory deprivation (narrow information field), awareness of the proximity of the source of possible radioactive contamination can lead to psychogenic disorders, changes in the emotional sphere, including due to insufficient duration and "discontinuity" of sleep. Thus, the relevance of this study is related to the influence of the seafarers' habitat on the metabolism of their body and, in turn, on mental and social well-being and lies in the need to develop promising measures for the prevention of psychogeny based on the study of the leading risk factors.

Key words: *External mental activity, risk factors, psychoprophylaxis, psychology, marine medicine.*

Введение. Профессиональные особенности служебной деятельности моряков связаны с низкой двигательной активностью в сочетании с повышенными эмоциональными нагрузками и нервно-психическим напряжением. При этом существует дисбаланс между энергетическим обменом и обменом веществ – невысокие (2500-2700 ккал) энерготраты и чрезмерно высокая энергетическая ценность рациона (4500 ккал). Это приводит, с одной стороны, к атрофии мышц и снижению работоспособности, а с другой, приводит к избыточному питанию. Эти факторы наряду с условиями выполнения функциональных обязанностей в замкнутом пространстве с присущими ему изменением газового состава (углекислый газ, вредные вещества органической и неорганической природы), сенсорной депривацией (узкое информационное поле), осознания близости источника возможного радиоактивного загрязнения могут приводить к психогенным нарушениям, изменениям эмоциональной сферы, в том числе из-за недостаточной продолжительности и «разорванности» сна.

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с влиянием среды обитания моряков на метаболизм их организма и, в свою очередь, на душевное и социальное благополучие и заключается в необходимости разработки перспективных мер профилактики психогений на основе исследования ведущих факторов риска.

Цель исследования. Обоснование и разработка мер профилактики психогенных расстройств на основе установления факторов риска здоровью моряков в условиях изолированной среды обитания.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании приведены систематизация и анализ данных зарубежной и отечественной научной литературы по проблеме «Влияние условий автономного плавания на психическое здоровье». Методы исследования – исторический, системный

анализ, изучение и обобщение опыта ведущих специалистов, исследующих данную проблему.

Результаты исследования и их обсуждение. Низкая физическая активность приводят к снижению интенсивности метаболизма; при этом доля анаэробного обмена увеличивается, что может привести к значительному падению работоспособности и ухудшению физического состояния. Следовательно, эти факторы напрямую действуют на психосоматическое состояние моряка. Исследование данного вопроса показывает, что условия дальнего похода влияют на состояние обмена веществ военнослужащих при их нахождении в автономном плавании. На фоне длительного плавания и снижения метаболической активности организма проявляются свойства относительной рефрактерности как психологической, так и функциональной. Исторический анализ материалов подтвердил, что физические упражнения, а также соревнования моряков в автономном походе не рекомендуются из-за возможного изменения химического состава воздуха. Интенсивная мышечная работа приводит к повышению легочной вентиляции, что повышает вероятность поступления вредных веществ.

Мореплаватели во время длительных походов проявляют высокую работоспособность и желание заниматься физической подготовкой, что свидетельствует о ведущей мотивации к активной деятельности экипажа. Однако утомление в период длительного похода приводит к снижению физической активности военнослужащих. Основными предпосылками этому являются: распорядок дня, психоэмоциональное напряжение, питание, сидячий образ жизни (занимает большую часть времени), дезадаптационные изменения, приводящие к астеническому состоянию. Продолжительная профессиональная деятельность в условиях хронического стресса приводит к физиологическим изменениям в организме мореплавателей. Известно, что надежность в системе «человек — машина» в условиях плавания составляет от 40% до 70% за счет человеческого фактора [1]; следовательно, необходимо продолжать дальнейшие исследования в области морской медицины, и в первую очередь исследовать особенности влияния рабочего цикла на формирование приспособительных реакций организма. В исследовании И.Л. Мызникова 2003 года «Особенности самооценки состояния и приспособительных реакций у подводников на этапах длительного автономного похода» выяснено, что перед выходом в море у 53% от числа обследованных наблюдался показатель по шкале астении на уровне «удовлетворительно», у 17% были незначительно выраженные признаки утомления, у 20% — умеренно выраженная астения, а 10 % находилось в состоянии физиологического напряжения. На 30-е сутки автономного похода эти данные соответственно были 53 %; 23,3 %; 6,7 % и 17 %. На 60-е сутки — 46 %; 17 %; 17 % и 20 %. Количество подводников с признаками астении на этапах исследования подтверждалось и клинически. Они испытывали сонливость, утомляемость, снижение памяти и внимания, были эмоционально лабильны, некоторые предъявляли жалобы на головную боль, нарушения сна[2].

Кроме социальных причин, влияющих на появление психогенных расстройств, установлена роль питания с факторами риска, напрямую связанными с продовольственным обеспечением. Выраженное психоэмоциональное напряжение у моряков повышает значимость хронического стрессорного воздействия как ведущего фактора риска острых и хронических заболеваний. Поэтому рацион с преимущественным содержанием консервированных продуктов и напитков, гиподинамия определяют положительную динамику сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, сахарного диабета 2-го типа (СД) и создают проблему хронического дефицита магния, кальция, фосфора, калия и натрия – основных макроэлементов[3]. Следовательно, дисбаланс белкового, углеводного, липидного, минерального и витаминного обмена являются одним из ведущих факторов риска психогений у военных моряков, так как в сочетании с гипокинезией приводят к ожирению, существенному снижению профессиональной работоспособности, эндокринным и сердечно-сосудистым заболеваниям, которые, в свою очередь, вызывают депрессивные состояния.

Энерготраты моряков, как показал анализ результатов оценки статуса питания до и после плавания, существенно ниже потребляемой с пищей энергии. В меню мореплавателей входят орехи, красная икра, диетическое мясо, осетрина, лосось норвежский, иные продукты с высокой пищевой и биологической ценностью, с одной стороны, и социальной значимостью. Последнее не позволяет большей части экипажа самостоятельно ограничить энергетическую ценность собственного рациона.

Нами разработана программа профилактики психогений и реабилитации моряков, предусматривающая системный подход. Она включает:

- гигиеническое воспитание и обучение по проблемам алиментарного поведения в условиях гипокинезии; повышения адаптационного потенциала и физиологических резервов;
- обеспечение обитаемости морских объектов, позволяющих минимизировать отклонения газового состава и обеспечить возможность физической нагрузки;
- расширение возможностей медицинской службы проводить физиопроцедуры, купирующие последствия нервно-эмоционального напряжения;
- обеспечение полноценного отдыха в предпоходный период и санаторно-курортное лечение после плавания.

Таким образом, основными факторами психогенных нарушений состояния здоровья являются неосознанного внутри- или межличностного конфликта, неудовлетворения какой-либо потребности; свойств личности и темперамента; способов регулирования эмоций, установления основных защитных механизмов; индивидуального опыта, условий жизни; вида и тяжести психотравмы, высокий уровень ответственности.

Механизм развития нарушений психогенной природы связан со следующими факторами риска: существенное снижение физической

работоспособности, формирование анаэробного обмена и связанный с ним ацидоз, нарушение пищеварительной функции из-за низкого содержания пищевых волокон, белково-витаминный дисбаланс, развитие гнилостной микрофлоры вопреки приоритету флоры брожения (молочнокислые и бифидобактерии), различные заболевания сердечно-сосудистой системы, кожные и мочеполовые заболевания, мигрень, сахарный диабет, некоторые формы психогенного ожирения и расстройства пищевого поведения, синдром раздраженного кишечника.

Предлагаемый нами системный подход при мониторинге состояния здоровья и диспансеризации военных моряков предусматривает включение в состав специалистов, наряду с традиционными, нутрициологов, психологов, психотерапевтов, специалистов в области ЛФК. На фоне длительного автономного плавания и снижения метаболической активности организма проявляются свойства относительной рефрактерности, как психологической, так и функциональной. Результаты исследования и анализа подтверждают необходимость психологического сопровождения при мониторинге здоровья моряков. Повседневные условия труда (подготовка и переподготовка моряков) должны обязательно включать наиболее типичные элементы экстремальных ситуаций, которые должны регулярно отрабатываться, воссоздаваться на учебных сигналах, на тренажерах, в деловых играх и психологических тренингах. Среди задач, которые необходимо решить предлагаемая система, основной является «запуск» механизма формирования психологической культуры, исключающей возможность умышленного нарушения правил безопасного плавания, повышающей психологическую устойчивость членов экипажа судна в экстремальных условиях. Ситуацию облегчает использование ресурса компетентности в сфере взаимодействия с подчиненными.

Литература

1. Ломов О. П. Судовая гигиена. — Л.: Медицина, 1993. — 208 с.
2. Особенности самооценки состояния и приспособительных реакций у подводников на этапах длительного автономного похода © 2003 г. И. Л. Мызников, Д. Ю. Рогованов, Е. В. Астафьев, В. В. Пичугин -33 с.
3. СИМПОЗИУМ № 143 «ОЖИРЕНИЕ» ПАНЬКИВ В.И. Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев — 152 с.

ЛЮБОВНЫЕ АДДИКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Маякова В.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии и психосоматики,
к.м.н. Николаевская А.О.**

Аннотация. В данной статье рассматриваются теоретические аспекты любовной аддикции и представлено эмпирическое исследование по выявлению любовной аддикции у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: любовная аддикция, аддиктивное поведение, аддикция, нехимические (поведенческие) зависимости

LOVE ADDICTIONS IN YOUNG PEOPLE
Mayakova V.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Nikolaevskaya A.O.**

Abstract. This article discusses the theoretical aspects of love addiction and presents an empirical study on the identification of love addiction in young people.

Key words: love addiction, addictive behavior, addiction, non-chemical (behavioral) addictions

Аддиктивное поведение у лиц в молодом возрасте является актуальной проблемой, в связи с увеличением встречаемости случаев зависимости. Особое внимание на этом возрастном этапе стоит уделить поведенческой аддикции, а именно любовной.

Проводя анализ имеющихся исследований, стоит сказать, что исследований о распространённости любовной аддикции не много. Так Д. Кук называет любовную аддикцию самой распространённой и говорит, что встречается она более чем у 25% испытуемых с выявленной зависимостью [8]. Д. Бэст и В. Макларен выделили ее в варианте аддикции избегания у почти 12% [10]. В более современном исследовании эта цифра достигает почти 35% [15]. Стоит отметить, что такие высокие показатели могут быть связаны с особенностями выборок, а именно то, что ее представляли молодые люди. В публикациях с исследованиями более взрослых возрастных групп частота

встречаемости ее значительно ниже – в среднем 3% - 6% [9, 16], а эротические ее формы около 3% [17].

Рассматривая аддиктивное поведение, выделяют множество интерпретаций термина. В общем его можно охарактеризовать как один из типов девиантного, в котором формируется стремление человека к уходу от реальности. Это может быть достигнуто путём искусственного изменения своего психического состояния, например, посредством применения некоторых веществ, постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, главная цель которых развитие и поддержание интенсивных эмоций. Зависимость при этом может рассматриваться как самоподдерживающаяся форма активности, которая порождает специфическое личностное образование [4].

Всего насчитывают около 30 разновидностей аддиктивного поведения, которые разделяют на две группы: химические и нехимические. В нашем исследовании нас интересуют один из видов нехимической аддикции (поведенческие) – любовные [6].

Одними из первых видов описанных нехимических аддикций в специальной литературе были любовные. [11, 13]. Любовную аддикцию считают поведением, которое характеризуется повторяющимися и неконтролируемыми романтическими проявлениями внимания и заботы к партнеру [14]. На сегодня любовная зависимость в официальной диагностической номенклатуре не имеет достаточно четких данных для диагностики и классификации, чаще ее выделяют как расстройство импульсного управления или поведенческую зависимость [12].

В предложенных классификациях поведенческих зависимостей любовные аддикции относят к группе эротических, общим признаком которых является фиксация на другом человеке [1,2]. В своих работах Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева говорили об аддикциях отношений и делили их на три вида: любовные, сексуальные и избегания [3].

Большинство исследователей выделяют эротические аддикции в которые входят любовная и сексуальная. Говоря о сексуальной зависимости, они указывают ее как неспособность контролировать именно сексуальными чувствами, откладывать и управлять ими. Аддикция сопровождается навязчивыми поисками атмосферы, обстоятельств, деятельности и возможности, что способствуют половому возбуждению, а также удовлетворению, даже несмотря на явно негативные последствия, считая скрытой и замаскированной, поскольку имеется трудность в получении прямых ответов на вопросы, касающиеся этой проблемы, что связывают с социальными табу представленных в ряде обществ [7].

По механизму возникновения сексуальные аддикции подразделяются на глубокий, протрагированный вид, который начинает формироваться очень рано на фоне общего аддиктивного процесса, и поздно возникающие сексуальные аддикции, пришедшие на смену другой формы аддиктивного поведения,

например, игровой. Сексуальные аддикции представлены в МКБ-10 под кодом F65 — Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

Собственно, любовную аддикцию выделяют как разновидность аддиктивного поведения с фиксацией на другом человеке, которая обычно воспринимается как страстная любовь. Для нее нередко характерны взаимозависимые отношения, что возникают между двумя аддиктами, поскольку исходя из исследований Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева - люди, которые испытывают зависимость не способны установить адекватный уровень своей самооценки, им трудно установить функциональные границы между собой и окружающими и не способны любить себя. Аддиктам свойственны проблемы контроля - они позволяют другим контролировать себя или пытаются контролировать других [4].

Целью исследования явилось изучение любовной аддикции у лиц молодого возраста.

На первом этапе исследования была проведена работа по изучению сплошной выборки для выявления аддиктивного поведения. Из 50 респондентов в возрасте 21-33 года у 25 из них был выявлен хотя бы один из видов аддикции. В исследовании для выявления склонности к зависимому поведению применялся тест опросник Лозовой, который выявляет склонности к 13 видам аддикциям.

Исходя из полученных результатов можно выделить, что наиболее часто в периоде молодости люди имеют склонность к поведенческим аддикциям – 81%. Распространённым в данной возрастной группе видом зависимого поведения выступает любовная зависимость, а именно более четверти исследуемых имеют именно такой вид аддиктивного поведения. Склонность к пищевой зависимости и зависимости от ЗОЖ так же имеют высокую тенденцию и составляют по 15% от всех выявленных. Наиболее маловероятны в данной возрастной группы склонности к религиозной зависимости и зависимости от наркотических средств. Это явление можно объяснить потребностью в создании семьи, иметь постоянного партнера и стабильность.

Литература

1. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб.: Речь, 2007.
2. Егоров А.Ю. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014.Т.114, № 5, вып.2. С.9–14
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 460 с.
4. Короленко Ц., Дмитриева Н, Шпикс Т. Психология зависимости / Ц. Короленко, Н. Дмитриева, Т. Шпикс - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2007 – 188 с.
5. Москаленко В.Д. Когда любви слишком много. Профилактика любовной зависимости/ В.Д. Москаленко. - М.: Издательство Института психотерапии, 2006 - 230 с.

6. Николаева Е. Каменская В. Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции/ Е. Николаева, В. Каменская. - М.: Форум, 2015 – 224 с.
7. Ткаченко А.А. Введенский Г.Е., Аномальное сексуальное поведение/ А.А. Ткаченко. - СПб: Юридический центр пресс, 2003 – 657 с.
8. Cook D. R. Self- identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1987, vol. 1, pp. 55–61
9. Freimuth M., Waddell M., Stannard J., Kelley S., Kipper A., Richardson A., Szurumi I. Expanding the scope of dual diagnosis and co- addictions: Behavioral addictions. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2008, vol. 3, pp. 137–160.
10. MacLaren V.V., Best L.A. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 2010, vol. 35, pp. 252–255.
11. Peele S., Brodsky A. *Love and addiction*. New York, 1975.
12. Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2010, vol. 36, no. 5, pp. 261–267
13. Simon J. Love: addiction or road to self- realization, a second look. *Am. J. Psychoanal*, 1982 , vol. 42, no. 3, pp. 253–263
14. Sophia E.C., Tavares H., Berti M.P., Pereira A.P., Lorena A., Mello C., Gorenstein C., Zilberman M.L. Pathological love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectr*, 2009, vol. 14, no. 5, pp. 268–274.
15. Sussman S., Arpawong T.E., Sun P., Tsai J., Rohrbach L.A., Spruijt- Metz D. Prevalence and co- occurrence of addictive behaviors among former alternative high school youth. *J. Behav. Addict*, 2014, vol. 3, no. 1, pp. 33–40.
16. Sussman S. Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2010, vol. 17, pp. 31–45.
17. Sussman S., Lisha N., Griffiths M.D. Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation and the Health Professions*, 2011, vol. 34, pp. 3–56.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСТВОМ НА
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ РЕБЕНКА**

Медведкова А.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научные руководители: зав. кафедрой общей и клинической психологии,
д.пс.н, профессор Василенко Т.Д., доцент кафедры общей и клинической
психологии, к.пс.н. Блюм А.И.**

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ проблемы влияния удовлетворенности родительство на психосоматическое благополучие ребенка. Рассмотрены также работы различных авторов, которые изучали иные семейные факторы влияния на психосоматическое благополучие ребенка.

Ключевые слова: *удовлетворенность родительство, психосоматическое благополучие ребенка, семья.*

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF
SATISFACTION WITH PARENTING ON THE PSYCHOSOMATIC WELL-
BEING OF A CHILD**

Medvedkova A.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisers: head of the Department of General and Clinical Psychology,
Doctor of Psychology, Professor Vasilenko T.D.,
Associate Professor, Department of General and Clinical Psychology,
Ph.D. Blum A.I.**

Abstract. The article presents a theoretical analysis of the problem of the influence of satisfaction with parenthood on the psychosomatic well-being of a child. Also considered are the works of various authors who studied other family factors of influence on the psychosomatic well-being of the child.

Key words: *satisfaction with parenthood, psychosomatic well-being of the child, family.*

Существует множество причин развития психосоматических расстройств в детском возрасте, которые часто не находят под собой объяснений. Большое количество авторов считает, что одним их главных механизмов, способных

повлиять на психосоматическое благополучие ребенка является семья. Здесь стоит рассматривать не только отношения между супругами, отношения родителей к своему ребенку, но и, в принципе, удовлетворенность родительством, как один из фактор влияния на психосоматическое благополучие ребенка.

Удовлетворенность ролью родителя рассматривается как позитивное эмоционально-оценочное отношение родителя к воспитательной функции семьи, что проявляется в соответствии родительских ожиданий и реального поведения ребенка, а также в соответствии сложившегося у родителя представления о том, каким должен быть родитель и реального родительского поведения [1]. В случае неудовлетворенности речь идет об отрицательном оценочном отношении родителя к себе и ребенку.

Целью данной статьи является аналитическое изучение литературы, посвященной теме влияния семейных факторов на психосоматическое благополучие ребенка. В частности, рассматривается фактор степени удовлетворенности родительством как возможный предиктор возникновения психосоматического неблагополучия у ребенка.

Обращаясь к данным научной электронной библиотеки eLibrary.ru за последние пять лет (2018-2022 гг.), мы видим следующую картину относительно количества публикаций по волнующей нас тематике: 956 статей.

На рис.1 мы видим тенденцию к снижению количества работ по волнующей нас проблематике.

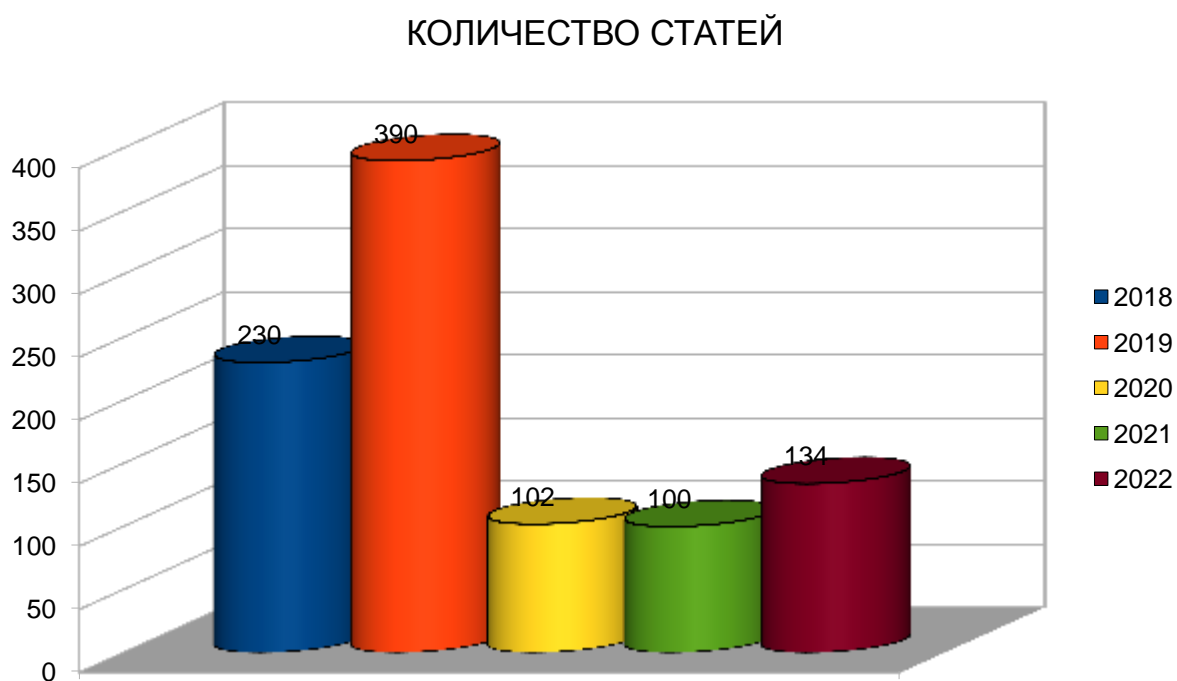


Рис. 1. Распределение активности научных исследователей по данной проблеме за период 2018-2022 гг.

Снижение количества публикаций не говорит нам о том, что проблема психосоматического благополучия детей является неактуальной. Наоборот,

появляется необходимость в изучении новых возможных предикторов возникновения психосоматических заболеваний в детском возрасте.

При рассмотрении работы Куфтяк Е.В. посвященной диагностике удовлетворенности родительство, мы видим небольшой теоретический экскурс, обосновывающий важность изучения и дальнейшей разработки вопросов семьи, в том числе, вопроса удовлетворенностью родительской ролью. Автор напоминает, что главным стимулом к пониманию роли родителя в развитии личности ребенка послужили взгляды и идеи З. Фрейда. По мнению автора, именно теория З.Фрейда побудила психологов обратить внимание на родительское отношение и атмосферу воспитания детей. Е.В. Куфтяк упоминает о Дэвид Леви, который изучал матерей, чьи психологические проблемы проявлялись в «сверхзащищающем» воспитательном стиле, и то, как стиль воспитания способствует появлению нарушений в поведении детей. Есть и упоминание о Дж.Б.Уотсон, основателе теории бихевиоризма, который постулирует влияние классического воспитания детей, что также требует изучения семейной атмосферы [2].

Опираясь на выше представленные данные, мы приходим к выводу о том, что изучать проблему психосоматического благополучия ребенка необходимо с точки зрения разных аспектов семейной системы. Ведь необходимо понимать, что детская психика является наиболее уязвимой и восприимчивой к факторам окружающей действительности. А первая и главная основа для ребенка, в которой он приобретает первые навыки коммуникации с миром является семья.

Одними из самых распространенных тем, касающихся вопроса изучения психосоматического здоровья ребенка и его благополучия в семейной системе являются: отношения между супругами как предиктор психосоматических заболеваний; изучение привязанности матери и ребенка; рассмотрение готовности к материнству как фактора, нарушающего психосоматическое благополучие ребенка; вопросы эмоционального благополучия семьи в целом; вопросы семейных ценностей. Наименее встречающимися в исследованиях других авторов являются темы, связанные с ролью отца в жизни и благополучии ребенка, а также, тема удовлетворенности родительство (рис.2).

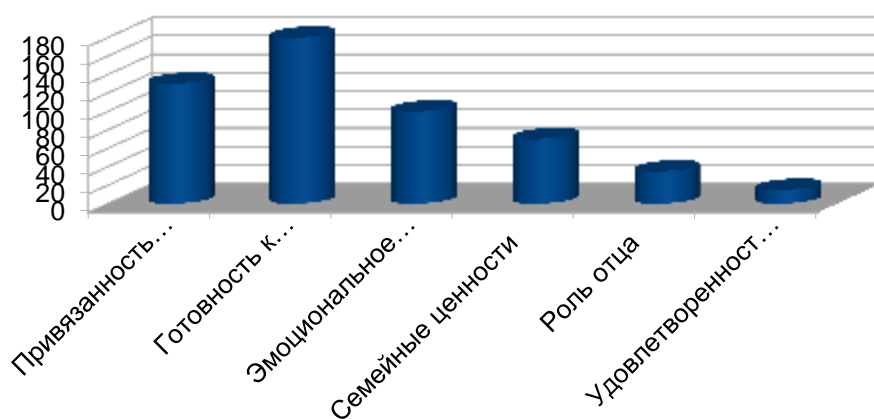


Рис. 2. Распределение интересов исследователей, занимающихся изучением психосоматического здоровья и благополучия ребенка.

Важным и открытым остается вопрос изучения степени удовлетворенности родителем как возможного предиктора психосоматического благополучия ребенка.

Анализируя научные исследования именно в данной области мы можем видеть следующие результаты, представленные на рис. 3.



Рис. 3. Распределение активности научных исследований по вопросу удовлетворенности родителем как возможного предиктора психосоматического благополучия ребенка.

Таким образом, в результате проведенного анализа было выявлено, что вопросы влияния семейной системы на здоровье и благополучие, развивающегося в данной системе ребенка, изучаются и анализируются

многими авторами. Каждый исследователь старается рассмотреть тот или иной фактор, который мог повлиять на семейную дисгармонию. Однако, достаточно мало исследований, которые говорили бы нам о том, как степень удовлетворенности родительство может влиять на благополучие ребенка, в том числе, психосоматическое. Данный вопрос требует более детального изучения.

Литература

1. Карабанова О. А. Позитивное родительство – путь к сотрудничеству и развитию / Ольга Александровна Карабанова // Педагогическое образование в России. — 2015. — № 11. — С. 157-161.
2. Куфтяк Е.В. Диагностика удовлетворенности родительство. Учебно-методическое пособие. – М.: УЦ «Перспектива», 2016. – 28 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ,
ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ**

Меньшикова К.Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии и психосоматики,
к.м.н., доцент Богусhevская Ю.В.**

Аннотация. Статья посвящена изучению психоэмоционального состояния детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Выборку составили дети, которые вместе с родителями вынужденно мигрировали из-за военного конфликта. Показаны возможности проективных методов, как средства диагностики эмоционального состояния детей младшего возраста.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, беженцы, вынужденные переселенцы, трудная жизненная ситуация.

**FEATURES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN CHILDREN IN
DIFFICULT LIFE SITUATION**

Menshikova K.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, PhD, Associate Professor Bogushevskaya Yu.V.**

Abstract. The article is devoted to the study of the psycho-emotional state of children who find themselves in a difficult life situation. The sample consisted of children who, together with their parents, were forced to migrate due to the military conflict. The possibilities of projective methods are shown as a means of diagnosing the emotional state of young children.

Key words: *psycho-emotional state, refugees, internally displaced persons, difficult lifesituation.*

Актуальность изучения данной темы обусловлена совершенствованием системы оказания психологической помощи детям, которые оказались в трудной жизненной ситуации, так как данная категория является наиболее уязвимой [4]. На сегодняшний день нестабильная обстановка в мире приводит к значительному росту беженцев и вынужденных переселенцев во многих странах мира.

Не вызывает сомнений факт, что военный конфликт оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние людей [3]. Особенно ранимой в таких ситуациях становится психика детей-беженцев, находящихся в трудной жизненной ситуации, связанной с переживанием вооруженного конфликта. Оказавшись в зоне боевых столкновений, дети могут стать свидетелями ожесточенных военных действий, разрушения их домов, гибели или ранения членов семьи. Актуальность оказания медико-психологической помощи и психологической поддержки детям становится очевидной [1].

Цель исследования – выявление особенностей психоэмоционального состояния детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать проблему диагностики психоэмоционального состояния детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
2. Выявить особенности психоэмоционального состояния детей;
3. Разработать клиничко-психологическое сопровождение для детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Материалы и методы исследования. Было проведено исследование психоэмоционального состояния 20 детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (вооруженный конфликт в ДНР И ЛНР, 2022 год) в возрасте от 5 до 8 лет. Исследование проводилось на базе пункта временного размещения беженцев в г.Курск.

В связи с тем, что рядом исследователей отмечены трудности диагностики эмоционального состояния детей стандартизированными методиками, необходимо использование проективных методов, позволяющих выявить актуальное эмоциональное состояние ребёнка [2].

В качестве основными были использованы:

1. Клиничко-психологический метод, который включает в себя наблюдение и беседу.
2. Экспериментально-психологический метод, включающий в себя методики: проективная методика «Волшебная страна чувств» Т.Грабенко, Т. Зинкевич-Евстигнеева, Д. Фролов, проективная методика «Паровозик» С.В.Валиевой.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Statistica 8.0

Результаты и их обсуждение.

В ходе исследования, мы отметили, что первое время некоторые дети избегали контакта с ровесниками и волонтерами. У двоих детей (20%) была зафиксирована реакция психогенного мутизма, вызванного потерей одного из родителей (гибель отца).

В ходе проведения методики «Волшебная страна чувств», были получены следующие результаты:

Показатель «Задействованные цвета» свидетельствует о том, что при раскрашивании домиков у 57% детей были задействованы все цвета, тогда как у 43% – востребованными оказались – красный (18%), фиолетовый (14%), черный (11%). Цвета, используемые 43% детей, являются неосновными, что по данным М.Люшера символизирует негативные тенденции в эмоциональной сфере, а именно, тревожность, стресс, переживание страха.

Показатель «Адекватность подбора цвета» обращает внимание на то, что при «заселении в домики» у 65% детей цвета подобраны адекватно.

У 35% наблюдается неадекватность в выборе цветов по положительным и отрицательным эмоциям, что свидетельствует о дисгармоничном выборе.

Показатель «Ментальная деятельность» показывает преобладающие в настоящее время чувства, эмоции, переживания. 48% детей выбрали дополнительный цвет, что указывает на неадекватность психоэмоционального состояния, наличие страхов и тревоги. У 35% детей отмечается психологический дистресс – доминируют эмоции обиды, злости, страха.

При оценке эмоциональной деятельности выявлено снижение эмоционального фона, эмоциональная напряженность, раздражительность и тревожность (26% - выбор красного цвета, символизирующего агрессию, 21% - напряжение, стремление преодолеть неблагоприятные события, 17% - серый - усталость, нервное напряжение, стресс)

Таким образом, у 55% детей отмечен неадекватный выбор цвета, что указывает на нарушение уровня психоэмоционального состояния, 45% - позитивное эмоциональное состояние.

Для исследования уровня тревожности у детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, использовалась методика С.В. Велиевой «Паровозик».

До проведения арт-терапии: у 10 человек (50%) наблюдается позитивное психическое состояние, 4 ребёнка (20%) имеют негативное психическое состояние низкой степени. Также, у 5 человек (25%) было выявлено негативное психическое состояние средней степени. Всего у одного ребёнка (5%) было зафиксировано негативное психическое состояние высокой степени.

Было проведено 5 занятий арт-терапии с детьми, и после этого зафиксировали следующие результаты: 13 человек (65%), то есть у большей части группы наблюдается позитивное психическое состояние. У 5 человек (20%) негативное психическое состояние низкой степени. Также, у 2 детей (10%) негативное психическое состояние средней степени.

Полученные результаты свидетельствуют о динамике психического состояния в сторону улучшения.

Выводы. В ходе проведенного исследования психоэмоционального состояния у детей, находящихся в трудной жизненной ситуации было выявлено негативное психическое состояние, связанное с вынужденным переселением из зоны вооруженных конфликтов, зафиксированы негативные тенденции, такие как страх и тревожность.

Мы оценили эффективность проведения арт-терапевтических занятий с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, и сделали вывод о том, что арт-терапия оказывает благоприятное влияние на психику ребёнка, об этом свидетельствуют значительные положительные динамические изменения эмоционального состояния детей. Таким образом, можно утверждать, что клинико-психологическое сопровождение детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, можно осуществлять с использованием методов, предложенных нами, которые показали хорошую эффективность как в отношении психодиагностики эмоциональных состояний, так и в плане психологической коррекции.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал, 1994. Т. 15. – № 1. – С. 3–19.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б. Психодиагностика через рисунок в психотерапии. – СПб: Речь, 2004. – 144 с.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей - СПб.: Речь , 2005. – 400с.
4. Погосов А.В., Погосова И.А., Смирнова Л.В. Лечебно-профилактические мероприятия для больных посттравматическими стрессовыми расстройствами в случаях коморбидности // архів психіатрії. - 2004. - №1(36). - С. 17-21.

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА,
ВЛИЯЮЩИХ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА**

Милаев А.В., Майдан В.А.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Хубулава Г.Г.

Аннотация. В исследовании рассматривается проблема влияния трансплантации сердца на развитие психогений у пациентов. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы. Установлено, что ведущими факторами риска нарушений внешней психической деятельности являются факт оперативного вмешательства, информированность о возможных неблагоприятных исходах, понимание о необходимости в соблюдении пожизненной иммуносупрессивной терапии и режима, нарушение привычного образа жизни, связанного в том числе с вредными привычками. Разработана схема психопрофилактики и психотерапии нарушений, предусматривающая коррекцию психического здоровья на основе мониторинга душевного благополучия со стороны консультативного совета из специалистов в области клинической психологии.

Ключевые слова: трансплантация сердца, вторичная профилактика, стресс, осложнения, психопрофилактика, психотерапия

**CLINICAL AND EXPERIMENTAL ASSESSMENT OF RISK FACTORS
AFFECTING THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS AFTER
HEART TRANSPLANTATION**

Milaev A., Maydan B.

The S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russian Federation

Scientific advisor: Doctor of Medical Sciences, Professor Hubulava G.G.

Abstract. The study deals with the problem of the impact of heart transplantation on the development of psychogenic disorders in patients. The analysis of domestic and foreign literature is carried out. It has been established that the leading risk factors for disturbances in external mental activity are the fact of surgical intervention, awareness of possible adverse outcomes, understanding of the need to comply with lifelong immunosuppressive therapy and regimen, violation of the usual lifestyle, including those associated with bad habits. A scheme for psychoprophylaxis and psychotherapy of disorders has been developed, which provides for the correction of

mental health based on monitoring of mental well-being by an advisory board of specialists in the field of clinical psychology.

Key words: *heart transplantation, secondary prevention, stress, complications, psychoprophylaxis, psychotherapy*

Введение. В настоящее время трансплантация сердца (ТС) продолжает оставаться наиболее эффективным методом лечения пациентов с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности (ХСН). Вместе с тем остаются нерешенными вопросы квалифицированной психологической помощи пациентам с послеоперационной депрессией и отсутствием рациональных методов профилактики и лечения стрессорных расстройств.

Актуальным вопросом исследования является проблема приверженности к назначаемой пожизненной иммуносупрессивной терапии и режиму среди пациентов после ТС, что провоцирует стресс.

Вторичная профилактика психического расстройства является одной из основных целей терапии, ведь то, как пациент будет чувствовать себя после операции в своем теле и как изменится его жизнь, будет иметь высокую значимость для анализа особенностей социальной, психологической и физической адаптации пациентов.

Изучение вопросов психологического состояния реципиента, безусловно, имеет существенную практическую значимость. Своевременное определение психического и психологического состояния пациента после ТС, наравне с его физическим состоянием, поможет пациенту принять свой новый социальный статус, свою новую жизнь.

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с влиянием факта оперативного вмешательства по ТС и пожизненной иммуносупрессивной терапии на внешнюю психическую деятельность пациентов и заключается в необходимости обоснований и разработки эффективных методов в области психогигиены и психопрофилактики в интересах нормализации душевного благополучия.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать перспективные схемы психопрофилактики психогений в пациентов после ТС на основе оценки характерных личностных качества, факторов риска жизни и здоровью, методов профилактики осложнений, влияющих на психологический статус пациентов после ТС.

Материалы и методы. В данном исследовании проведенным в 2022 году участвовали 29 пациентов после ТС. Основано на анализе и систематизации исторических данных, монографиях, международных реестрах, данных ВОЗ. Методы исследования – исторический, сравнительный, математико-статистический и системный анализ.

Результаты и их обсуждение. Стресс, связанный с операцией по пересадке сердца, возникает, как правило, после операции. Виды стресса, вызванные трансплантацией, так же как и факторы, связанные со стрессом,

подтверждают важность постоянной психологической и клинической поддержки после трансплантации сердца[2].

Установлено, что дезадаптивный хронический стресс оказывает неблагоприятное влияние на прогноз жизни пациентов в 1 год после ТС, так как снижает реактивность организма и его иммунный статус, что увеличивает риск развития новообразований и инфекционных осложнений.

Доказано, что пациентам с трансплантацией сердца более характерны такие особенности, как открытое проявление агрессии, тревожность и мнительность, а также неудовлетворенность своим телом и низкая самооценка[1].

Выявлено, что пациенты с трансплантацией сердца ощущают ограничения в эффективной реализации профессиональной деятельности и досуговой активности. Результаты данной работы актуализируют необходимость психологического сопровождения пациентов кардиохирургических отделений. Эффективное психокоррекционное воздействие на разных этапах трансплантации сердца требует специфической подготовки клинического психолога, с учетом как личностно-психологических особенностей, так и особенностей реагирования на оперативное вмешательство.

Профилактика нежелательных событий в течение первых 5 лет после ТС включает мониторинг признаков и симптомов, связанных с инфекционными и кардиальными осложнениями, предупреждение влияния факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований, а именно соблюдение диеты и выполнение назначаемых физических упражнений, исключение курения; предотвращение злоупотреблением алкоголя, а также регулярные клинические осмотры в специализированных стационарах.

Неблагоприятный прогноз в течении первых 5 лет после ТС связывают с несоблюдением данных назначений и как следствие высоким риском развития таких осложнений как острое отторжение трансплантата, васкулопатия пересаженного сердца и канцерогенез легких, простаты, кожи, развитием лимфом[5].

Достоверно установлено по критерию Фишера, что наиболее частыми типами отношения к болезни у пациентов после ТС являются параноидальный - 20% и дисфорический - 35%, характеризующиеся постоянным беспокойством, мнительностью, а также крайней сосредоточенностью на субъективных ощущениях и преувеличении их значения, страхом побочного действия лекарственных препаратов и различных лечебных процедур.

Показано, что у пациентов после ТС прогностически благоприятными типами отношения к болезни являются «гармонический» и «эргопатический», характеризующиеся объективной оценкой состояния своего здоровья, желанием сохранить работоспособность.

Подтверждено, что применение опросника агрессивности А. Басса и А. Дарки является эффективным с целью выявления у пациентов таких личностных качеств, как физическая, косвенная и вербальная агрессия,

подозрительность, обидчивость, чувство вины, негативизм и склонность к раздражению.

Таким образом, разработана эффективная схема психотерапии, которая включает ряд превентивных мер с целью вторичной профилактики стрессорного расстройства личности, а именно исключение таких факторов риска, как курение, злоупотребление алкоголем, соблюдение режима труда и отдыха, выполнение регулярной дозированной физической нагрузки, повышающие приверженность пациента к терапии и оказывающие благоприятное влияние на эмоционально-психологический комплаенс.

Выводы.

1. Пациентам после ТС чаще свойственен дисфорический тип отношения к заболеванию, который характеризуется мрачным, озлобленным настроением. При этом пациенты склонны недоверять медицинскому персоналу, а также не соблюдать назначенную иммуносупрессивную терапию, рациональный режим труда и отдыха.

2. Характерными чертами личности у пациентов после ТС являются открытое проявление вербальной, косвенной и физической агрессии, негативизм, а также неудовлетворенность своим физическим состоянием, что сопровождается фрустрацией и заниженной самооценкой.

3. Рациональной психологической реабилитации пациентов в послеоперационном периоде отводится одна из ключевых ролей в снижении реакции отторжения трансплантата, а, следовательно, и сохранении здоровья пациента.

Литература

1. Барканова О.В. Теоретические основы и психологическая диагностика здоровья личности: учебное пособие [Электронный ресурс] / Электрон. дан. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2014.
2. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Иванова А., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В. Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; 1 (94): 15–20.
3. Коцоева О.Т. Аритмии после пересадки сердца: причины возникновения и методы лечения. [Электронный ресурс]. Медицина и здравоохранение: Саратовский научно-медицинский журнал. 2015.
4. Менделевич В.Д. Спектры психических расстройств и проблема терапевтического релятивизма. Неврологический вестник. 2017; XLIX (4): 11–20.
5. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Невидимова Т.И., Стоянова И.Я. Система иммунитета и психологическая защита в механизмах психоэмоционального стресса. Международный журнал экспериментального образования. 2017; S5 (Приложение): 116–117.

6. Dickens C., Cherrington A., Adeyemi I. et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression // *Psychosom Med*. 2013. 75(2). P. 211–221.
7. Fiorelli A.I., Oliveira J.L., Stolf N.G. Transplante cardiac // *Rev Med (São Paulo)*. 2009. 88(3). P. 123–137.
4. Bunzel B. Psychological aspects of cardiac transplantation // *Stress proof the heart: behavioral interventions for cardiac patients/* Dornelas E., ed. New York: Springer, 2012. P. 119–135.
8. Soares H.R., Costa R.A., Mesquita E.T. Depressão e as doenças cardiovasculares//*Rev Dep Psicol UFF*. 2006. 18(2). P. 197–204.
9. Trevizan FB, de Oliveira Santos Miyazaki MC, Silva YLW, Roque CMW. Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2017; 32 (3): 162–170.

**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ
РАССТРОЙСТВЕ В АСПЕКТЕ ПАТО- И НЕЙРОПСИХОЛОГИИ**

Можчерова В.В., Шихматова Е.С., Шурыгина В.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психиатрии и психосоматики
Феоктистова Е. В.**

Аннотация. Данная статья содержит материалы, описывающие качественные характеристики мышления при депрессивном расстройстве. В нашем исследовании приняли участие 20 женщин 35 – 52 лет, страдающих депрессивным расстройством и находящихся на медикаментозном стационарном лечении. Для исследования мышления использовались нейропсихологическая проба «Кубики Кооса» и патопсихологические методики – «Пиктограмма», «Толкование пословиц и метафор», «Исключение лишнего». Выводом проведенного исследования стало то, что депрессия приводит к таким нарушениям мышления, как значительные нарушения конструктивного праксиса, а также, взаимосвязанное с этим, снижение уровня процесса обобщения, что выражалось в нарушениях мыслительных операций классификации, абстрагирования, анализа и синтеза.

Ключевые слова: *депрессивное расстройство, нарушения мышления, операциональная сторона мышления, нейропсихологические пробы, патопсихологическое исследование.*

**FEATURES OF THINKING DISORDERS IN DEPRESSIVE DISORDER IN
THE ASPECT OF PATHO- AND NEUROPSYCHOLOGY**

Mozhcherova V.V., Shikhmatova E.S., Shurygina V.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: assistant of the Department of Psychiatry and Psychosomatics
Feoktistova E. V.**

Abstract. This article contains materials describing the qualitative characteristics of thinking in depressive disorder. Our study involved 20 35 – 52-year-old women suffering from depressive disorder and undergoing medical inpatient treatment. For the study of thinking, the neuropsychological test "Koos Cubes" and pathopsychological techniques – "Pictogram", "Interpretation of proverbs and metaphors", "Exclusion of excess" were used. The conclusion of the study was that depression leads to such disorders of thinking as significant violations of constructive

praxis, as well as, related to this, a decrease in the level of the generalization process, which was expressed in violations of mental operations of classification, abstraction, analysis and synthesis.

Key words: *depressive disorder, thinking disorders, the operational side of thinking, neuropsychological tests, pathopsychological research.*

Актуальность. Депрессивное расстройство за последние годы настолько охватило все слои населения, что по своей распространенности приблизилось к сердечно-сосудистым заболеваниям. Депрессии, как самостоятельные, так и «сопровождающие» другие заболевания, сопровождаются целым спектром нарушений высших психических функций. Специфика познавательных процессов при депрессиях давно была описана классическими представителями психиатрии. Брадифрения, как основной компонент депрессивной триады, относится больше к количественной характеристике мышления [2], что выражается в его замедленности и, вследствие этого, снижении продуктивности. Качественные же нарушения мышления, представленные нарушением операциональных компонентов, изучены в настоящий момент недостаточно [3].

Нарушения операциональной стороны мышления, рассматриваемые в данном исследовании, в частности снижение уровня обобщения, достаточно часто встречается в картине депрессивного расстройства. Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами [1]. Данные дисфункции в когнитивной сфере серьезно ухудшают качество жизни пациентов, осложняя процесс взаимодействия в семейной, профессиональной и других сферах. В связи с этим, изучение нарушений мышления при депрессивных расстройствах и их влияние на социальное функционирование пациентов является остроактуальной междисциплинарной проблемой.

Цель исследования – изучить особенности и характер качественных нарушений мышления при депрессивном расстройстве.

Задачи исследования:

1. Проведение теоретического и практического анализа особенностей мышления при депрессивном расстройстве в аспекте пато- и нейропсихологии.
2. Изучение опосредствованного запоминания и способности к обобщению с помощью патопсихологических методик «Пиктограмма», «Толкование пословиц и метафор», «Исключение лишнего» у больных депрессивным расстройством.
3. Изучение конструктивного праксиса и способности к саморегуляции с помощью нейропсихологической пробы «Кубики Кооса» у больных депрессивным расстройством.

4. Формулировка выводов об особенностях нарушения мышления при депрессивном расстройстве.

Эмпирическая база исследования. Исследование проведено на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» г. Курска. В исследовании приняли участие 20 женщин 35-52 лет, страдающих депрессивным расстройством, находящихся на медикаментозном стационарном лечении.

Материалы и методы исследования.

1. Теоретико-методологический анализ литературных источников по теме исследования.
2. Клинико-психологический сбор анамнеза.
3. Нейропсихологическая проба «Кубика Кооса».
4. Патопсихологические методики: «Пиктограмма», «Толкование пословиц и метафор», «Исключение лишнего».

Результаты исследования. Исследовав нейропсихологической пробой «Кубики Кооса» конструктивный праксис, были замечены следующие особенности:

75 % женщин не смогли собрать все фигуры: 3 женщины не справились со сложением фигуры из четырех кубиков, у остальных сложности появились на более сложных уровнях.

25% женщин собрали все фигуры, однако в нормированное время не уложились.

Ошибки корригировались 90% процентами испытуемых, однако 20% женщин, видя свою ошибку, не могли ее исправить из-за сильного застревания и невозможности сменить способ действия (испытуемые продолжали подставлять неподходящий элемент, не заменяя его другим).

При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления выявлены нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения процессов обобщения. Так, при выполнении больными методики «Пиктограмма», отмечено преобладание конкретных образов над абстрактными. На понятие «смелый поступок» – рисунок со сценой спасения человека из опасной ситуации, «печаль» – плачущий персонаж. Чаще всего атрибутивные образы используются на высказывание «весёлый праздник» – воздушные шары. На понятие «дружба» используется метафорический образ тянущихся друг к другу рук. Для некоторых изображений характерен «отлет» от конкретных связей, существенные – мало принимаются во внимание (к понятию «грусть» изобразила «поцелуйчики», так как «грусть может быть по одному человеку, по двум и по десяти...»). Встречается фактор эмоциональной и личностной значимости. В большинстве случаев он относится к понятию «счастье» и связан с семейными ценностями, родственниками. Все изображения дифференцируемы.

Методика «Исключение лишнего» выполнялась пациентами верно, наблюдалось обобщение на основании сугубо конкретных связей между предметами (лишнее пальто, так как «остальные вещи летние и красивые»).

Переносный смысл пословиц и метафор пациенты объясняют, опираясь на личный жизненный опыт (шило в мешке не утаишь – «нужно быть бдительным»), единичные – буквально (7 раз отмерь, 1 отрежь – «когда что-то шьют»).

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования с использованием патопсихологических и нейропсихологических методик, на первый план выступают нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения процессов обобщения, а также тенденция к обобщению по конкретно-ситуативным признакам. Доказано, что во время диагностики нарушения мышления особенно эффективным является применение экспериментально - психологических методов. Полученные результаты исследования могут быть учтены при разработке практических рекомендаций для психологов и врачей-психиатров, взаимодействующих с больными с депрессивным расстройством.

Литература

1. Блейхер В.М. Расстройства мышления. — Киев: Здоровье, 1983. — 192 с.
2. Крепелин Е. Лекции по клинической психиатрии. – Лондон: Баллиер, Тиндалл и Кокс, 1912. - 368 с.
3. Харисова Р. Р. К значимости исследований операционального компонента мышления при тревожно-депрессивных расстройствах пограничного спектра // Современная наука. 2015. №3. Режим доступа: [URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/k-znachimosti-issledovaniy-operatsionalnogo-komponenta-myshleniya-pri-trevozhno-depressivnyh-rasstroystvah-pogranichnogo-spektra>], дата обращения 10.10.2022

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С
НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Нагорная Д.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии Колчина О. С.**

Аннотация. Проблема нарушений пищевого поведения становится всё более актуальной каждый год. С этим взаимосвязано множество факторов, одним из которых, можно предположить, являются психологические особенности больных пищевыми нарушениями. В данной статье представлены результаты пилотажного исследования психологических особенностей девушек, имеющих нарушения пищевого поведения. Проведён теоретический анализ проблемы пищевых нарушений.

Ключевые слова: *нарушения пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, тревожность.*

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GIRLS WITH EATING
DISORDERS**

Nagornaya D.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: assistant of the Department of Health Psychology and
Neuropsychology Kolchina O.S.**

Abstract. The problem of eating disorders is becoming more urgent every year. Many factors are interrelated with this, one of which is the psychological characteristics of patients with eating disorders. This article presents the results of a pilot study of the psychological characteristics of girls with eating disorders. A theoretical analysis of the problem of food disorders has been carried out.

Key words: *eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, anxiety.*

Актуальность проблемы. Современные реалии диктуют завышенные стандарты красоты, в особенности женской. И поскольку зачастую данные стандарты не совпадают со здоровыми индивидуальными физическими и физиологическими параметрами организма, то они могут стать причиной повышенных физических нагрузок, истощающих человеческий организм,

чрезмерных ограничений в питании, отказа от определённых продуктов, считающихся «вредными для фигуры», а также нарушений пищевого поведения. Поскольку нарушения в питании являются формой отклоняющегося от нормы поведения, то данная проблема требует не только медицинской, но психологической помощи в виде консультирования, психотерапии. Наличие и актуальность пищевых нарушений диктуют необходимость исследования данной проблемы и вызывают интерес как у психологов теоретического направления, так и у практиков.

Нарушениями пищевого поведения принято называть группу поведенческих синдромов, имеющих преимущественно психическую или эмоциональную природу и связанных с патологическими изменениями в процессе принятия пищи. Основными видами нарушений пищевого поведения являются компульсивные переживания, а также нервные анорексия и булимия. Помимо этого, голландский психолог, Татьяна ван Стриен, в одной из своих работ описала другие типы пищевого поведения, которые могут стать определяющими в манифестации различных нарушений в процессе приема пищи и которые именуется как эмоциогенное, экстернальное и ограничительное пищевое поведение [6].

Погоня за идеалами и стандартами красоты, социальная фрустрированность, личностные особенности так или иначе могут быть взаимосвязаны с манифестацией пищевых нарушений [2]. С патологическим изменением процесса принятия пищи может быть взаимосвязана такая личностная особенность, как тревожность [5]. Низкий эмоциональный интеллект, алекситимия также могут иметь взаимосвязь с манифестацией нарушений пищевого поведения [1, 3]. Помимо этого, перфекционизм, который характеризуется стремлением личности к идеальности, совершенству в действиях, поведении и имеет многокомпонентную структуру, может быть взаимосвязан с нарушениями пищевого поведения. С пищевыми нарушениями также взаимосвязана низкая стрессоустойчивость: женщины принимают пищу в ситуациях эмоционального дискомфорта, «заедают проблемы» [4].

Библиометрический анализ публикационной активности в электронном информационном пространстве ELIBRARY.RU по запросу «нарушения пищевого поведения у девушек» глубиной поиска 10 лет составляет 140 публикаций из 40324055 (рис.1).

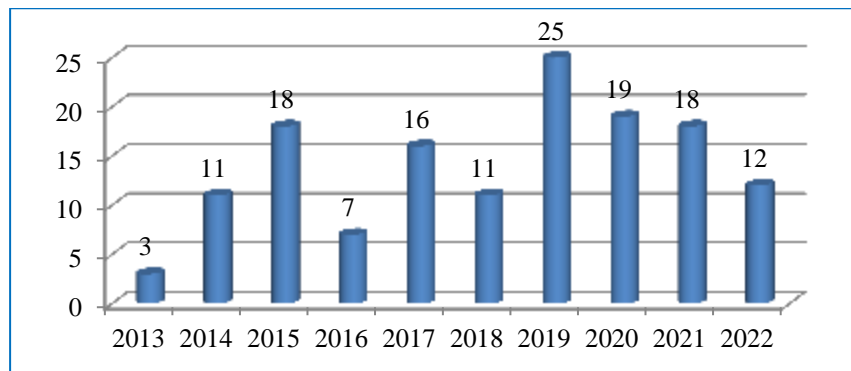


Рис 1. Распределение публикаций по годам по запросу «нарушения пищевого поведения у девушек»

Исследовательский интерес в данной области является волнообразным, с пиком активности в 2019 году.

Большое количество исследований по проблеме нарушений пищевого поведения у девушек говорит об исследовательском интересе к данной теме и актуальности проблемы пищевых нарушений.

Целью исследования выступает изучение психологических особенностей девушек, имеющих нарушения пищевого поведения.

Методы исследования.

Методами исследования являлись психодиагностические тесты:

- 1) Шкала оценки ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина;
- 2) Голландский опросник пищевого поведения;
- 3) Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП).

Полученные результаты обрабатывались с помощью использования программы STATISTICA 12.

Был использован статистический метод - непараметрический критерий для двух несвязанных/независимых выборок U критерий Манна-Уитни.

В исследовании принимали участие 22 девушки 18 - 20 лет: 11 девушек, имеющих различные нарушения пищевого поведения (основная группа), а также 11 девушек, не страдающих данными нарушениями (группа сравнения).

Результаты исследования. Результаты сравнения группы девушек с пищевыми нарушениями и группы условно здоровых девушек по U критерию Манна-Уитни представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение группы девушек с пищевыми нарушениями и группы девушек без пищевых нарушений

Показатель (шкала)	Уровень статистической значимости
Стремление к худобе	0,000107*
Булимия	0,000082*
Неудовлетворенность телом	0,000639*
Неэффективность	0,001814*
Перфекционизм	0,003128*
Недоверие в межличностных отношениях	0,070952*
Интероцептивная некомпетентность	0,002811*
Ограничительное пищевое поведение	0,000107*
Эмоциогенное пищевое поведение	0,000913*
Экстернальное пищевое поведение	0,107663
Ситуационная тревожность	0,947645
Личностная тревожность	0,921537

Анализ результатов методики «ШОПП» позволяет выявить следующее: на высоком уровне статистической значимости были обнаружены различия по показателям «Стремление к худобе», «Булимия», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Перфекционизм» и «Интероцептивная некомпетентность». Это демонстрирует то, что девушки с пищевыми нарушениями, в отличие от условно здоровых девушек, склонны к чрезмерному беспокойству о весе и регулярным попыткам похудеть, систематическим эпизодам переедания и очищения, восприятию частей тела как чрезмерно толстых, ощущению неспособности контролировать свою жизнь. Помимо этого, к особенностям девушек с пищевыми нарушениями можно отнести неадекватно завышенные ожидания, неспособность прощать себе недостатки, а также недоверие себе, поскольку девушки данной группы неуверенны в том, что способны верно распознавать сигналы организма относительно чувств голода и насыщения. По параметру «Недоверие в межличностных отношениях» различия обнаружены на уровне статистической тенденции.

Анализируя результаты методики «Голландский опросник пищевого поведения» на высоком уровне статистической значимости были выявлены различия по параметрам «Ограничительное пищевое поведение» и «Эмоциогенное пищевое поведение». Это свидетельствует о том, что для девушек с нарушениями пищевого поведения, в сравнении с условно здоровыми девушками, характерны приверженность к соблюдению строгих диет и избыточных ограничений в питании, а также заедание эмоциональных переживаний. При этом по параметру «Экстернальное пищевое поведение» статистически значимых различий не обнаружено. Данный результат демонстрирует то, что девушки как с нарушениями пищевого поведения, так и условно здоровые реагируют не на внешние стимулы, связанные с поеданием, а на внутренние (например, чувство голода).

При анализе результатов методики тревожности Спилбергера, по параметрам «Ситуационная тревожность» и «Личностная тревожность»

статистически значимых различий не обнаружено. Полученные результаты свидетельствуют о том, что для девушек обеих групп характерен схожий уровень ситуативной и личностной тревожности.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что для девушек с нарушениями пищевого поведения характерны такие психологические особенности, как стремление к худобе, неудовлетворенность собой и своим телом, недостаточное доверие себе, что может говорить о сниженном уровне самооценки. Помимо этого для них характерны перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, ситуативная и личностная тревожность.

Полученные в ходе исследования результаты важны тем, могут быть использованы в основе профилактических и коррекционных программ, направленных на устранение факторов развития нарушений пищевого поведения и коррекцию самих пищевых нарушений.

Литература

1. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением / Берковская М. А [и др.] // Пробл. эндокр.. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aleksitimiya-i-ee-svyaz-s-rasstroystvami-pischevogo-povedeniya-i-ozhireniem> (дата обращения: 02.10.2022).
 2. Дорофеева Л.В. Клинико-психологическая характеристика студентов-медиков с нарушениями пищевого поведения / Дорофеева Л.В., Ширяев О.Ю. // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2022. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-psihologicheskaya-harakteristika-studentov-medikov-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 02.10.2022).
 3. Кириллова Д.С. Алекситимия как фактор нарушения пищевого поведения: анализ клинического случая / Кириллова Д.С., Константинова Ю.О. // Коллекция гуманитарных исследований. 2018. №1 (10). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aleksitimiya-kak-faktor-narusheniya-pischevogo-povedeniya-analiz-klinicheskogo-sluchaya> (дата обращения: 02.10.2022).
 4. Овчарова Р. В. Психологические особенности женщин с нарушениями пищевого поведения // Вестник Курганского государственного университета. 2016. №2 (41). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 02.10.2022).
 5. Проскурякова Л. А. Нарушение пищевого поведения и риск его развития у студентов в зависимости от уровня личностной тревожности // Вестник КемГУ. 2019. №1 (77). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narushenie-pischevogo-povedeniya-i-risk-ego-razvitiya-u-studentov-v-zavisimosti-ot-urovnya-lichnostnoy-trevozhnosti> (дата обращения: 23.09.2022).
- Van Strien T. Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. Current Diabetes Reports. 2018; 18 (6): 35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x.

**ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ
У ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Немцев А.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Запесоцкая И.В.**

Аннотация. В статье сравниваются особенности смысложизненных ориентаций у подростков с проявлением и без проявления делинквентного поведения. В качестве метода исследования используется тест смысложизненных ориентации Леонтьева Д.А. Полученные результаты и сделанные на их основе выводы говорят о необходимости диагностирования особенностей смысложизненных ориентаций у всех несовершеннолетних школьного возраста. С подростками, у которых будут выявлены низкие показатели, необходимо проводить профилактическую работу, направленную на повышение жизненной перспективы.

Ключевые слова: *подросток, несовершеннолетний, делинквентное поведение, смысл жизни.*

**FEATURES OF LIFE-MEANING ORIENTATIONS IN ADOLESCENTS
WITH DELINQUENT BEHAVIOR**

Nemtsev A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor I.V. Zapesotskaya**

Abstract. The article compares the features of meaningful life orientations in adolescents with and without the manifestation of delinquent behavior. As a research method, the test of life orientations of Leontiev D.A. is used. The results obtained and conclusions based on them indicate the need to diagnose the features of life orientations in all school-age minors. With adolescents who will have low indicators, it is necessary to carry out preventive work aimed at improving life prospects.

Key words: *teenager, minor, delinquent behavior, meaning of life.*

Изучение смысла жизни лежит в основе различных наук. Это понятие является одним из основных в философии, психологии и ряде других дисциплин. В силу своей многогранности универсального определения смысла жизни не существует.

По мнению Братусь Б.С. определение смысла следует рассматривать более обобщенно. Он дает следующее определение смысловому образованию: «это целостная динамическая система, отражающая взаимоотношения внутри пучка мотивов, реализующих то или иное смысловое отношение к миру» [1].

Согласно определению Д.А. Леонтьева смысл жизни является стержневым компонентом, ответственным за общую направленность жизни субъекта [2]. Также данное понятие рассматривали и другие отечественные исследователи, такие как Бодалев А.А., Карпинский К.В., Лотова И.П. и другие.

Смыслжизненные ценности и ориентации в психологии изучались у различных категорий людей – у детей и взрослых, работающих и студентов, мужчин и женщин различных профессий. Актуальность настоящего исследования заключается в изучении смыслжизненных ориентаций у подростков с делинквентным поведением. Подобных исследований в отечественной психологической науке недостаточно, а между тем, анализ данной проблематики может оказать существенное положительное влияние на индивидуально-профилактическую работу с подростками с делинквентным поведением.

Целью эмпирического исследования явилось определение особенностей смыслжизненных ориентаций у подростков с делинквентным поведением. В исследовании приняли участие 120 несовершеннолетних в возрасте 12-17 лет (по 60 человек в экспериментальной и контрольной группах). В качестве критерия включения в эмпирическую группу явилось нахождение несовершеннолетних на внутришкольном учете, учете в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав или на учете в органах внутренних дел. Все участники исследования являются учащимися муниципальных образовательных организаций города Курска. Половозрастные характеристики исследуемой выборки отражены в таблице 1:

Таблица 1. Половозрастные характеристики участников исследования

Экспериментальная группа (N=60) (с проявлением делинквентного поведения)				Контрольная группа (N=60) (без проявления делинквентного поведения)			
Подростки							
от 12 до 14 лет (N=30)		от 15 до 17 лет (N=30)		от 12 до 14 лет (N=30)		от 15 до 17 лет (N=30)	
мужской пол	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол	женский пол
15 человек	15 человек	15 человек	15 человек	15 человек	15 человек	15 человек	15 человек

Для выявления особенностей смысложизненных ориентаций у подростков с делинквентным поведением участникам было предложено пройти тест смысложизненных ориентации Леонтьева Д.А [3].

В результате исследования были получены следующие результаты.

1. Шкала «Цели в жизни».

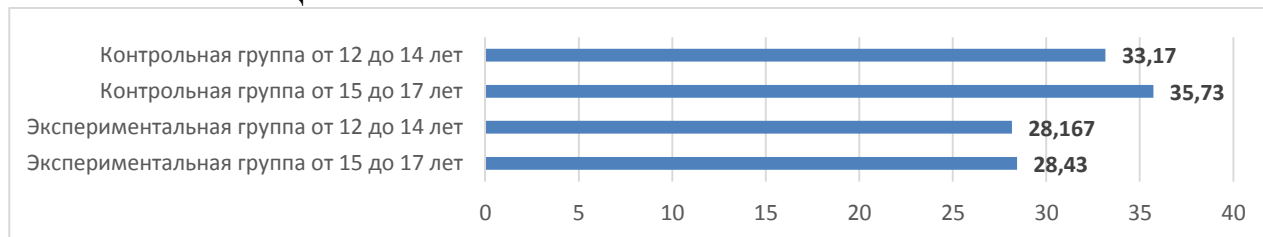


Рис. 1. Распределение значений по шкале «Цели в жизни»

Как видно на рисунке 1 в экспериментальных группах значения по данной шкале ниже, чем в контрольных группах: в экспериментальной группе 12-14 лет значение ниже на 15 %, в экспериментальной группе 15-17 лет значение ниже на 24,6 %.

2. Шкала «Процесс жизни»

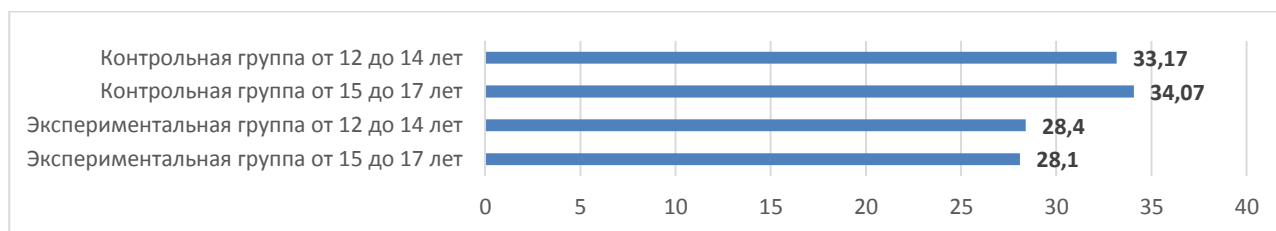


Рис. 2. Распределение значений по шкале «Процесс жизни»

Значение показателя в экспериментальной группе 12-14 лет ниже от значения показателя в соответствующей контрольной группе на 14%, в экспериментальной группе 15-17 лет – ниже на 17,5%.

3. Шкала «Результативность жизни».

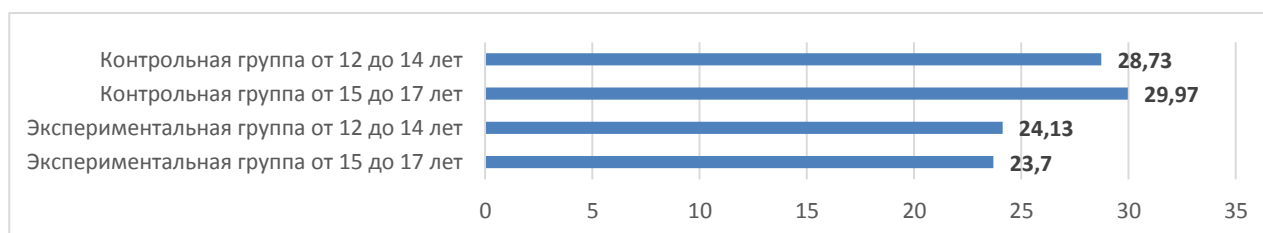


Рис. 3. Распределение значений по шкале «Результативность жизни»

В экспериментальных группах младшего и старшего возраста значения показателя ниже на 16% и 20,9% соответственно от значений показателя в контрольных группах.

4. Шкала «Локус контроля - Я»

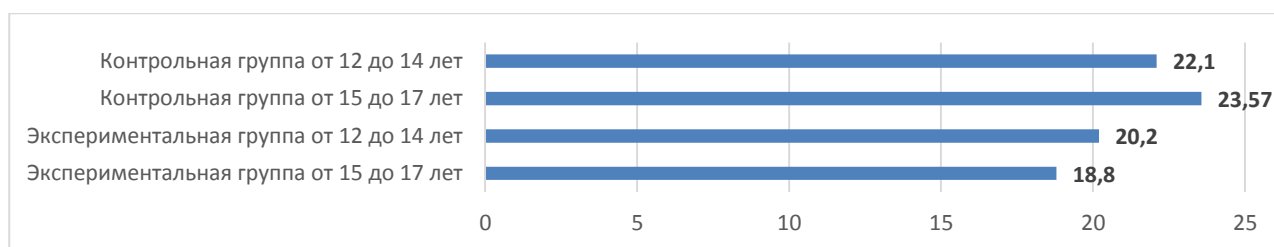


Рис. 4. Распределение значений по шкале «Локус контроля -я»

В экспериментальных группах младшего и старшего возраста значения показателя ниже на 8,5% и 20% соответственно от значений показателя в контрольных группах.

5. Шкала «Локус контроля я-жизнь».

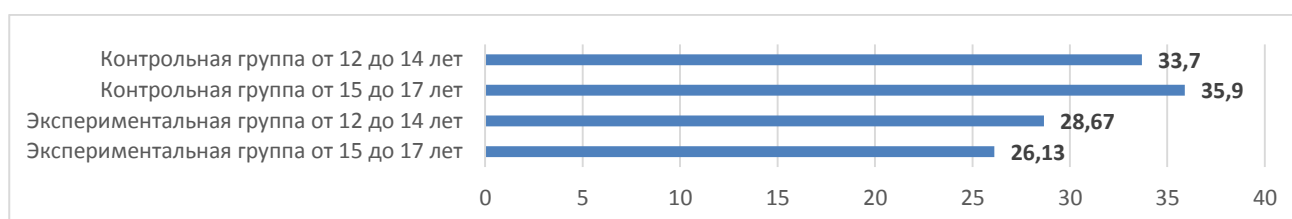


Рис. 5. Распределение значений по шкале «Локус контроля я - жизнь»

Значение показателя в экспериментальной группе 12-14 лет ниже от значения показателя в соответствующей контрольной группе на 14,9%, в экспериментальной группе 15-17 лет – ниже на 27%.

6. Интегративная шкала «Показатель осмысленности жизни».

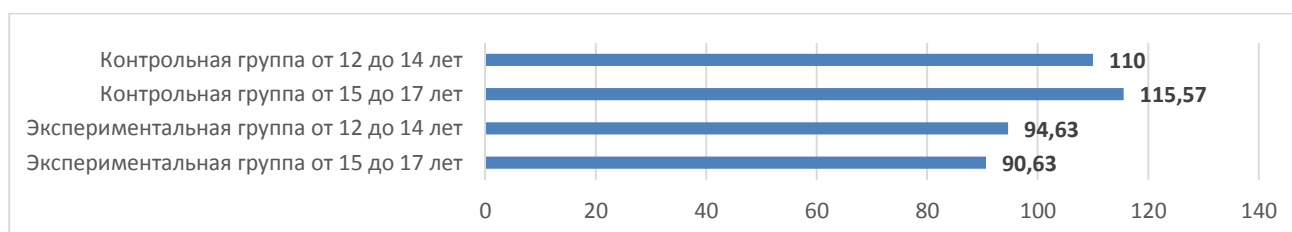


Рис. 6. Распределение значений по шкале «Показатель осмысленности жизни»

Как видно на рисунке 6 в экспериментальных группах значения по данной шкале ниже, чем в контрольных группах: в экспериментальной группе 12-14 лет значение ниже на 14 %, в экспериментальной группе 15-17 лет значение ниже на 21 %.

Исходя из данных, мы можем сделать следующие выводы:

1. Подростки с делинквентным поведением имеют меньше целей в жизни, которые делают ее осмысленной и направленной. У подростков без проявления делинквентного поведения значение показателя «Цели в жизни» попадает в средний диапазон, что позволяет сделать вывод о том, что они не являются прожектерами, их планы имеют реальную опору.

2. Интерес и эмоциональная насыщенность жизни у подростков с делинквентным поведением значительно ниже, чем у подростков из контрольных групп.

3. Значительно больше подростков экспериментальных групп неудовлетворены прожитой частью жизни и своей самореализацией.

4. Несовершеннолетние с делинквентным поведением имеют низкое представление о себе, как о сильной личности, у них меньше свободы выбора чтобы самому строить свою жизнь.

5. Значительно больше несовершеннолетних с делинквентным поведением считают, что их жизнь неподвластна их контролю, что все предопределено, и нету смысла загадывать что-то на будущее.

Таким образом мы видим, что делинквентные подростки имеют низкую осмысленность жизни, чем несовершеннолетние без проявления делинквентности. Также несложно заметить, что у делинквентных подростков с взрослением почти все показатели осмысленности жизни (за исключением показателя «Цели в жизни») снижаются, в то время как у подростков без делинквентного поведения все показатели наоборот – увеличиваются. Это говорит о том, что даже не смотря на наличие своих целей делинквентные подростки меньше осмысливают их с реальностью происходящего. Они не видят смысла что-то менять, так как считают, что сами изменить ничего не могут, плюс ко всему имеют низкую свободу выбора. Вследствие этого у подростков с делинквентным поведением возникает состояние неудовлетворенности своей жизнью, которая с возрастом становится только больше.

Полученные результаты и сделанные на их основе выводы говорят о необходимости диагностирования особенностей смысложизненных ориентаций у всех несовершеннолетних школьного возраста. С подростками, у которых будут выявлены низкие показатели, необходимо проводить профилактическую работу, направленную на повышение жизненной перспективы.

Литература

1. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14 «Психология». – 1981. – № 2. — с. 48
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла. – М.: Смысл, 2008. – 488 с.
3. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАЛОГА В SF ФОРМАТЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
НАВЫКОВ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТА**

Нескородов М. Г.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель – к.п.с.н., доцент кафедры общей и клинической
психологии, доцент Сурьянинова Т. И.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования применения диалога в SF-формате для улучшения навыков тайм-менеджмента. Раскрывается актуальность подобных исследований. Также в статье рассматриваются методы диагностики тайм-менеджмента.

Ключевые слова: тайм-менеджмент; планирование; организация времени; ОРКТ; ориентированная на решение.

**THE EFFECTIVENESS OF DIALOGUE IN SF FORMAT TO IMPROVE
TIME MANAGEMENT SKILLS**

Neskorodov M. G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Ph.D., Associate Professor of the Department of General and
Clinical Psychology, Associate Professor Suryaninova T. I.**

Abstract. The article presents the results of a study of the use of dialogue in SF format to improve time management skills. The relevance of such studies is revealed. The article also discusses the methods of time management diagnostics.

Key words: Time management; planning; SFBT; solution-oriented.

Актуальность. Способность управлять своим временем во многом предопределяет успешность обучения и вдобавок к этому способствует уменьшению уровня стресса. Время — незаменимый и невозобновляемый ресурс. Чем лучше его использовать тем больше результатов вы достигнете, тем спокойней благополучней будет ваше внутреннее состояние. В современном мире количество дел на день увеличивается, увеличивается поток информации, но пир это на данный момент в системе образование не предусмотрено формирование навыков управления временем. И уже к периоду ранней юности люди всё чаще сталкиваются с необходимостью самостоятельного формирования данных навыков. Но не всегда

сформированные навыки являются продуктивными (например откладывание на последний момент). А в студенческие годы, особенно при обучении в университетах, институтах, проблема обостряется. Так как в настоящий период времени в основном исследуется теоретический аспект тайм-менеджмента, примером может служить исследование по теме «Принципы тайм-менеджмента в образовательном процессе студентов инженерных специальностей» Шакирова Д.М. и Цветкова А.А., мы посчитали что практический аспект тайм-менеджмента, а тем более его развитие при помощи SF формата недостаточно изучен. В свою очередь SF формат — это ориентированный на решения подход, нацеленный на конкретизацию желаемого результата в будущем и разбитии на конкретные оцениваемые шаги.

Проблема исследования: эффективен ли диалог в SF формате для улучшения навыков тайм-менеджмента?

Целью данного исследования является изучение влияние диалога в SF формате на улучшение навыков тайм-менеджмента.

Дизайн исследования: данное исследование проводилось на выборке из 14 студентов 3 курса факультета клинической психологии КГМУ. Из них 10 девушек и 4 юношей в возрасте от 19 до 22 лет. С начало было проведено предварительное тестирование, по результатом которого попарно подбирались участники в контрольную и экспериментальную группу. После чего на экспериментальную группу оказывалось воздействие по средствам диалога в SF формате, а на контрольную группу воздействие не осуществлялось. После спустя неделю проводилось повторное тестирование и на экспериментальную группу вновь происходило воздействие, а на контрольную снова воздействия не оказывалось. И в завершении спустя неделю после 2 воздействия происходил контрольный замер. Также в ходе нашего исследования мы использовали следующие методы исследования:

1. Психодиагностические методы:

- Опросник самоорганизации деятельности (ОСД)
- Способность к самоуправлению (тест ССУ) Н. М. Пейсахова
- Тест на уровень субъективного контроля / Локус контроля(ЛК) Е. Г. Ксенофонтова

2. Статистические методы

- Критерий χ^2 Фридмана
- U-критерий Манна-Уитни

Результаты исследования. При статистической обработке данных полученных с помощью Критерий χ^2 Фридмана – экспериментальная группа: В результате расчета по критерию χ^2 Фридмана для трёх и более связанных выборок сдвиги в уровнях общей способности к самоуправлению, общей самоорганизации и в шкале экстернальности – интернальности в экспериментальной группе обнаружены на высоком уровне ($p < 0,01$) статистической значимости во всех трёх случаях. Таким образом, можно утверждать, что диалог в SF формате является эффективным инструментом для улучшения навыков тайм-менеджмента. Контрольная группа: В результате

расчета по критерию χ^2 Фридмана для трёх и более связанных выборок сдвиги в уровнях общей способности к самоуправлению, общей самоорганизации и в шкале экстернальности – интернальности в контрольной группе обнаружены на уровне статистической тенденции ($0,1 \geq p > 0,05$) во всех трёх случаях. Таким образом, можно сказать, что, необходимо повторное исследование. Сдвиги на уровне статистической тенденции, скорее всего, можно объяснить эффектом повторного тестирования или же саморефлексией после прохождения тестов. При статистической обработке данных, полученных с помощью U-критерия Манна-Уитни - выявление результатов в предварительных показателях: В результате расчета по U-критерию Манна-Уитни для 2 несвязанных выборок статистически достоверные различия в уровнях общей способности к самоуправлению, общей самоорганизации и в шкале экстернальности – интернальности во всех трёх случаях не были обнаружены, как и предполагалось. Выявление различий через неделю после 2 беседы: В результате расчета по U-критерию Манна-Уитни для 2 несвязанных выборок различия в уровнях общей способности к самоуправлению, общей самоорганизации и в шкале экстернальности – интернальности в первых двух случаях были обнаружены на уровне статистической тенденции ($0,1 \geq p > 0,05$). В третьем случае различия не были обнаружены ($p > 0,1$). Сравнение средних значений - среднее арифметическое количества баллов в уровнях общей способности к самоуправлению, общей самоорганизации и в шкале экстернальности – интернальности возрастают в экспериментальной группе на 12.4, 28.6, 9.3 соответственно. Таким образом, можно сделать вывод, что диалог в SF формате является достаточно эффективным для развития навыков тайм-менеджмента и он уместен для применения его на студентах для увеличения их продуктивности.

Литература

1. Аллен Д. Как привести дела в порядок: искусство продуктивности без стресса/ Пер. с англ. – Х: Изд-во Манн, Иванов и Фербер, Ю. Константинова 2017. – 416 с.
2. Архангельский. Г.А., Лукашенко М.А, Телегина Т.В., Бехтеров С.В. Тайм-менеджмент. Полный курс. - М.: Альпина Паблишер, 2012. - С 11-17.
3. Будиайте Г. Л. Циркулярная работа с супружеской парой в ориентированной на решение краткосрочной терапии // Системная психотерапия супружеских пар / под ред. Варги А. Я. М.: Когито-Центр, 2012
4. Михальский А.В. SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия. М.: ФОРУМ, 2015.

**ВЛИЯНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ
РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ФГБОУ ВО
КГМУ**

Олифер Я.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель – доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. В статье представлены анализ роли семьи в детском возрасте, взаимосвязь детских психотравм с формированием различных расстройств личности в зрелом возрасте. В качестве пускового механизма в развитии такого рода нарушений может послужить незрелость эмоционального фона в семье. Трансформированная структура семьи; тяжелые взаимоотношения между членами семьи; насилие, алкоголизм, наркомания родителей, родственников-основные причины из-за которых происходит расстройство личности.

Ключевые слова: *психология, семья, система отношений, дисфункциональные семейные отношения, неврозы, расстройства личности, социальные факторы.*

**THE INFLUENCE OF RELATIONSHIPS IN THE FAMILY ON THE
FORMATION OF PERSONALITY DISORDERS ON THE EXAMPLE OF
STUDENTS OF THE KSMU**

Olifer Y.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor - Associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. The article presents an analysis of the role of the family in childhood, the relationship of childhood psychotrauma with the formation of various personality disorders in adulthood. The immaturity of the emotional background in the family can serve as a trigger mechanism in the development of such disorders. Transformed family structure; difficult relationships between family members; violence, alcoholism, drug addiction of parents, relatives-the main reasons for which personality disorder occurs.

Key words: *psychology, family, relationship system, dysfunctional family relationships, neuroses, personality disorder, social factors.*

Актуальность. Многие исследователи часто обращаются к проблеме влияния атмосферы семейных отношений и психотравм прошлого на личность зрелого человека. Существует всем известный факт, что семья играет главную роль в формировании личности. Связано это с тем, что основную информацию о складе общественных отношений, о себе ребенок получает от родных, а именно от отца с матерью. По мере развития ребенок приобретает навыки общения с другими людьми, осваивает просоциальную, групповую и массовую формы поведения в обществе. Соответственно, перенимая благоприятные взаимоотношения в семье, психическое развитие ребенка не будет иметь каких-либо отклонений от нормы. Особое влияние на ребёнка оказывает совокупность эмоциональных проявлений в семье: забота, любовь, поддержка и понимание оказывает положительное воздействие на формирование личности. Не менее важную роль, по данным многочисленных исследований психологов совместно с педагогами, играет и его ближайший семейный круг общения, удовлетворяющий одну из главных социологических функций - быть желанным, любимым и защищённым.

Любые изменения в семейной структуре, напряженные взаимоотношения между членами семьи, насилие, алкоголизм, наркомания родителей, родственников порой приводят к необратимым последствиям в психическом развитии личности. Различные зависимости, негативизм, нарциссизм, садизм, истерия, избегание, депрессивные состояния у взрослого человека - все это может оказаться последствиями неблагоприятной обстановки в семье. В семьях, где ребёнок с детства получает обильное внимания и заботу, вероятность развития таких недугов кажется минимальной. Но даже в данной ситуации могут формироваться нарушения психического фона, включая неврозы. Для того, чтобы избежать появления нарушений в нервно-психическом развитии детей, родители с самого начального этапа жизни ребёнка должны уделять должное внимание воспитанию и пытаться избежать факторов, способных вызвать данное отклонение [3].

Целью моего исследования является определение влияния взаимоотношений в семье на формирование расстройств личности на примере студентов 5 курса ФГБОУ ВО КГМУ, а также выявить наиболее распространенные формы расстройств личности.

Материал и методы. Чтобы достичь свою цель, был проведен опрос среди студентов 5 курса КГМУ 18-25-летнего возраста, участие приняло 38 человек. Согласно данным анкетирования 81,6% (n=31) прошедших опрос-девушки, 18,4% (n=7)-парни.

Метод исследования: анкетирование и анализ полученных данных.

Метод статистического анализа данных: статистический анализ результатов исследования проводился с учетом применения стандартного пакета программ StatisticaforWindows 6.0 («StatSoftInc.», США). Достоверность различий средних значений определяли по t-критерию Стьюдента. Различия расценивались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Для начала необходимо провести анализ данных, относящихся к отношениям в семье в детском возрасте респондентов. Исследование, которое было проведено, показало, что у 11 опрошенных были случаи применения когнитивного насилия путем игнорирования, унижения, оскорбления и шантажа в детстве. Также у 11 опрошенных отмечалось применения грубого физического насилия в детском возрасте.

4. Бывали ли случаи рукоприкладства членов семьи так, что оставались следы или травма?
38 ответов

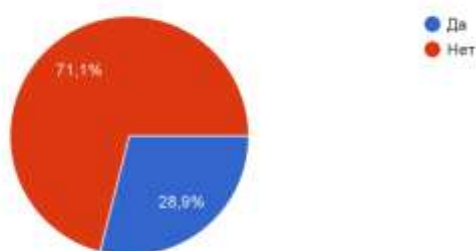


Рис.1. Вопрос 4.

Ни один из участников опроса не отметил сексуальное насилие (Рис.1).

5. Родитель или любой член семьи старше вас прибегал к непристойному поведению: трогал, ласкал вас, просил потрогать его/её ...и пытался заняться с вами любым видом секса?
38 ответов

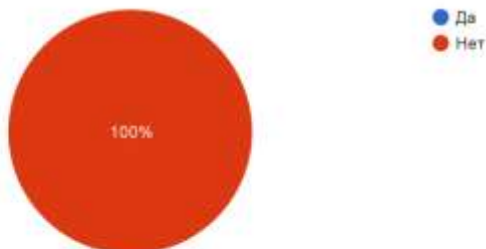


Рис.2. Вопрос 5.

Дефицит или полное отсутствие внимания были обнаружены у 10 опрошенных, при этом нехватку еды, новой одежды и игрушек отметил лишь 1 человек (Рис.2). Эмоциональное непринятие ребенка закладывает черты инертно – импульсивной акцентуации и эпилептоидного расстройства личности, ведёт к декомпенсации и формированию невротических расстройств, характеризующимися склонностью к периодическим приступам депрессивных состояний в сочетании с агрессией, накоплением внутреннего раздражения и поиском мишени, на которой получится сорвать свою злобу[2].

24 студента указали, что завидовали своим сверстникам. Также 10 респондентов отметили, что члены их семей не заботились друг о друге, не поддерживали друг друга, а 7 опрошенных обратили внимание на физическое насилие членов семьи .9 человек обратили внимание на присутствие у родителей алко- или наркозависимости,8 опрошенных- на наличие психических

заболеваний, депрессивных состояний и суицидальных наклонностей. Недопонимания и разногласия в семейных отношениях с близкими родственниками наблюдались у 6 испытуемых.

Следующая часть вопросов в анкете направлена на выявление сформировавшихся расстройств личности (Рис.3,4). Конфликтность у себя отметили 9 человек. Присутствие страха одиночества, депрессивность, пессимистичность, замкнутость, мрачность жизни указали 13 человек. Импульсивность и вспыльчивость отметили 16 студентов.

25 испытуемых указали, что им необходимо внимание и восхищение их окружения. Данное расстройство личности могло возникнуть из-за гиперпротекции, когда ребенок находился всегда в центре внимания семьи, это привело к возникновению демонстративных и гипертимных черт личности[4].

10 человек отметили склонности к мазохизму и садизму.

Затем студентам было предложено описать их конкретную проблему.

24. Имеется ли у вас какая-либо психологическая травма, связанная с вашей семьей (неблагоприятной обстановкой в семье)? Если да, то опишите конкретную ситуацию.
38 ответов

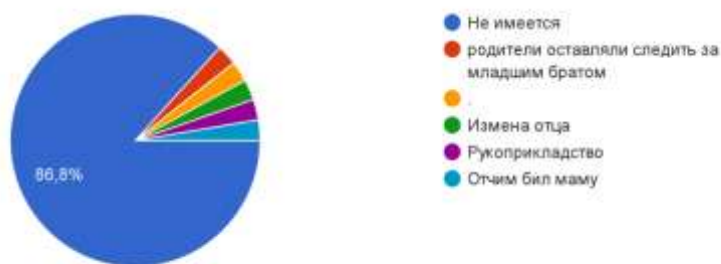


Рис.3. Вопрос 24.

25. Как эта травма отразилась на Вас? Какие изменения в своем поведении, в личностных качествах вы связываете с атмосферой в семейных отношениях?
38 ответов

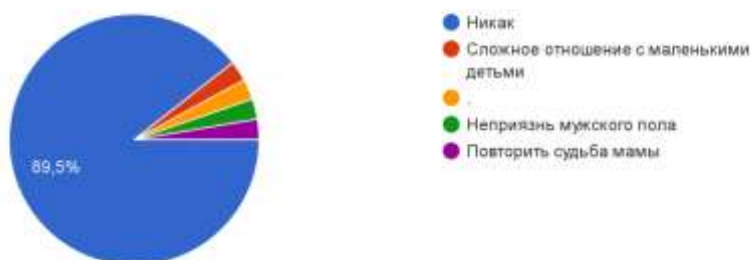


Рис.4. Вопрос 25.

Испытуемые отметили напряженные отношения с братом, физическое насилие и измену у родителей, вследствие чего сформировались такие изменения личности, как страх насилия, неприязнь противоположного пола и сложные отношения с маленькими детьми. Например, повышенная моральная

ответственность характерна для многодетных семей, где наблюдается сочетание высоких требований к ребёнку с пониженным вниманием к его потребностям. В таком случае может возникнуть тревожно – мнительные черты акцентуации личности, для которых характерны перфекционизм, идеализация любого вопроса, нерешительность и недоверчивость[1].

Выводы. Таким образом, психическое здоровье и нездоровье ребенка напрямую зависят от подхода воспитания родителей и от характера взаимоотношений в семье. Ни в коем случае нельзя допускать такие события, как ссоры и рукоприкладство в присутствии детей, акцентирование огромной значимости личных проблем и недооценивание проблем ребенка, перекладывание огромных обязанностей на маленькие плечи. Наоборот, необходимо создать все благоприятные условия для развития ребенка с устойчивой, недеформированной эмоциональной сферой. Невротические расстройства, связанные с нарушением или разрушением эмоционального фона в семье, могут возникать как у детей, так и в зрелом возрасте. Нарушение отношений лежит в основе психопатического варианта аномалии, в то время как их разрушение – в основе невротического варианта характера развития личности, что приводит к повышенной раздражительности и предрасположенности к тревожным состояниям [5]. Исследование показало, что если долгое время в детском возрасте присутствует эмоциональный стресс, вызванный дисгармонией в семейных отношениях, то могут наблюдаться зависимое, ананкастное, пассивно-агрессивное, параноидное, шизоидное, нарциссическое, тревожное и истерическое расстройства личности. В основе указанных дисбалансов может лежать нарушение системных семейных законов. В свою очередь формируются такие состояния, как нарциссизм, избегание, негативизм, импульсивность, садизм, истерия, депрессивные состояния, зависимость (от курения, игровая, от социальных сетей, а также компульсивное переедание), мазохизм, отвращение к противоположному полу или к маленьким детям. У таких людей возникают идеи суицида, проявление грубого насилия, чувство ущербности, чувство мести, зависимости и одержимости. Все это проявление асоциального поведения, которое представляет опасность, как для самого человека, так и для окружающих. В данной ситуации очень важен постоянный контроль и наблюдение за поведением человека с тем или иным видом расстройства личности.

Литература

1. Гозман, Л.Я. Социально-психологические исследования семьи: проблемы и перспективы / Л.Я. Гозман, Ю.Е. Алёшина // Психологический журнал.- 2013.- №4.- С.84-92.
2. Екатеринина, А. А. Влияние детской психической травмы на взрослую жизнь / А.А. Екатеринина // Молодой ученый. - 2020. - № 10 (300). -С. 213-215.
3. Иванова, А. А. Влияние дисфункциональных семейных отношений на возникновение невротических расстройств в контексте системной семейной

психологии / А.А. Иванова, М.М. Аксенов, А.К. Костин // Вестник ТГПУ. - 2015. - №3(156). - С. 64-67.

4. Любченко, М. Ю. Роль социальных факторов в развитии невротических расстройств / М.Ю. Любченко, В.В. Столярова // Медицина и экология. - 2016. - №2. - С. 37-44.

5. Юдина, Н. В. Влияние семейных отношений на психическое развитие детей // Психологические науки: теория и практика : материалы II Междунар. науч. конф., Москва, март 2014 г. — Т. 0. — Москва : Буки-Веди, 2014. — С. 17-18.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ДИАГНОЗОМ ОЖИРЕНИЕ**

Папикян М.С

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено проблеме клинико-психологическим результатам отечественной и зарубежной литературы. Установлено что ведущими факторами риска нарушений душевного состояния пациентов с ожирением является неудовлетворенность соматическими или морфологическими нарушениями обмена веществ в организме и низкой адаптированностью внешней психической деятельностью различным родам стресса. Проведен анализ и выявлены перспективные методы первичной профилактики нарушений психологической структуры личности у пациентов с ожирением. Разработана программа коррекции психического здоровья у больных с нарушением обмена веществ.

Ключевые слова: факторы риска развития ожирения у женщин, влияние стресса на возникновение ожирения.

**PSYCHOSOMATIC PATHOLOGIES IN PATIENTS DIAGNOSED WITH
OBESITY**

Papikyan M.S.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The study is devoted to the problem of clinical and psychological results of domestic and foreign literature. It has been established that the leading risk factors for disorders of the mental state of obese patients are dissatisfaction with somatic or morphological metabolic disorders in the body and low adaptation of external mental activity to various types of stress. The analysis was carried out and promising methods of primary prevention of violations of the psychological structure of personality in obese patients were identified. A program of mental health correction in patients with metabolic disorders has been developed.

Key words: *risk factors for the development of obesity in women, the effect of stress on the occurrence of obesity.*

Введение. Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов (Всемирная организация здравоохранения). Последние два элемента здоровья тесно связаны с понятиями красота, молодость, эстетика. Нередко их психологическое восприятие человеком и окружающими может быть негативным. В этом случае улучшение внешних данных могут корректироваться хирургическими и косметологическими методами оперативного лечения. Особенно это актуально в отношении женщин. Палитра психологических реакций представлена повышенным вниманием, тревогой не только к своему заболеванию, но и к косметическим результатам оперативных вмешательств.

Цель исследования. Разработать адекватные методы коррекции статуса питания и психологической коррекции на основе разработки эффективных методов реабилитации пациентов с нарушением психологической структуры личности.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проведены и систематизация современных научных данных зарубежной и отечественной литературы. Метод исследования—системный и сравнительный анализ.

Результаты и их обсуждение. В процессе анализа возможных вариантов психологической реакции у больных на 2022 год, Россия находится на пятом месте в мире по распространенности ожирения и избыточной массы тела, уступая США, Мексике, Венгрии и Шотландии (Рис.1).



Рис.1. Распространенность ИМ и ожирения у населения

В это время этот показатель составляет 26,5% жителей России, то есть 38 миллионов человек. При этом среди трудоспособного населения страны количество лиц, страдающих избыточной массой тела или ожирением, превышает 30% [2]. Исследуя данную проблему среди населения России выявляется, что из вышеуказанного числа больных, страдающих диагнозом ожирение, пациентов с сахарным диабетом – 5,1 млн человек (у более 4,7 млн. из них с сахарным диабетом 2 типа), 10 типов психологических паттернов [3]. Рассматривая проблему нарушения обмена веществ среди населения России необходимо обратить внимание на статистику заболеваемости по гендерному различию (Рис.2), а также по возрастному отличию, принимая во внимания снижения количества людей, занимающихся спортом (Рис.3).

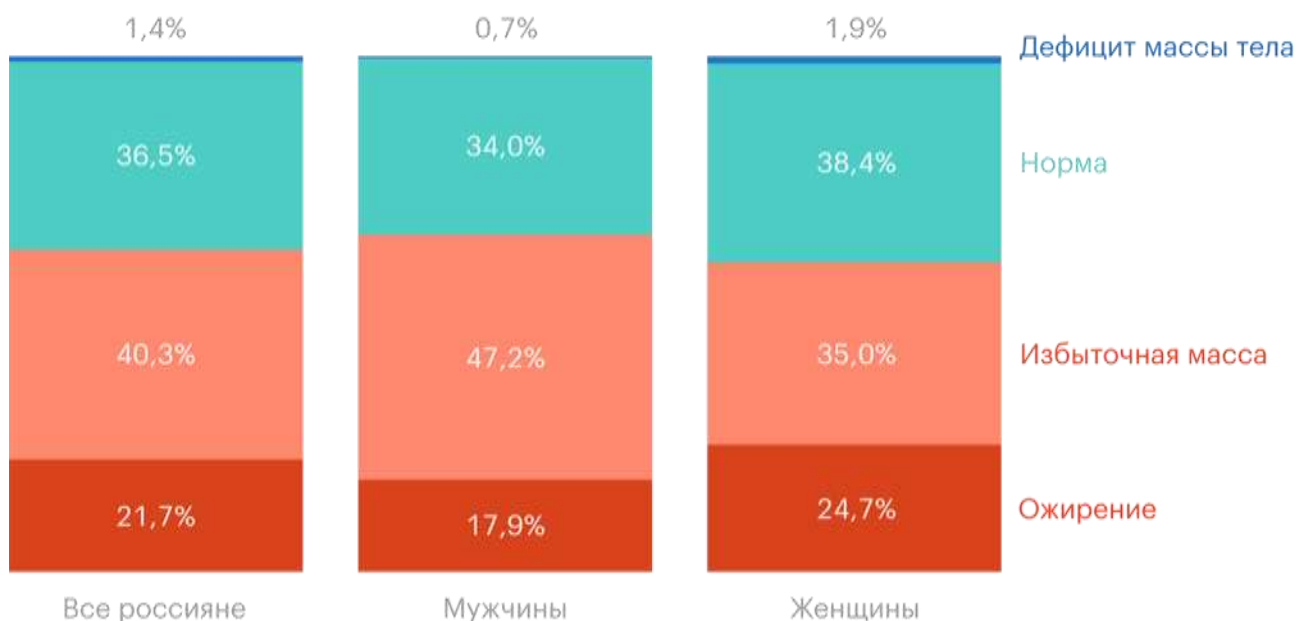


Рис.2. Статистика заболеваемости по гендерному различию

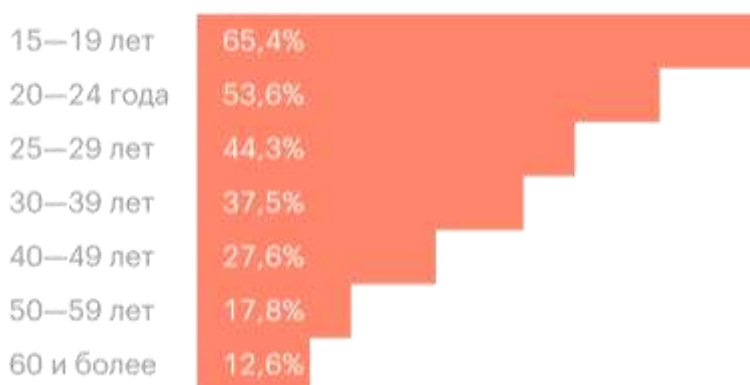


Рис.3. Возрастные отличия, принимая во внимания снижения количества людей, занимающихся спортом

Наиболее представительную группу – 118 человек (37,82%) составили пациенты с тревожно-обсессивно-фобической реакцией. Вторая группа – 89 больных (28,53%) включила в себя пациентов с эйфорической и анозогнозической реакцией. Третью группу составили 34 человека (10,9%) с

гармоничной реакцией. Позднее все диагностированные психологические паттерны по особенностям клинико-лабораторных показателей были объединены в трипсихосоматические группы: тревожно-обсессивнофобическую (56,09%), эйфорически-анозогнозическую (33,02%) и гармоничную (10,9%) [3]. Особое внимание уделено жителям Тамбовской области: здесь избыточный вес или ожирение у 70,7% взрослых. На втором месте — Тверская область: 70%. На третьем — Тульская: 69,9%. В то же время более психологически устойчивыми являются жители Тыве, Чувашии и Севастополе: соответственно 47,8%, 51,2 % и 53,5% [1,3].

Рассмотрение проблемы в данном ракурсе обуславливает необходимость дифференцированного и комплексного подхода к лечению ожирения, который включал бы не только снижение энергетической ценности рациона и расширение физической активности, но и коррекцию наблюдающихся психопатологических расстройств. К сожалению, в современной врачебной практике, этому аспекту уделяется недостаточное внимание, что затрудняет лечение ожирения.

Нами разработана программа системного лечения и коррекция статуса питания лиц с ожирением, которое предусматривает наряду с лечением основного заболевания коррекцию психологического статуса человека, позволяющую эффективно влиять на проявление характера темперамента в целом эмоциональной сферы. Немаловажным представляется положительное влияние адекватных физических нагрузок как на состояние обмена веществ энергии в организме так и на нормализацию поведенческих реакций и в целом эмоциональную сферу в связи с неудовлетворенностью собственной внешностью

Выводы. Факторами риска психогенных реакций у лиц с избыточной массой тела является неудовлетворенность внешними данными физического развития, телосложения и статуса питания, негативная реакция со стороны социума, низкий уровень физической работоспособности, явление переутомлений.

Разработанная нами программа системного лечения и коррекция статуса питания и психогенных расстройств предусматривает координированное лечение и профилактику с привлечением специалистов в области нутрициологии, психологии, психотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры.

Литература

1. Джерелей А.А. Клинико-лабораторная оценка результатов прогнозирования и коррекции типов психологических реакций на хирургическое вмешательство у стоматологических больных: Дис... канд. мед наук. – Київ., 2007. – С.34-37, 41-72, 118-119, 120-130, 161-168.
2. Издание о новых технологиях в здравоохранении [Электронный ресурс], Режим доступа: [URL: <https://zdrav.expert/index.php/>], дата обращения: 10.10.2022.

3. Статистика ожирения в России: чем опасен лишний вес здравоохранении [Электронный ресурс], Режим доступа: [URL: <https://journal.tinkoff.ru/stat-oh-my-weight/>], дата обращения: 10.10.2022.

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

Пахомов В.Н., Малхозова А.Б.

*Санаторий «Салют» ФФГБУ СКФНКЦ ФМБА России, г. Железноводск,
Ставропольского края, Россия*

**Научный руководитель: медицинский психолог, кандидат
психологических наук, доцент Н.В. Гордиенко**

Аннотация. В статье представлены индивидуально-психологические особенности семьи с ребенком с ОВЗ, как малой социальной группы в целом, и индивидуально-психологические особенности родителя такого ребенка в отдельности.

Ключевые слова: *ребенок-инвалид, дети с ограниченными возможностями здоровья, заболевание, медицинское сопровождение, организация лечения, обучения, социальная дезадаптация, статус семьи, хронический стресс.*

**INDIVIDUAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARENTS
RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES**

Pakhomov V. N., Malkhozova A. B.

*Sanatorium «Salyut» FFGBU SKFNKTS FMBA of Russia, Zheleznovodsk,
Stavropol Territory, Russia*

**Scientific adviser: medical psychologist, candidate of psychological sciences,
associate professor N.V. Gordienko**

Abstract. The article presents the individual psychological characteristics of a family with a child with disabilities, as a small social group as a whole, and the individual psychological characteristics of the parent of such a child separately.

Key words: *disabled child, children with disabilities, disease, medical support, organization of treatment, education, social exclusion, family status, chronic stress.*

Одной из индивидуально-психологических особенностей семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, является неблагоприятный психологический климат семьи. В целом, психологический климат семьи представляет собой отношение представлений партнеров об идеальной семье и их общей удовлетворенности семьей, созданной ими фактически. Это, в некотором роде, восприятие успешности созданной семьи, а также показатель качества выстроенных взаимоотношений между всеми членами семьи. С присутствием в семье ребенка с нарушениями развитиями это также показатель успешности

адаптации к ребенку с инвалидностью, а также адаптации в социуме в качестве «особой» семьи. Разумеется, не все семьи с детьми-инвалидами проблемные, не все терпят неудачи в воспитании ребенка с ОВЗ и не все находятся на грани распада, однако таких семей большинство, что позволяет нам говорить о преобладающем негативном психологическом климате в семьях, воспитывающих ребенка с нарушениями.

Неудовлетворенность браком является логически происходящим из предыдущей особенности пунктом. Супруги в данном контексте выступают как романтическая пара, мечтавшая жить «долго и счастливо» и иметь прекрасных детей. Когда у них рождается ребенок с ОВЗ, это шокирует супругов, разрушает их мечты о здоровом полноценном ребенке, ведь плод их любви с дефектом. На фоне этих событий супруги испытывают недостаток эмоциональной поддержки, ввиду чего начинается охлаждение чувств, дистанцирование от проблемы и друг от друга, в итоге супруги теряют ощущение «совместности» и партнерства, брак лишается своего основного предназначения.

Особенностью родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ, также является стиль семейного воспитания. Выбор стиля воспитания зависит от таких факторов, как: социальное положение, уровень материальной обеспеченности, структура семьи, национальные традиции и устои, мировоззрение родителей, религия и так далее. В семье с ребенком-инвалидом зачастую наблюдается гиперопека в качестве преобладающего стиля воспитания. Поскольку родители испытывают к ребенку любовь-жалость в связи с его нарушениями, появляется «культ болезни» ребенка, они стараются избавить его от всех остальных трудностей, горечей и невзгод на жизненном пути, тем самым лишая его возможности стать самостоятельным. Болезнь ребенка становится центром жизни семьи, на ней фиксировано внимание всех ее членов. Ребенок привыкает к мысли, что болезнь дает ему многие права, из-за нее все должны идти навстречу всем его желаниям, от всех неприятностей ограждать, от вполне посильных обязанностей освобождать, проступки прощать и позволять то, что не дозволено другим. Такое воспитание культивирует эгоцентризм, рентные установки, завышенные притязания. При столкновении с трудностями в жизни наиболее универсальной становится истерическая реакция с уходом в болезнь с ипохондризацией [4, с. 15].

Среди иных особенностей семьи с ребенком-инвалидом можно выделить нарушенную идентичность и нестабильность семьи. Идентичность семьи — это в своем роде «личность» семьи, её эмоциональное и когнитивное «Мы». В это понятие входят цели и мечты семьи, её ценности, порядки, убеждения, предпочтения, социальное окружение и т.д. Семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, зачастую не выдерживает гармоничной традиционной структуры — это не родители и ребенок, а мать с больным дитя и вечно отсутствующий отец. Подобная разобщенность влияет не в последнюю очередь на процесс принятия решений, от которого отца «отстраняют» как недостаточно осведомленного в

проблемах и нуждах ребенка, тем самым лишая его ощущения «нужности» и причастности к семейным делам.

Сплоченность и гибкость семейной системы также достаточно показательное свойство семьи. Это уровень взаимопонимания семьи, умение действовать как единый организм, такой семейный гомеостаз. Именно это свойство помогает семьям справляться с трудностями сообща, подстраиваться под меняющиеся не всегда в положительную сторону обстоятельства, поддерживать друг друга в тяжелые времена. К сожалению, в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, чаще можно наблюдать разлад в отношениях между членами семьи, разрозненность, как будто каждый «сам по себе».

Важны, безусловно, и психологические особенности самих родителей. По итогам исследования Р.И. Хайрудиновой сделаны выводы о низком уровне адаптационного потенциала личности родителей детей с ОВЗ [6, с.89]. Это следствие острых негативных переживаний, связанных с рождением ребёнка-инвалида. Неопределённость ситуации и будущего провоцирует нарастание уровня тревожности у членов семьи, что приводит к блокированию адаптационных возможностей каждого её члена и в дальнейшем может приводить к развитию невротических расстройств [7, с.53]. Более того, длительно подавляемое раздражение родителей выливается в едкие и обидные упреки, утомительные истерики, беспричинные скандалы, апатию или занятия околонаучными и сомнительными практиками, религиозными направлениями разной степени вовлеченности. Подобные реакции преимущественно характерны для матерей.

Согласно исследованию Ковалёвой О.А., женщинам наиболее свойственно эмоциональное вовлечение в проблемы своего окружения, в том числе своих детей, чем мужчинам, что также существенно отражается на их собственном психологическом состоянии [3]. В связи с этим, матери детей с ограниченными возможностями здоровья более уязвимы, чем отцы. Поскольку большинство из них вынужденно покидают место работы для ухода за ребенком, перестают уделять время своему личностному и профессиональному росту, они достаточно быстро оказываются в социальной изоляции, происходит пересмотр прежних жизненных ценностей, отказ от собственных перспектив ради жизнеобеспечения ребенка. Это соответствует результатам исследования Гунченковой Е.А. и Кораблиной Е.П., в котором было обнаружено, что ценности, названные А. Маслоу ценностями «самоактуализирующейся личности» (ценности «познание», «развитие», «мудрость»), оказываются на периферии структуры ценностных ориентаций женщин, находящихся в трудных жизненных ситуациях, в то время как для женщин, живущих вне трудной жизненной ситуации, они имеют особую значимость, располагаясь в структуре сразу после доминирующих ценностей [2, с.62].

В зависимости от преобладающего типа совладающего поведения, индивидуально-психологические особенности личности с реактивным, активным, проактивным типом совладающего поведения можно соотнести с

три уровнями мотивации по В. Ф. Чижу: «реактивные» зависят от своих потребностей, ими движут «мотивы непосредственного удовольствия и избежания непосредственного страдания»; «активные» ориентированы на материальные ценности и личный успех, ими движут «мотивы пользы утилитаристов»; «проактивные» ориентированы на общечеловеческие ценности, ими движут «мотивы долга» [1, с.156]. Большая часть родителей детей с ОВЗ используют реактивное совладание как доминирующий тип совладающего поведения, постоянно находясь в режиме «тушения пожаров».

Согласно исследованиям Ткачевой В.В., существует три основных типа родителей, воспитывающих детей с нарушениями: родители авторитарного типа; родители невротичного типа; родители психосоматического типа.

Родитель авторитарного типа это всегда оптимистически настроенный, активный и бойкий человек, идущий напролом. Ему некогда унывать из-за того, что его ребенок родился с нарушениями – он вытеснит негативные переживания, и обязательно будет бороться за счастливое будущее во что бы то ни стало. Такой родитель найдет всё самое лучшее для своего дитя – врачей, целителей, педагогов, и будет требовать от них самого лучшего – лечения, исцеления, обучения. Для родителя авторитарного типа не бывает преград и тупиков, для него есть только расходы и адрес для направления жалоб. Ему также не нужны советы и рекомендации: он сам в состоянии разобраться в проблеме своего ребенка. Авторитарный родитель организует родительские коллективы, ассоциации, общества, устанавливает связи с «друзьями по несчастью». Подобная целеустремленность и упорство, конечно же, дает плоды и во многом способствует лечению и адаптации ребенка. Однако, сметая всё на своем пути, такой родитель слишком импульсивен, слишком резок и вспыльчив, у него достаточно жесткая политика по отношению к ребенку-инвалиду, которую последний с трудом воспринимает и переживает. Если ребенку не удастся достигнуть поставленных ему (зачастую неадекватных) целей, он может быть воспринят как ленивый, не старающийся и неблагодарный, что повлечет родительский гнев и отдаление. Некоторые из категории таких родителей вообще отказываются признавать за ребенком «особенности», не приемлют никаких вариаций на тему «нарушения в развитии» и считают, что к их ребенку необоснованно придираются, ставят завышенные требования. Они чрезмерно опекают своих чад и не могут объективно оценить перспективы их развития.

Так или иначе, отличительная черта такого родителя – принятие решения исключительно на основании собственных установок и убеждений.

Родитель невротического типа — это безынициативный человек, пустивший свою загубленную рождением ребенка с ОВЗ жизнь на самотёк. Он не воспринимает заболевание ребенка как проблему, не стремится к её разрешению, в той или иной степени. И не особенно хочет во всём этом участвовать. Неизлечимая форма заболевания ребенка для такого родителя настоящий «джекпот», поскольку тогда можно сложить руки и совершенно не прикладывать усилия к выздоровлению ребенка. Свою пассивность родитель

невротического типа оправдывает отсутствием четких указаний от специалистов, как и что и сколько нужно делать с ребенком-инвалидом. Такой родитель зачастую несостоятелен, непоследователен и никогда не признает собственной вины. Недостатки и неадаптивное поведение ребенка, ставшее следствием такого воспитания, по мнению родителя невротического типа, - это влияние болезни. «Ничего нельзя сделать!» - вот девиз такого родителя. Он по возможности ограждает своё чадо от всех маленьких проблемок, какие последний мог бы решить. Таким образом, сделав ребенка беспомощным, невротичный родитель впоследствии сможет сокрушаться об этом. Родитель невротического типа тревожен, депрессивен и истеричен, настроен на избегание проблем. Этот букет он и передает своему ребенку с ОВЗ.

Родитель психосоматического типа — это самый распространенный родитель смешенного из двух вышеперечисленных типа. Они не такие агрессивно-скандальные, как родители авторитарного типа, даже напротив, склонны к нормативности: корректному и вежливому отношению, однако достаточно целеустремленные и напористые в подборе оптимальных условий для лечения или обучения ребенка. У родителя психосоматического типа лабильное настроение: они не фиксированы на сугубо позитивном или негативном настрое. В отличие от двух вышеназванных типов, этот родитель не будет делиться своими переживаниями со всем миром и экстравертированно проявлять их вовне. Отличительная черта такого родителя — это установка «переживать внутри». Следствием этого являются заболевания, возникающие на психосоматической основе. Вкупе такая позиция приобретает очертания «положить собственное здоровье на алтарь жизни ради благополучия ребенка». Некоторым представителям этого типа, однако, удастся сохранить свое здоровье, при этом, будучи полезным своему ребенку.

Таким образом, мы отметили наиболее общие и распространенные типажии родителей детей с ОВЗ, согласно типологии Ткачевой В.В. [5, с.110]. Не стоит забывать, что помимо этих особенностей, на родителей детей-инвалидов влияют ещё множество обстоятельств, условий времени и места, воспитания, социокультурных, религиозных и мировоззренческих аспектов.

Итак, индивидуально-психологическими особенностями родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, являются подавленность, разобщенность, неконтактность, гиперопека по отношению к ребенку со стороны матери и холодность со стороны отца, пассивность, трудности в принятии решений, рентные установки, низкий уровень рефлексивности и мотивации достижения цели, высокий уровень тревожности.

Литература

1. Воищева Н.М. Индивидуально-психологические особенности реактивного, активного и проактивного совладающего поведения в профессиональной деятельности экологов / Воищева Н.М., Никифоров Г.С.,

- Старченкова Е.С., Слабинский В.Ю. // Ученые записки университета Лесгафта. - 2018. - №2 - С. 156.
2. Гунченкова Е.А. Ценностные ориентации женщин в контексте преодоления трудных жизненных ситуаций / Гунченкова Е.А., Кораблина Е.П. // Психопедагогика в правоохранительных органах. - 2015. - №3. - С.62.
3. Ковалёва О.А. Совладание руководителей со стрессом на рабочем месте // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. - 2013. - №4. – С.149-152.
4. Психологические особенности матерей детей дошкольного возраста с церебральным параличом: автореф. Диссертация кандидата психолог. Наук 19.00.04/ В.С. Тихомирова. – Санкт-Петербург, 2013 – 21с.
5. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование: учебно-методическое пособие.- М.: ООО «Национальный книжный центр, 2014.- 152 с.
6. Хайрудинова Р.И. Личностные особенности и адаптивные ресурсы родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реализации инклюзивного образования Педагогическое образование в России. - 2017. - № 8. - С.89.
7. Хорошева Е.В. Сравнительное исследование семей, имеющих ребёнка с нормативным и нарушенным развитием // Психологическая наука и образование. - 2010. - № 5. - С. 52–59.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ
КОМОРБИДНОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ**

Пионтковская Д.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель – д.м.н., зав.кафедрой психиатрии и
психосоматики, доцент Пастух И.А.**

Аннотация. В последние десятилетия актуальной является проблема коморбидности тревожно-фобических (ТФР) и аффективных расстройств. В научных работах анализируются клинико-психологические, диагностические и прогностические аспекты коморбидности данных расстройств. Данная статья посвящена теоретико-методологическому анализу проблемы коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств. Исследование данных состояний является актуальной проблемой для дальнейшего формирования диагностического, прогностического аспектов и психотерапевтического вмешательства.

Ключевые слова: коморбидность, тревожно-фобическое расстройство, аффективное расстройство.

**THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE
PROBLEM OF COMORBIDITY OF ANXIETY-PHOBIC AND AFFECTIVE
DISORDERS**

Piontkovskaya D.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: MD, Head of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, Associate Professor Pastukh I.A.**

Abstract. In recent decades, the problem of comorbidity of phobic anxiety (PAD) and affective disorders has become topical. Scientific papers analyze the clinical, psychological, diagnostic and prognostic aspects of the comorbidity of these disorders. This article is devoted to the theoretical and methodological analysis of the problem of comorbidity of anxiety-phobic and affective disorders. The study of these conditions is an urgent problem for the further development of diagnostic, prognostic aspects and psychotherapeutic intervention.

Key words: comorbidity, phobic anxiety disorder, affective disorder.

Актуальность. В 2019 г. у каждого восьмого человека на планете было выявлено психическое расстройство, т.е. в общей сложности 970 миллионов человек. Тревожные и депрессивные расстройства являются лидерами среди них. В 2020 г. на фоне пандемии COVID-19 число людей, страдающих данными расстройствами, значительно выросло. В 2020 г. тревожными расстройствами страдало 301 млн человек, депрессией страдало 280 млн человек [12].

Тревожные расстройства проявляется чувством сильного страха, беспокойства и связанными с этим нарушениями поведения, а именно: отсутствие физического и эмоционального спокойствия; нарушение сна; избегание пугающей ситуации и т.д. Симптомы носят серьезный характер и приводят к дистрессу или функциональным нарушениям в виде социально-психологических (низкая самооценка, бессонница, когнитивное снижение и общее чувство истощения, безнадёжность и т.д.) и физических (проблемы со сном, потеря веса, нарушение функционирования органов и т.д.) нарушений [3,6,8].

Аффективные расстройства, в виде депрессивного эпизода, характеризуются ухудшением настроения вне зависимости от ситуации, потерей интереса к любым видам деятельности (работа, хобби, домашние дела), а также снижением активности (утомляемость). Дополнительными симптомами выступают нарушения сна, низкая самооценка, снижение концентрации, патологическое чувство вины, мысли о смерти или самоубийстве, отсутствие веры в будущее, нарушения аппетита, вследствие чего и массы тела, ощущение сильнейшей усталости или упадка сил [8].

В настоящее время в психиатрии актуальными остаются вопросы связанные с коморбидностью тревожно-фобических (ТФР) и аффективных расстройств. В связи с тем, что данные больные обращаются к врачам общей практики, в виду выраженных соматических симптомов тревоги, они не получают комплексного для имеющейся нозологии лечения. Специфичный патогенез коморбидности данных расстройств в настоящее время еще недостаточно изучен и продолжает изучаться множествами авторов. Таким образом, является необходимым проведения теоретико-методологического анализа проблемы созаболеваемости тревожно-фобических и аффективных расстройств.

Целью исследования является проведение теоретико-методологического анализа коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств, представленных в современной литературе.

Объектом исследования являются, взгляды научных деятелей и авторов на проблему коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств.

Для достижения цели и решения поставленных задач исследования, были использованы генетический и библиографический методы.

Глубина исторического поиска: период с 1972 года по 2022 год. Были рассмотрены отечественные и зарубежные исследования по данной теме.

Лечение больных, у которых было диагностировано более одного заболевания, наблюдалось еще до появления термина «коморбидность». В начале прошлого века такими учеными как С.С Корсаков [4], В.П. Сербский [9] и другими было отмечено, что физиологические особенности больного всегда влияют на течение болезни, что в следствии приводит к появлению более сложных и атипичных вариантов психических расстройств.

В 1970-м году эпидемиолог А.Р. Feinstein ввел понятие «коморбидность» [11]. Данный термин включает представление о наличии «любой дополнительной клинического проявления, отличающейся от исследуемого заболевания, которая уже существует или только может появиться». В психиатрии и психологии это понятие начали использовать только в 80-90-е года [1].

Следующий этап развития исследований смешанных ТФР и аффективных расстройств можно соотнести с появлением международных клинических классификаций (МКБ-10, DSM-IV). Вводится шифр F41.2 - Смешанное тревожное и депрессивное расстройство [5].

А.Б. Смудевич, в рамках дифференциальной диагностики атипичных депрессий, включает тревожную депрессию в атипичные депрессии, т.к. первая формируется путем заострения одной из обязательных составляющих аффективного расстройства [10].

В настоящее время происходит увеличение исследований проблемы коморбидности ТФР и аффективных расстройств.

По данным ряда исследований Suppes T. и Leverich G.S. 46,8% составляет вероятность выявленных ТФР у пациентов с аффективным расстройством. Тревожные расстройства распределены в соответствии по частоте проявления таким образом: панические расстройства, социофобия и другие фобии, генерализованное тревожное расстройство, ПТСР, обсессивно-компульсивное расстройство [13].

В своих работах Горбунова А.А. и Колюцкая Е.В. выделяют два типа коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств. При 1-ом типе расстройства рассматриваются в рамках единого симптомокомплекса. При 2-ом типе, регулярно повторяющиеся приступы тревоги, регистрируются в структуре аффективных фаз [2].

В последние годы ведется работа по исследованию и подбору медикаментозного и психотерапевтического лечения смешанных тревожно-фобических и аффективных состояний.

На основании проведенного теоретико-методологического исследования можно сделать вывод о том, что проблема коморбидности тревожно-фобических и аффективных расстройств на сегодняшний день является актуальной. Исследования в этой области все больше расширяют знания в этой сфере и раскрывают важные новые феномены, какие как: клинико-диагностические, психотерапевтические, прогностические и т.д. Это связано с высокой распространенностью заболевания и трудностями подбора лечения.

Литература

1. Гиленко Мария Владимировна, Вандыш-Бубко Василий Васильевич Коморбидность психических расстройств: история развития взглядов на проблему, определение, классификации (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komorbidnost-psihicheskikh-rasstroystv-istoriya-razvitiya-vzglyadov-na-problemu-opredelenie-klassifikatsii-analiticheskiy-obzor> (дата обращения: 31.10.2022).
2. Горбунова А.А., Колюцкая Е.В. Паническое расстройство и аффективная патология (аспекты коморбидности). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(10):9- 13.
3. Караваева Т. А. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств / Т. А. Караваева, А. П. Коцюбинский. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2017. – 286 с.
4. Корсаков С.С. Курс психиатрии. 2-е изд. – М., 1901. – Т. II. –С. 834–884.
5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс], Режим доступа: [URL: <https://mkb10.su/>], дата обращения 10.10.2022.
6. Молчанова Е.А. Психоаналитическая психотерапия в лечении тревожных и панических расстройств // Наука сегодня: проблемы и пути решения. Материалы международной научно-практической конференции: в 2 частях. – Вологда: Диспут, 2016. – Ч. 2. – С. 83–84
7. Погосова И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами / И.А. Погосова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2012. - №4. - С. 74-79.
8. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю. А. Алексадровского, Н. Г. Незнанова. – 2-у изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.
9. Сербский В.П. Психиатрия. 2-е изд. – М., 1912. – 628 с.
10. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2001.
11. Feinsten A.R. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease // J. Chronic Dis. – 1970. – Vol. 23. –P. 455–468.
12. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (по состоянию на 14 мая 2022 г.).
13. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E., et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // Journal of Affective Disorders. 2001 Vol. 67 P. 45—59. doi:10.1016/S0165-0327(01)00432-3.

**ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ
ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Подвигина А.П., Федорова С.Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии Хахугадзе Н.М.К.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей временной перспективы с использованием методики Ф. Зимбардо у слабослышающих детей старшего подросткового возраста и у их нормотипичных сверстников. Были выявлены статистически значимые различия по временной перспективе гедонистического настоящего и позитивного прошлого.

Ключевые слова: *временная перспектива, подростковый возраст, нарушение слуха.*

**PECULIARITIES OF THE TIME PERSPECTIVE OF HEARING-HARD
CHILDREN OF OLD ADOLESCENTS**

Podvignina A.P., Fedorova S.Y.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: assistant of the Department of Health Psychology and
Neuropsychology Khakhutadze N.M.K.**

Abstract. The article presents the results of a study of the features of the time perspective using the method of F. Zimbardo in hearing-impaired children of older adolescence and in their normotypical peers. Statistically significant differences were found in the time perspective of the hedonic present and the positive past.

Key words. *Time perspective, adolescence, hearing loss.*

Введение. В процессе обучения в старших классах подростки сталкиваются с необходимостью планирования своего будущего, в том числе и профессионального. Успешность самореализации во многом зависит от сформированной психологической готовности к самостоятельной жизни (ПГСЖ). Критериями ПГСЖ по мнению М.А.Егоровой выступают временная перспектива, профессиональная ориентация, самооценка, саморегуляция, социальный интеллект[5]. В своих работах Ф.Зимбардо и Дж.Бойд подчеркивали, что временная перспектива не просто отношение личности ко

времени, но и процесс объединения всего ее опыта во временные категории, помогающие согласовать и структурировать события жизни [4]. Ими были выделены основные варианты временных ориентаций [4]:

-Фокус на прошлое: негативное прошлое/ позитивное прошлое;

-Фокус на настоящее: гедонистическое настоящее/ фаталистическое настоящее;

-Фокус на будущее.

Отдельно стоит отметить, что формирование и развитие временной перспективы в подростковом возрасте преимущественно изучается у нормотипичных детей (3766 публикаций в период с 2012 по 2020 гг. по данным eLibrary). При этом доля работ раскрывающих особенности временной перспективы у детей с сенсорными нарушениями, в частности с нарушением слуха, ничтожно мала (7 публикаций за сходный временной период по данным eLibrary) [1,2,3,7].

В настоящем исследовании ставилась задача выявить специфику временной перспективы слабослышащих детей старшего подросткового возраста.

Методы. В исследовании приняло участие 37 детей (22 девочек, 15 мальчиков) в возрасте 15-17 лет. Экспериментальную группу составили 16 детей (среди них 9 девочек и 7 мальчиков) с диагнозом «Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя» (Код МКБ-10 - Н90.3), являющиеся учащимися ОКОУ «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья». В контрольную группу вошел 21 ребенок (13 девочек и 8 мальчиков).

Оценка временной перспективы проводилась при помощи методики Ф.Зимбардо «Опросник временной перспективы» (Zimbardo Time Perspective Inventory, сокр. ZTPI) в адаптации А.Сырцевой, Е.Соколовой, О.Митиной [8]. Статистическая оценка полученных результатов проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. По результатам проведенного исследования было установлено следующее (см.таблицу 1).

Таблица 1.Значимость различий показателей временной перспективы у слабослышащих детей старшего подросткового возраста и нормотипичных сверстников

Временная ориентация	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Негативное прошлое	mean=30.769 stdv=6.154	mean=29.810 stdv=8.261
<i>p-level</i>	0.859 – статистически значимых различий нет	
Гедонистическое настоящее	mean=45.385 stdv=10.448	mean=55.952 stdv=7.319
<i>p-level</i>	0.006 - обнаружены статистически значимые различия	

Таблица 1. Продолжение.

Значимость различий показателей временной перспективы у слабослышащих детей старшего подросткового возраста и нормотипичных сверстников

Временная ориентация	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Будущее	mean=43.154 stdv=6.036	mean=45.333 stdv=5.874
<i>p-level</i>	0.630 - статистически значимых различий нет	
Позитивное прошлое	mean=29.692 stdv=4.778	mean=35.000 stdv=5.699
<i>p-level</i>	0.012 - обнаружены статистически значимые различия	
Фаталистическое настоящее	mean=25.385 stdv=6.171	mean=25.762 stdv=6.838
<i>p-level</i>	0.763 - статистически значимых различий нет	

Представленные в таблице данные позволяют утверждать, что существуют статистически значимые различия по выраженности двух временных перспектив у экспериментальной и контрольной групп: «гедонистическое настоящее» ($p\text{-level}=0.006$) и «позитивное прошлое» ($p\text{-level}=0.012$). По остальным временным ориентациям: негативное прошлое, будущее и фаталистическое настоящее статистически значимых различий обнаружено не было.

При оценке направленности временной перспективы на гедонистическое настоящее было установлено, что средние значения в контрольной группе выше ($\text{mean}=55.952$), что можно интерпретировать как большую направленность на удовольствие «здесь и сейчас», беззаботное отношение к будущим последствиям своего поведения.

В то же время подростки с нормативным развитием в большей степени склонны к принятию собственного прошлого и отличаются отношением к нему как к позитивному, приносящему пользу ($\text{mean}=35.000$). Среднее в экспериментальной группе существенно ниже ($\text{mean}=29.692$). Подростки с нарушением слуха отличаются менее теплым и сентиментальным отношением к своему прошлому опыту, что может являться следствием негативных переживаний в более раннем возрасте, связанных с конфликтными ситуациями в ближайшем социуме (одноклассники, родственники) или отрицательным опытом медицинских обследований[3].

Выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что слабослышащие дети старшего подросткового возраста не имеют значимых отличий от своих нормотипичных сверстников в отношении будущего, однако отличаются в своем отношении к настоящему и прошлому. Характерной особенностью подростков с нарушением слуха является менее выраженная ориентация на гедонистическое настоящее. Они склонны в большей степени задумываться о последствиях собственного поведения, в связи с трудностями функционирования в системе межличностных отношений: им сложнее

оценивать вербальные и невербальные средства общения, прогнозировать поведение собеседника. Кроме того подростки с нарушением слуха склонны в меньшей степени оценивать свой прошлый опыт как позитивный и способствующий дальнейшему развитию и самореализации.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности взаимосвязи нейропсихологических параметров схемы тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации // В сборнике материалов 85-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 85-летию КГМУ. Курск, 2020. С. 216-218.
2. Болгова А.А., Блинова К.В. Особенности субъективной оценки времени при смешанном профиле латеральной организации у младших школьников / В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. 2019. С. 136-137.
3. Болгова А.А., Блинова К.В., Болгов А.А. Особенности временной перцепции у школьников: онтогенетический аспект / В сборнике: Семья и дети в современном мире. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. Под общей и научной редакцией В.Л. Ситникова. 2019. С. 146-150.
4. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
5. Кацера А.А., Киселева Д.Е. Формирование психологической готовности к самостоятельной жизни - условие социализации старшеклассников с нарушением слуха / А.А. Кацера, Д.Е. Киселева // Личностные и ситуационные детерминанты поведения и деятельности человека. – 2020. – С.74 - 80.
6. Кобзева О.В. Временная перспектива подростков с сенсорными нарушениями / О.В. Кобзева // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. - № 11(189). – С.628 – 632.
7. Суркова А.А., Блинова К.В., Запесоцкая И.В. Особенности временной перцепции у детей с различными особенностями межполушарного взаимодействия / В книге: Культурно-исторический подход в современной психологии развития: достижения, проблемы, перспективы. Сборник тезисов участников шестой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития, посвященной 80-летию со дня рождения профессора Л.Ф. Обухова. 2018. С. 233-238.
8. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф.Зимбардо / А.сырцова, Е.Т. Соколова, О.В. Митина // Психологический журнал. – 2008. - №3. – С.101 – 109.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ
УБОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Полторак С.М., Шнитенков М.Д.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры общей и военной гигиены,
к.мед.н. доцент В.А. Майдан**

Аннотация. Исследование посвящено разработке мер первичной профилактики нарушений психического здоровья пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, на основе физиолого-гигиенической оценки факторов риска нарушений эмоциональной сферы. Анализ современной научной литературы позволил структурировать этапы, патогенетические звенья и направления формирования психогенных расстройств. Детализированы особенности тревожно-депрессивного, апатичного и астенического синдромов, а также явления агрессии по отношению к родственникам и медперсоналу. Обращено внимание на факторы эндогенные и экзогенные факторы риска психогенных расстройств, таких как условная самоизоляция до госпитализации, предоперационный период, отсутствие эффекта у пациентов, инвалидизация, нездоровый лишённый привлекательности внешний вид. Указано на положительную роль факта госпитализации и выписки в домашние условия, повышенной медико-информационной активности. Предлагается система мер профилактики, предусматривающая гигиеническое воспитание, разработку методических рекомендаций для онкологических больных и членов их семей. Систематизирован перечень наиболее часто применяемых методик психологии и психотерапии.

Ключевые слова: *психические расстройств, психология пациентов, онкологические заболевания, психопрофилактика, психотерапия.*

**FEATURES OF PSYCHOHYGIENA AND PSYCHOPROPHYLAXIS OF
PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES**

Poltorak S.M., Shnitenkov M.D.

*Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education
"Military Medical Academy named after S. M. Kirov" of the Ministry of Defense of
the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation*

**Scientific adviser: Associate Professor of the Department of General and
Military Hygiene, Ph.D. Associate Professor V.A. Maidan**

Abstract. The study is devoted to the development of measures for the primary prevention of mental health disorders of patients suffering from cancer, based on the physiological and hygienic assessment of risk factors for emotional disorders. The analysis of modern scientific literature has made it possible to structure the stages, pathogenetic links and directions of the formation of psychogenic disorders. The features of anxiety-depressive, apathetic and asthenic syndromes, as well as the phenomena of aggression towards relatives and medical staff are detailed. Attention is drawn to endogenous and exogenous risk factors for psychogenic disorders, such as conditional self-isolation before hospitalization, preoperative period, lack of patient's effect, disability, unhealthy unattractive appearance. The positive role of the fact of hospitalization and discharge to home conditions, increased medical information activity is indicated. A system of preventive measures is proposed, which provides for hygienic education, the development of guidelines for cancer patients and their family members. A list of the most commonly used methods of psychology and psychotherapy has been systematized.

Key words: *mental disorders, psychology of patients, oncological diseases, psychoprophylaxis, psychotherapy.*

Введение. Психические нарушения типичны для тяжелых форм соматических заболеваний. Однако, новообразования приводят к наиболее выраженным нарушениям душевного благополучия. Это связано с осознанием риска летального исхода или информацией о неизбежно негативной динамике заболевания, что порождает чувство обречённости. Поэтому у 20-25% пациентов с новообразованиями диагностируется нарушения эмоциональной сферы и иные психические расстройства [2]. Ассоциации с мучительными болями, постоянным страхом рецидивов, неприятными процедурами провоцируют негативный эмоциональный фон.

Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с неблагоприятным влиянием онкологических заболеваний на клиничко-психологические аспекты пациентов, включая отрицательный эмоциональный фон, изменение психологической структуры личности, и заключается в необходимости разработки мер первичной профилактики психических заболеваний, а также пограничных состояний, связанных с нарушением внешней психической деятельности.

Цель. Разработка мер первичной профилактики нарушений психического здоровья пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, на основе анализа факторов риска и патогенеза.

Материалы и методы исследования. Проведена систематизация и анализ данных по проблеме «Нарушения психического здоровья онкологических больных». Методы исследования – системный, сравнительный анализ, метод аналогий.

Результаты и их обсуждение. Онкозаболевания влияют на психику по двум направлениям. Первое связано с непосредственным влиянием патогенетических звеньев (болевого синдром, интенсификация катаболических процессов, нарушения иммунной системы) новообразования на структуры

мозга, что истощает центральную нервную систему, вызывает астению и раздражительность. Второе направление связано с необходимостью человека думать о своей болезни — это субъективное восприятие онкологии самим пациентом, что влияет на ментальный статус человека за счёт собственно факта осознания диагноза и прогноза.

Депрессия встречается в среднем у 17% больных, однако диапазон колебаний цифр достаточно велик, что зависит от вида онкологии, болевых проявлений, общего психического настроения и социального статуса заболевшего. Так, распространенность депрессии у пациентов с карциномой легких — 3%, с опухолями органов пищеварительного тракта — у 31%. В течение первого года после установления диагноза депрессия была у 9%, после первого года — у 8%. По данным исследователей, суицидальные мысли беспокоят от 10 до 20% онкологических больных [3,4].

На всех этапах лечения у больных наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся по клиническим проявлениям и степени выраженности. Математико-статистический анализ ведущих синдромов, характеризующих негативную динамику внешней психической деятельности, показал высокую значимость таких проявлений, как тревожность, страх, меланхоличное настроение (с проявлениями таких чувств, как тоска), астения (повышенной утомляемостью, эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, плаксивость), ипохондрия, апатия, дисфория (злобно-раздражительное настроение, невыдержанность поведения, агрессивность).

Установлено, что наиболее выраженные психогенные реакции обнаруживаются на начальном, диагностическом этапе, при котором больному необходимо максимальное участие близких. Данный этап характеризуется тревожно-депрессивным синдромом, который проявляется сильнейшим беспокойством, тревожностью, ощущением безнадежности существования, мыслями о скорой смерти.

Пациенты с апатическим и астеническим синдромами отличаются следующими симптомами: «вялость», «заторможенность», «безучастность», утрата интереса к своей судьбе.

При поступлении онкобольных в клинические заведения степень повышенной психической тревожности снижается. Окружение высококвалифицированных медицинских сотрудников и вспомогательного персонала клиник «вселяют» пациенту уверенность в выздоровлении. Запускается так называемая система психологической защиты. Однако, очень важно поддерживать такие установки больных различными психотерапевтическими методами, чтобы стабильность психического состояния не перешла в злобу и агрессию по отношению к родственникам и лечащего врача. В большинстве случаев в общении с онкобольными необходимо проявлять терпение и сдержанность, максимально спокойно реагировать на их провокации.

В предоперационный (предлечебный) этап интенсивность психогенных расстройств снова нарастает. Некоторых больных пугают мысли о предстоящей

операции, они начинают сомневаться в эффективности оперативного лечения, появляются мысли отказаться от него. Пациенты начинают сами искать консервативные методы терапии, считают, что специалистами было сделано недостаточно.

После операции отрицательные эмоции частично нивелируются в связи с определённой надеждой на выздоровление или продление жизни. Однако родные могут столкнуться с послеоперационным «суперспокойствием» больного, когда тот повторяет, что безразличен к исходу оперативного лечения. Это может быть связано с физическим истощением организма, которое как следствие истощает и нервную систему онкобольного.

На этапе выписки из клиники онкобольные также подвержены неустойчивому психоэмоциональному состоянию. Головокружительная иллюзия о возвращении домой к родным и близким, но при этом страх и неуверенность в будущем, переживания, связанные с возвращением на работу, принятии их коллегами и знакомыми, беспокойство о неполном выздоровлении и отсутствии радикальных средств лечения.

Постановка на учет в онкологический диспансер влияет неблагоприятно ввиду частого общения с больными с более тяжёлыми формами онкологии, а также в связи с прогнозами повторных курсов терапии, особенно если это преподносится персоналом в этически некорректной форме. Некоторые больные могут лишиться себя регистрации в онкодиспансере, дабы избежать, и искусственно попытаться забыть свою болезнь, все негативные эмоции, которые были связаны с заболеванием. Не редкость, когда человек перенесший онкологию стремится изолироваться от социума, переживая в одиночестве свою болезнь и ее последствия («инвалидизация», утрата «физической женской привлекательности», «импотенция» у мужчин). В этот период жизни больного на первый план должны выйти семья и родные. Только искреннее взаимоуважение, любовь и поддержка могут сотворить чудо по адекватному восстановлению и социализации больного.

Психогенные расстройства у больных онкологическими заболеваниями характеризуются определённой этапностью и включают 5 фаз: фаза отрицания заболевания, фаза протеста или дисфорическая фаза, фаза торга или аутосуггестивная, фаза депрессии, фаза принятия [1]. Установленные фазы психогенных расстройств могут проявляться в различной последовательности, пациент, как малый ребенок с неустоявшейся психикой, неопытно проходит «кризисы развития» или иначе говоря притяжения своего заболевания: то он останавливается на одной из фаз, то стремительно проходит несколько фаз подряд, а иногда возвращается в уже пройденное психоэмоциональное состояние. Онковрачам и родственникам больных необходимо знать эти фазы для правильного понимания, что происходит в душе онкобольного, и выбора рациональной стратегии взаимодействия.

Выводы. Таким образом, анализ и систематизация данных литературы подтвердили, что онкологическое заболевание, вне зависимости от своей стадии, оказывает выраженное воздействие на психику человека по двум

направлениям. В первом случае они предусматривают особенности влияния патогенетических звеньев новообразования на структуры мозга, во втором случае – это субъективное восприятие онкологии собственно пациентом.

Различные синдромы сопровождают больного практически на всех этапах лечения. Вместе с этим, человек проходит 5 стадий «горя» – фазу отрицания, протеста (дисфорическая фаза), торга (аутосуггестивная), депрессии, принятия.

Нами предлагается система мер профилактики, предусматривающая гигиеническое воспитание и обучение, разработку методических рекомендаций для онкологических больных и в особенности для членов их семей. Наиболее часто применяются следующие методы психологии и психотерапии: клиническая беседа, кризисная интервенция, техника саморегуляции, динамическая психотерапия, работа с образами (визуализация, символдрама, гештальт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, нарративная (повествовательная) терапия, библиотерапия, сказкотерапия, арт-терапия, экзистенциальная терапия, логотерапия, двигательная терапия, десенсибилизация и переработка движением глаз. Немаловажно избавиться от вредных привычек (злоупотребление алкоголем, наркотики, курение).

Литература

1. Кюблер-Росс, Элизабет. О смерти и умирании / Элизабет Кюблер-Росс; [Пер. с англ. К. Семенов., В. Трилис]. - М.; Киев: София, 2001. – 316 с.
2. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li Y, Kissane D. W., Zabora J.R. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type // Psychosomatics. 2009. Vol. 50 (4). P. 383-391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383
3. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., Clinch J.J. Desire for death in the terminally ill // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152 (8). P. 1185-1191.
4. Seale C., Addington H.J. Euthanasia: why people want to die earlier // Soc. Sci. Med. 1994. Vol. 39 (5). P. 647-654.

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Рачок В.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: кандидат психологических наук, заведующий
кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, доцент Кузнецова А.А.**

Аннотация. В статье представлены результаты корреляционной взаимосвязи социально-психологической адаптации и социального интеллекта при алкогольной зависимости. В ходе исследования было установлено, что в экспериментальной группе имеется тенденция к снижению уровня социального интеллекта, предрасположенность к пассивности в принятии решений, надежда на помощь извне, снижении личной ответственности, а также снижение адаптивных способностях. Кроме этого, присутствуют особые корреляционные взаимосвязи между социально-психологической адаптацией и социальным интеллектом, а именно осуждение своих действий, поступков взаимообусловлено с низким уровнем аналитических способностей невербальной информации.

Ключевые слова: *алкогольная зависимость, социальный интеллект, социально-психологическая адаптация, ресоциализация*

**FEATURES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIO-
PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND SOCIAL INTELLIGENCE IN
ALCOHOL ADDICTION**

Rachok V.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Candidate of Psychological Sciences, Head of the Department
of Health Psychology and Neuropsychology, Associate Professor
A.A. Kuznetsova**

Abstract. The article presents the results of the correlation relationship of socio-psychological adaptation and social intelligence in alcohol addiction. In the course of the study, it was found that in the experimental group there is a tendency to decrease the level of social intelligence, a predisposition to passivity in decision-making, hope for outside help, a decrease in personal responsibility, as well as a decrease in

adaptive abilities. In addition, there are special correlations between socio-psychological adaptation and social intelligence, namely, the condemnation of one's actions, actions are mutually conditioned with a low level of analytical abilities of nonverbal information.

Key words: *alcohol addiction, social intelligence, socio-psychological adaptation, resocialization*

Длительное время вопросы зависимости от алкоголя носят центральную роль в научных исследованиях. Специалисты различных научных областей и сфер занимаются изучением этой проблемы с теоретических и практических точек зрения, тем самым наделяя ее междисциплинарным статусом. Как и любая другая химическая зависимость, алкогольная имеет тенденцию изменять способы познания окружающего мира, воздействуя на базовые компоненты личности. За счет этого происходит изменение взаимодействия алкозависимого и окружающих людей, отношения начинают носить субъектно-объектный характер. Возможность продуктивно взаимодействовать в социуме в основном детерминирована уровнем социального интеллекта личности, как способности воспринимать, интерпретировать и прогнозировать поведение, поступки и эмоции окружающих людей.

Остановимся подробнее на термине социально-психологическая адаптация. Психологические школы рассматривали по-разному данную категорию, пройдя длительный исторический путь развития как в отечественной, так и в зарубежной психологии, лишь к концу XX века сформировалось единое определение и общее понимание механизмов данного феномена.

Систематизация идей и взглядов на феномен социально-психологической адаптации принадлежит Х. Хартманну. Высказав предположение о том, что адаптация не всегда связана с внутренним конфликтом, он выделил «свободную от конфликтов сферу Эго», согласно которой имеют место быть бесконфликтные процессы при адаптации. Хартманн утверждал, что защитный механизм может быть направлен в двух векторах: во внутреннюю и внешнюю реальность (непосредственно адаптация к среде). Автор проводит дифференциацию адаптации как процесса и адаптированности как результата. Хартманн считал, что уровень адаптации является одним из самых важных компонентов здоровья человека [3].

Отечественный психолог А.А. Началджян детерминировал адаптацию понятием социально-психологическая адаптированность. Автор утверждал, что данную категорию можно рассматривать как особое состояние взаимоотношений индивида и микросоциума, в котором он находится. Важным аспектом является продуктивное выполнение ведущей деятельности, а также удовлетворение собственных потребностей без длительных внешних и внутренних конфликтов.

Также А.А. Началджян определил виды социально-психологической адаптации:

1. Нормальная адаптация – личность адаптируется к проблемным ситуациям без нарушения социальных правил и норм, сохраняя свою целостную структуру. Такое поведение носит устойчивый характер.

2. Девиантная или нонконформистская адаптация – личностные потребности удовлетворяются в проблемной ситуации, однако отсутствует учет социальных правил и норм. Поведение часто характеризуется непринятием со стороны микросоциума.

3. Патологическая адаптация – главными стратегиями адаптации являются патологические механизмы, незрелы и деструктивные формы поведения. Результатом такого поведения выступают различные невротические расстройства и нарушение социального функционирования [2].

В исследованиях, посвященных изучению социально-психологической адаптации при алкогольной зависимости, центральным вопросом является процесс ресоциализации данной категории.

Любая химическая зависимость способствует изменению способов познания окружающей действительности и межличностных отношений, а также детерминирует новые особенности протекания интеллектуальных способностей, новые способы взаимодействия с окружающими [4].

При алкогольной зависимости часто происходит трансформация компонентов социального интеллекта, однако его развитие возможно при целенаправленном воздействии на все три компонента: когнитивного, эмоционального и коммуникативно-поведенческого. Что будет способствовать успешной социальной адаптации и ресоциализации данной категории больных [1].

Объектом исследования выступает социально-психологическая адаптация, а **предметом** - взаимосвязь социально-психологической адаптации и социального интеллекта при алкоголизме

Целью исследования является изучение особенностей взаимосвязи социально-психологической адаптации и социального интеллекта при алкогольной зависимости.

Исследование проводилось **на базе** ОБУЗ «Областная наркологическая больница». В нем приняли участие 50 лиц с алкогольной зависимостью 2 стадии, которые составили экспериментальную группу. В контрольную группу вошли 50 условно здоровых испытуемых. Общий возрастной диапазон составил промежуток от 24 до 63 лет.

В качестве материалов и методов исследования была выбрана методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, а также тест социального интеллекта Дж. Гилфорда. Статистическими методами выступили: описательная статистика, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования. В процессе диагностики социального интеллекта методикой Дж. Гилфорда, были выявлены результаты по субтесту 1 «Истории с завершением»: в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 2,8 \pm 0,65$, а в контрольной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 4,1 \pm 0,7$. Результаты по субтесту 2 «Группы

экспрессии»: в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 2,9 \pm 0,63$, а в контрольной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 3,7 \pm 0,6$. Результаты по субтесту 3 «Вербальная экспрессия»: в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 3 \pm 0,65$, а контрольной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 3,8 \pm 0,6$, результаты по субтесту 4 «Истории с дополнением»: в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 2,5 \pm 0,57$, а в контрольной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 3,7 \pm 0,6$. Коэффициент общего интеллекта составил: в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 2,6 \pm 0,47$, в контрольной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 3,7 \pm 0,6$.

Тем самым, мы видим снижение способности к познанию поведения в экспериментальной группе.

В ходе диагностики методикой социально-психологическая адаптация К. Роджерса и Р. Даймонда были установлены следующие результаты: по шкале «адаптивность» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 54,8 \pm 24,6$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 79,9 \pm 31,6$. По шкале «дезадаптивность» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 78,6 \pm 25,8$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 73,5 \pm 25$. По шкале «лживость» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 27,5 \pm 14,1$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 26 \pm 11,6$. По шкале «принятие себя» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 31,4 \pm 15,3$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 36,5 \pm 10,8$. По шкале «непринятие себя» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 25,5 \pm 8,9$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 19,7 \pm 7,9$. По шкале «принятие других» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 12,1 \pm 6,5$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 19,9 \pm 5,3$. По шкале «непринятие других» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 20,7 \pm 9,7$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 21,3 \pm 5,7$. По шкале «эмоциональный комфорт» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 19,4 \pm 8,7$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 23,2 \pm 5,4$. По шкале «эмоциональный дискомфорт» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 22,6 \pm 11$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 18,9 \pm 5,8$. По шкале «внутренний контроль» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 24,5 \pm 12,8$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 34,3 \pm 9,2$. По шкале «внешний контроль» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 22,1 \pm 7,6$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 26,8 \pm 6,02$. По шкале «доминирование» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 8,8 \pm 4,2$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 8,9 \pm 2,22$. По шкале «ведомость» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 19,7 \pm 9,1$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 19,3 \pm 5$. По шкале «эскапизм (уход от проблем)» в экспериментальной группе $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 16,9 \pm 8,4$, в контрольной $\bar{X}_{\text{ср.}} \pm \sigma = 16,4 \pm 3,2$

Таким образом, мы видим, что в экспериментальной группе имеется тенденция к снижению средних значений по шкалам «адаптивность» и «внутренний контроль», что говорит нам о предрасположенности к пассивности в принятии решений, надежду на помощь извне, снижении личностной ответственности, а также сниженных адаптивных способностях.

В ходе исследования корреляционной взаимосвязи социально-психологической адаптации и социального интеллекта при алкоголизме, в экспериментальной группе была отмечена отрицательная корреляционная взаимосвязь между шкалами «эмоциональный комфорт» и «ведомость» ($r = -0,35^*$ при $p < 0,05000$), что может свидетельствовать о повышении уверенности в

себе, оптимизме при зависимости от других людей и перекладывании ответственности на них.

Кроме этого, была обнаружена положительная корреляционная взаимосвязь между шкалами «адаптивность» и «ведомость» ($r=0,42^*$ при $p<0,05000$), что может свидетельствовать о том, что индивид более эффективно приспосабливается к изменяющимся условиям при наличии более ответственного лица рядом, тем от которого можно быть «зависимым». Положительная корреляционная взаимосвязь между шкалами «непринятие себя» и Суб. 2 «Группы экспрессии» ($r=0,36^*$ при $p<0,05000$), что говорит о тенденции к осуждению себя, своих действий, низкой самооценки при низком уровне аналитических способностей невербальной информации как у других людей, так и низком уровне понимания своего телесного опыта, так и наоборот. Имеется положительная корреляционная взаимосвязь между шкалами «непринятие себя» и «эскапизмом» ($r=0,32^*$ при $p<0,05000$), что говорит о стремлении уйти от проблем, сложной ситуации при негативной оценке себя и своих действий.

В контрольной группе, была установлена положительная корреляционная взаимосвязь между субтестом 1 «Истории с завершением» и шкалой «Принятие других» ($r=0,51^*$ при $p<0,05000$), это показывает, что при увеличении прогностических способностях, индивид более склонен бесконфликтно относиться к другим людям и ситуациям. Между шкалами «непринятие себя» и «внешний контроль» ($r=0,30^*$ при $p<0,05000$), т.е при увеличении осуждения самого себя и своего поведения имеется склонность к ожиданию контроля из вне. Между шкалами «доминирование» и «адаптивность» ($r=0,44^*$ при $p<0,05000$), т.е процесс адаптации к различным жизненным ситуациям происходит за счет активного взаимодействия с окружающими людьми, и наоборот.

Таким образом, мы видим, что в экспериментальной группе имеется тенденция к снижению уровня социального интеллекта, предрасположенность к пассивности в принятии решений, надежда на помощь извне, снижении личностной ответственности, а также сниженных адаптивных способностях. Кроме этого, присутствуют особые корреляционные взаимосвязи в экспериментальной группе между социально-психологической адаптацией и социальным интеллектом, а именно осуждение своих действий, поступков взаимообусловлено с низким уровнем аналитических способностей невербальной информации. Были выявлены и другие особенности корреляционной взаимосвязи.

Литература

1. Матвеева, Л. Г., Тарасова Е. В. Диагностика эмоционального интеллекта на основе ассесмент-центра / Л. Г. Матвеева., Е. В. Тарасова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2010. — №4. — С. 63-70

2. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. М. : Эксмо, 2010. 368 с.
3. Реан А. А., Кудашев А. А., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.
4. Сирота Н.А., Зенцова Н.И. Исследование социального познания и социального интеллекта у лиц, зависимых от психоактивных веществ. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 04.11.2022)

ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Реязпова А. А.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

Научные руководители: к. психол. н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, доцент Недуруева Т.В.; ассистент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Хахутадзе Н.М.К.

Аннотация. В статье рассматривается актуальность изучения межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью, а также представлен теоретико-методологический анализ по данной проблеме.

Ключевые слова: *межполушарное взаимодействие; умственная отсталость.*

FEATURES OF INTERHEMISPHERIC INTERACTION IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION (THEORETICAL REVIEW)

Rezyarova A. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Scientific advisers: candidate of Psychology, Associate Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Associate Professor Nedurueva T.V.; Assistant of the Department of Health Psychology and Neuropsychology Khakhutadze N.M.K.

Abstract. The article considers the relevance of the study of inter-hemispheric interaction in children with mental retardation, and also presents theoretical and methodological analysis on this problem.

Key words: *inter-hemispheric interaction; mental retardation.*

Одним из актуальных направлений современной нейропсихологии является изучение особенностей межполушарного взаимодействия. Эта проблема изучена меньше по сравнению с межполушарной асимметрии, но, тем не менее, данная тема все чаще становится объектом исследования в отечественной психологии. В частности, данное свойство мозга изучается в рамках дизонтогенетического развития.

Актуальность исследования особенностей межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью обусловлена еще и статистическими данными. В 2018 году количество больных умственной отсталостью составило в среднем 667,05 на 100 тыс. человек. Олигофрения

оказалась на втором месте по заболеваемости среди детей и подростков после других непсихотических, поведенческих расстройств [3].

Хомская Е. Д. определяла межполушарное взаимодействие как «особый механизм объединения левого и правого полушарий мозга в единую интегративную, целостно работающую систему, формирующийся под влиянием как генетических, так и средовых факторов» [1].

Согласно теории системно-динамической локализации ВПФ, психические процессы осуществляются благодаря интегративной работе всех отделов головного мозга. Единая работа мозга обеспечивается межполушарным взаимодействием, с помощью которого между правой и левой гемисферой происходит непрерывный обмен данными [2].

М. Н. Фишман изучала взаимодействие двух полушарий головного мозга в ходе осуществления различных видов деятельности у детей с умственной отсталостью при помощи электрофизиологического анализа. Она исследовала вызванные потенциалы в проекционных и ассоциативных структурах левой и правой гемисфер, которые возникали в ответ на предъявление значимых и незначимых зрительных стимулов [4].

В ходе данного исследования было обнаружено, что нарушение межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью проявляется выраженным изменением передачи сенсорной информации из левого полушария в правое. Исходя из полученных результатов анализа ВП М. Н. Фишман сделала вывод, что правое полушарие получает афферентные сигналы из левого более асинхронно. Это происходит из-за того, что в левой гемисфере переработка получаемой информации происходит с замедлением, а также вследствие того, что изменяется системная организация сенсорной обработки. Нарушение передачи информации из одного полушария в другое приводит к нарушению межполушарного взаимодействия [4].

Цель исследования — осуществить библиометрический, тематический анализы по проблеме «Особенности межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью».

Объект: межполушарное взаимодействие.

Предмет: особенности межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью.

Материалы и методы исследования: библиометрический анализ, тематический анализ с использованием материалов по проблематике исследования в системе Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU.

Результаты библиометрического анализа.

Глубина исследования публикационной активности составила 10 лет (2013 — 2022 гг.). Поиск осуществлялся по следующим категориям: название публикации, аннотация, ключевые слова в публикации. Затрагиваемые виды работ: статьи в журналах, книги, отчеты, диссертации, материалы конференции. На основании запроса нами были получены следующие результаты.

По запросу «Особенности межполушарного взаимодействия» в системе Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU было найдено 74 статьи.

На гистограмме ниже видно количество статей в каждой год в период с 2013 по 2022 гг. (рис. 1).

Из диаграммы видно, что наибольшее количество публикаций приходится на 2018 год (13 статей), а наименьшее - на 2022 (4 статьи).

По запросу «Особенности межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью» были найдены 2 публикации (в 2018 и 2020 гг.) за указанный период.

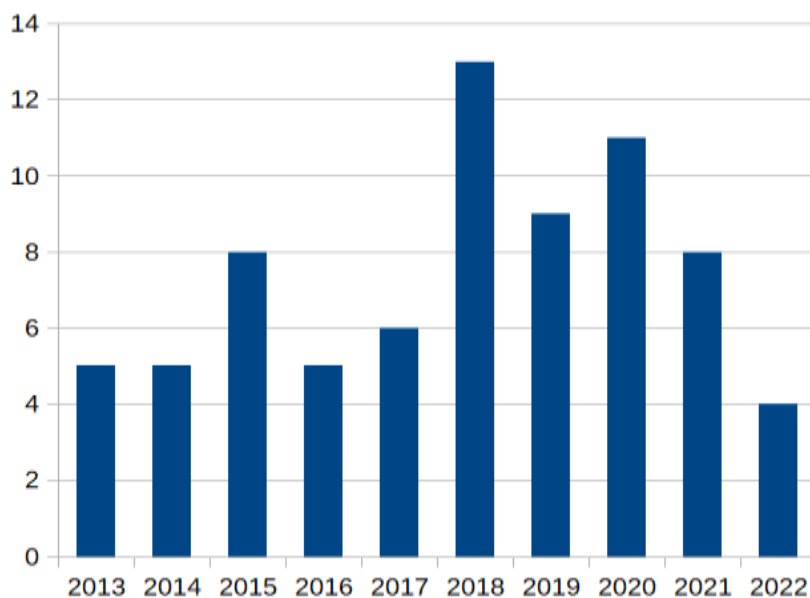


Рис.1. Количество публикаций по запросу «Особенности межполушарного взаимодействия» в eLIBRARY.RU за период 2013-2022 гг.

Результаты тематического анализа. По запросу «Особенности межполушарного взаимодействия» за указанный период наибольшее количество публикаций представлено в рубрике «Психология» (30 статей). По направлению «Народное образование. Педагогика» было найдено 15 статей по данной проблеме, по направлению «Медицина и здравоохранение» - 12, «Биология» - 9, «Физическая культура и спорт» - 2 публикации.

По запросу «Особенности межполушарного взаимодействия у детей с умственной отсталостью» было найдено по 1 публикации в рубриках «Психология» и «Народное образование. Педагогика».

Вывод. Небольшое количество публикаций по данной теме за последние 10 лет свидетельствует о том, что это направление в настоящее время недостаточно популярно среди ученых.

Наибольшее количество публикаций по проблеме межполушарного взаимодействия в 2018 году может быть обусловлено высоким числом заболеваемости населения различными расстройствами по сравнению с другими годами (114841 тыс. человек по данным Росстата).

Наличие публикаций в различных тематических разделах показывает нам, что данной проблемой интересуются не только в рамках психологии, нейропсихологии, но и с позиции других отраслей научного знания.

Литература

1. Александров С. Г. Функциональная асимметрия и межполушарные взаимодействия головного мозга : учебное пособие для студентов / С. Г. Александров ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра нормальной физиологии. – Иркутск : ИГМУ, 2014. – 62 с.
2. Лекции по общей психологии / А. Р. Лурия. — СПб.: Питер, 2006. — 320 с: ил.— (Серия «Мастера психологии»).
3. Макушкин Е. В., Демчева Н. К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. - № 4. - 2019 г. - с. 4-15.
4. Фишман М.Н. Функциональная специализация полушарий у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Физиология человека. - Т. 29. - № 6. - 2003 г. - с. 67-73.

**АГРЕССИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН КАК ФАКТОР РИСКА
ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Родина Е.И., Стрельникова Е.Н., Чалых Ю.Ю.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. В статье рассмотрены аспекты различия мужской и женской агрессивности, а также причины и виды агрессивного поведения, наиболее часто встречающиеся среди женщин. Особое внимание уделено сравнительной характеристике показателей склонности к враждебному и агрессивному поведению среди студенток 5 курса лечебного дела КГМУ и женщин с параноидной шизофренией. непрерывным течением, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона».

Ключевые слова: агрессия, агрессивность, женская агрессия, враждебность, цинизм, шизофрения.

**AGGRESSIVENESS IN WOMEN AS A RISK FACTOR OF SOCIALLY
DANGEROUS BEHAVIOR**

Rodina E., Strelnikova E., Chalykh J.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. The article discusses aspects of the difference between male and female aggressiveness, as well as the causes and types of aggressive behavior that are most common among women. Particular attention is paid to the comparative characteristics of indicators of propensity to hostile and aggressive behavior among 5th year medical students of KSMU and women with paranoid schizophrenia. continuous flow, being treated at the Kursk Clinical Psychiatric Hospital named after the Holy Great Martyr and Healer Panteleimon.

Key words: aggression, aggressiveness, female aggression, hostility, cynicism, schizophrenia.

Введение. На сегодняшний день есть множество различных вариантов понятия агрессия. Агрессия – это действие, которое приносит вред и представляет опасность для самого себя и постороннего человека. Под агрессивностью понимают поведение человека, которое проявляется в стремлении к агрессивному действию [5]. Кроме того, важно знать о таком понятии, как агрессивное поведение, которое проявляется в виде причинении морального, физического или любого другого вида вреда не только по отношению к себе, но и окружающей среде, связанное с насилием против них. Агрессивность и агрессия всегда характерны для человека [2].

Как правило, мужчины чаще женщин выступают в роли агрессоров. Но некоторые физиологические особенности женщин, например, гормональные перестройки, могут способствовать чрезмерной вспыльчивости, раздражительности, эмоциональной изменчивости и приводить к неконтролируемым действиям [3]. Женщины не склонны к физическому насилию. Чаще всего подобное случается если им угрожает серьезная опасность, и они вынуждены защищать себя. В таком случае женщины становятся резко агрессивными. Для женщин характерен вербальный или косвенный вид агрессии, так как они уступают в физической силе мужчинам. В большинстве случаев агрессивность вызывает чувство вины и переживания. Вербальная агрессия доминирует среди женщин разных возрастных групп [1].

В последнее время была выявлена тенденция к росту числа женских преступлений при том, что этот показатель растет быстрее, чем таковой мужских преступлений. Следующая выявленная закономерность заключается в том, что повышенный рост женских преступлений характерен для правонарушений, чаще свойственных мужчинам таких, как грабежи и физическое насилие. Преступления, совершаемые мужчинами, все также преобладают над женскими преступлениями. Это связано с тем, что женские правонарушения не обладают яркой чертой, носят скрытый характер, часто остаются нераскрытыми. Таким образом, для мужчин больше характерна открытая форма агрессии, а для женщин скрытая [6]. Мужчины в ответ на свою агрессию меньше переживают и практически не ощущают чувства вины, агрессию они воспринимают как черту характера, которая помогает им достичь поставленных целей. В свою очередь, женщины воспринимают агрессию, как способ снять стресс и психическое напряжение.

Некоторые ученые предположили, что отличительные черты в мужской и женской агрессии связаны с генетическими предпосылками. Считается, что мужчины ярче выражают свою агрессию, потому что это позволяло им многие века передавать свои гены будущим детям. Другие ученые утверждают, что разность в проявлении агрессии мужчин и женщин связано с различной культурой людей [4].

Целью настоящего исследования является оценить и сравнить показатели склонности к враждебному и агрессивному поведению среди студенток 5 курса лечебного дела КГМУ и женщин с параноидной шизофренией, непрерывным течением, находящихся на лечении в ОБУЗ

«Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона».

Объект и методы исследования. Студентки 5 курса лечебного факультета КГМУ в возрасте 21-23 года и женщины с параноидной шизофренией, непрерывным течением в возрасте 23-45 лет, находящиеся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона».

Результаты и их обсуждения. В ходе данного исследования были получены следующие данные:

В анкетировании приняли участие 64 студентки 5 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета в возрасте 21-23 года, а также 20 женщин с параноидной шизофренией, непрерывным течением в возрасте 23-45 лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона».

Для проведения анкетирования была использована шкала Кука-Мадлея. Интерпретация результатов для шкалы цинизма среди студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: у 86 % (55) опрошенных средний показатель с тенденцией к высокому, у 8 % (5) средний показатель с тенденцией к низкому, у оставшихся 6 % (4) высокий показатель цинизма. Интерпретация результатов для шкалы агрессивности среди студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: у 64 % (41) респондентов средний показатель с тенденцией к высокому, у 34 % (22) средний показатель с тенденцией к низкому и еще у 2 % (1) низкий показатель. Интерпретация результатов для шкалы враждебности среди студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: у 64 % (41) девушек средний показатель с тенденцией к высокому, у 31,3 (20) средний показатель с тенденцией к низкому, а у 4,7 % (3) низкий показатель.

Полученные результаты обрабатывались статистически, при этом рассчитывались средние значения. Интерпретация результатов для шкалы цинизма студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 55, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к высокому. Интерпретация результатов для шкалы агрессивности студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 31, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к высокому. Интерпретация результатов для шкалы враждебности студенток 5 курса лечебного факультета КГМУ: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 19, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к высокому. Интерпретация результатов для шкалы цинизма среди женщин с параноидной шизофренией, непрерывным течением в возрасте 23-45 лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона»: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 48, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к высокому. Интерпретация результатов для шкалы

агрессивности среди женщин с параноидной шизофренией, непрерывным течением в возрасте 23-45 лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона»: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 37, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к высокому. Интерпретация результатов для шкалы враждебности среди женщин с параноидной шизофренией, непрерывным течением в возрасте 23-45 лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона»: среднее количество баллов по шкале Кука-Мадлея составило 16, следовательно, у женщин средний показатель с тенденцией к низкому.

Заключение. В процессе исследования было выявлено, что показатели по шкале цинизма у обеих групп опрошенных средние с тенденцией к высоким; по шкале агрессивности показатели женщин с параноидной шизофренией выше, чем у студенток; по шкале враждебности у студенток показатели средние с тенденцией к высоким, а у женщин с шизофренией – средние с тенденцией к низким.

Таким образом, значение агрессивного поведения среди женского населения в настоящее время имеет социально значимую роль. Агрессия может выступать одним из центральных моментов, который повышает количество правонарушений среди женского населения. Важным остается тот факт, что процент преступлений, совершенный женщинами, которые страдают различными психическими расстройствами, превалирует над мужскими правонарушениями. Еще один важный момент заключается в том, что по-прежнему остаются высокие показатели распространенности психических заболеваний среди судимых женщин, совершивших особо тяжкие преступления в сравнении с общей численностью лиц женского пола. Все эти особенности указывают на глобальность проблемы агрессии, как основного фактора риска общественно-опасного поведения женщин.

Литература

1. Агрессивное поведение женщин (литературный обзор) / Г.Т. Сейсебаева, А. Турганбекова, С. Махкамова [и др.] // Вестник КазНМУ – 2015. – № 2 . – С. 175-176.
2. Ильин Е. П. Психология агрессивного поведения. / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2014. — 368 с.
3. Качаева М.А. Клинико-социальные характеристики и судебно-психиатрическая оценка психического состояния женщин, совершивших агрессивные действия против личности / М.А. Качаева, В.В. Русина // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 5. – С. 24-25.
4. Ключко О.И. Гендерная педагогика и психология: учебное пособие / под общ. ред. О.И. Ключко. – М. – Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 115 с.

5. Лафицкая Н. В. Феномен агрессии у вида Homo sapiens. пытки и казни / Н.В. Лафицкая. – М.: СПб, 2015. – 224 с.
6. Нечепуренко Т.В. Гендерная специфика структуры агрессивности студентов / Т.В. Нечепуренко // Вестник РУДН – Москва, 2019. – № 2. – С. 71-72.

**ОСОБЕННОСТИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НОРМАЛЬНОМ И
ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ РАЗВИТИИ. БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**
Рощупкина А. В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: к. психол. н., доцент кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Недуруева Т.В.**

Аннотация. В статье описаны теоретико-методологические анализы изучения особенностей координационных способностей у детей младшего школьного возраста при нормальном и отклоняющемся развитии.

Ключевые слова: координационные способности, дети младшего школьного возраста, двигательная координация.

**FEATURES OF COORDINATION ABILITIES IN CHILDREN OF PRIMARY
SCHOOL AGE WITH NORMAL AND DEVIANT DEVELOPMENT.
BIBLIOMETRIC ANALYSIS**
Roshchupkina A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: Associate Professor of the Department of Health Psychology
and Neuropsychology, Candidate of Psychology, Associate Professor
T.V. Nedurueva.**

Abstract. The article describes theoretical and methodological analyses of studying the peculiarities of coordination abilities in primary school children with normal and deviant development.

Key words: coordination abilities, children of primary school age, motor coordination.

Актуальность. По данным статистики Министерства образования РФ (2017) в настоящее время 1,7 млн. детей, проживающих в Российской Федерации, т.е. 4,5% всей детской популяции, относятся к категории детей с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном образовании. По данным Росстата с 2008 по 2020 год отмечается уменьшение численности детей с умственной отсталостью (F70 по МКБ-10) до 14 лет, что связано с развитием специального и коррекционного обучения. Однако

проблемы нарушения обучаемости у детей с нарушениями в развитии, введение программ для адаптации детей и интеграции их в общество является до сих пор актуальной [3].

Младший школьный возраст ребенка — это возраст, когда проходит очередной период глубоких качественных изменений всех систем организма, его эволюция и прогрессирование, что приводит к совершенствованию у детей фактически всех физических качеств и координационных способностей, используемых в двигательной активности. В данном сенситивном периоде для развития координационных способностей стоит основная задача - обеспечить координационный базис и фонд новых двигательных умений и навыков для ребенка [2].

В основе патогенеза умственной отсталости лежат различные нарушения: уменьшение мозга или отдельных его частей, незрелость наиболее сложных мозговых структур, повреждение структуры или тяжелое нарушение функций развивающегося мозга, диффузное повреждение коры, нарушение условно-рефлекторной деятельности. Вследствие этого возникает рассогласование межфункциональных связей мозга, затем нарушение интеллекта у ребенка, что в преобладающем большинстве случаев сочетается с аномальным развитием двигательной сферы и затрудняет освоение сложнокоординационных двигательных действий, поскольку в психофизиологическом механизме двигательной программы страдает одно или несколько звеньев [1].

Нарушения координационных способностей отрицательно сказываются на физическом и познавательном развитии, на развитии трудовой деятельности, а в дальнейшем и на социализацию личности. Поскольку в условиях научно-технического прогресса детям необходимо приспособиться быстро ориентироваться в пространстве, тонко дифференцировать свои мышечные ощущения и регулировать степень напряжения мышц, быстро реагировать на сигналы внешней среды. Таким образом, необходимо диагностировать степень двигательных нарушений у детей с умственной отсталостью и в соответствии с этим строить процесс физического воспитания, направленный на коррекцию отклонений с использованием механизмов компенсации [1].

Анализ исследовательского пространства в отечественной литературе показывает большую публикационную активность в рассмотрении проблемы двигательных-координационных способностей у детей при нормальном развитии и дизонтогенезе, однако отмечается отсутствие общепризнанной классификации координационных способностей, а также отсутствие структурированных и стандартизированных методов диагностики, что так же указывает на недоработанность существующих коррекционных программ.

Цель исследования — провести теоретико-методологический обзор по проблеме: «Особенности координационных способностей у детей младшего школьного возраста при нормальном и отклоняющемся развитии».

Материалы и методы исследования. библиометрический анализ, категориально - понятийный анализ, персонологический анализ с

использованием материалов по проблематике исследования на электронных ресурсах CyberLeninka, eLibrary.

По ключевому слову «координационные способности» в научной базе Elibrary с 2012 по 2022 год в запросе с учетом содержательного анализа было найдено 1042 публикации. По ключевому слову «двигательная координация» было найдено 382 публикации. Публикационная активность по годам представлена в таблице 1.

Таблица 1. Публикационная активность на базе Elibrary, по ключевым словам, «координационные способности» (1) и «двигательная координация» (2)

	012	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022
1	1	6	2	2	13	12	25	35	31	46	9
2	4	8	6	9	0	7	0	7	0	5	6



Рис.1. Гистограмма распределения публикационной активности, по ключевым словам, «координационные способности» (1) и «двигательная координация» (2)

Таким образом, наиболее чаще в психологической литературе используется термин «координационные способности», чем термин «двигательная координация». Количество публикаций по данным ключевым словам увеличивается с каждым годом, что говорит о высоком интересе авторов к данной теме и ее актуальности.

Следующим этапом библиометрического анализа является тематический анализ исследований координационных способностей у детей младшего школьного возраста с различными видами дизонтогенеза в отечественной литературе. В качестве исследовательского пространства использовалась научная электронная библиотека и российский индекс научного цитирования Elibrary. Объем исследовательского пространства дифференцировался в

зависимости от вида дизонтогенеза и составил 153 публикации на базе Elibrary с 2012 по 2022 год.

Из них 39 статей включают выборку детей с УО, 37 статей – выборка детей с различными нарушениями слуха, 18 статей – выборка детей с ЗПР, так же 18 статей – дети с нарушением зрения, 14 статей – выборки детей с ДЦП, 12 статей – выборка детей с ОНР и ЗРР, 6 статей – выборки детей с СДВГ и другими неврологическими нарушениями.

В результате персонологического анализа на научной базе Elibrary за период 2012-2022 год с использованием ресурса российского индекса научного цитирования были выделены следующие авторы: Афтимчук О.Е., Кузнецова З.М. (83), Грошев А.М., Черепанова И.О (46), Рябчук В.В. (38), Ботяев В.Л. (30), Бурцев В.А. (27), Троян Е.Н (22), Гимазов Р.М., Губаева Е.Е. (18), Иванова Е.Ю., Евтушенко И.Н.(11), Иванова Ж.В., Иванова И.Ю., Румянцева Э.Р., Александрова В.А. (10) и т.д.



Рис.2. Долевое распределение публикационной активности исследований координационных способностей у детей с различными видами дизонтогенеза на научной базе Elibrary

Выводы. Исходя из диаграммы, можно сделать вывод, что авторов в психологической науке интересует развитие и исследование координационных детей у детей с различными видами дизонтогенеза. Наибольшее количество публикаций связано с исследованиями данной темы у детей с умственной отсталостью, что говорит об актуальности ее изучения. Поскольку, физическое развитие детей с умственной отсталостью имеет ряд особенностей, обусловленных основным дефектом (морфофункциональных изменений в строении головного мозга в том числе и зон, отвечающих за двигательные функции, нарушение интеллекта), и характеризуется различными нарушениями физического развития, в частности, наличием дефектов осанки, недостаточно развитыми координационными способностями.

Литература

1. Ивлева И.Д. Психолого-педагогическое сопровождение как базовый инструмент работы с особенными детьми - Текст: электронный // Коррекционная педагогика, 2004. - № 12. - С.22-35.
2. Лях В.И. Развитие координационных способностей в школьном возрасте - Текст: электронный / В.И. Лях // Физкультура в школе. -1997. - № 5. - С. 25-28.
3. Маклаков М.И. Специфика коррекционного образования в России: сравнительный анализ - Текст: электронный // Вопросы образования, 2002. - № 4. - С.34-42.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТНЫХ
ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА КГМУ**

Рябых А.М.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. Здоровый образ жизни, насколько он актуален в настоящее время среди молодежи и как сильно необходим? Теме ЗОЖ посвящено большое количество исследований, изданий и конференций, но от этого она не стала менее актуальной. Именно об этом пойдет речь в данной статье.

Ключевые слова: *здоровье, ценность, здоровый образ жизни, студенты.*

**HEALTHY LIFESTYLE IN THE SYSTEM OF VALUE ORIENTATIONS OF
5TH YEAR STUDENTS OF KSMU**

Ryabykh A.M.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. A healthy lifestyle, how relevant is it currently among young people and how much is it needed? A large number of studies, publications and conferences have been devoted to the topic of healthy lifestyle, but this has not made it any less relevant. This is what will be discussed in this article.

Key words: *health, value, healthy lifestyle, students.*

Актуальность. Здоровье, особенно в последнее время, занимает одно из первых мест по важности среди ценностей почти для каждого человека. Именно благодаря здоровью человек может добиться поставленных целей и жить полноценной жизнью. Правительство, медики, педагоги и учителя должны совместными усилиями доносить до молодежи насколько важно беречь и приумножать свое здоровье, ведь в настоящее время, несмотря на то, что многие понимают его значимость, мало кто старается следить за ним и поддерживать хотя бы на одном уровне его состояние, не говоря уже об улучшении [2].

Понятие здоровья включает в себя не только физическое благополучие, но и душевное и психическое равновесие. Такие авторы, как Кучма В.Р. и Лисицын Ю.П. солидарны во мнении, что современное воспитание должно быть направлено на формирование у детей и подростков как раз всех этих составляющих здоровья [3,4].

Однако основатель валеологии И. Брехман утверждал, что «здоровье — это вершина, на которую человек должен подняться сам» [1].

Благодаря тому, что сейчас популярны модельная внешность и накаченное тело, в фитнес-клубах можно встретить очень много молодых людей, которые стараются или похудеть, или, наоборот, набрать мышечную массу. Занимаясь в зале, они также правильно питаются, ну или пытаются, и отказываются от вредных привычек. Однако, изучая научные статьи, можно сделать вывод, что молодежь в период студенчества не только не следит за своим здоровьем, но и растрчивает его впустую, ухудшая состояние своего организма. Попробуем разобраться так ли это на примере студентов 5 курса Курского Государственного Медицинского Университета.

Цель исследования – определить важность здорового образа жизни в системе ценностных ориентаций студентов 5 курса КГМУ, а также выявить актуальность темы ЗОЖ в настоящее время.

Материал и методы. Опираясь на поставленные цели, было разработано анонимное анкетирование, в котором приняли участие 40 студентов КГМУ в возрасте от 18 до 23 лет. Вопросы анкеты помогают разобраться в том, что студенты представляют под здоровым образом жизни и насколько актуальна для них данная тема.

Результаты исследования. Согласно статистике в опросе приняли участие 79% девушек и 21% парней.

На вопрос: “что для Вас Здоровый образ жизни?” (можно было выбирать несколько ответов): 32% респондентов ответили: питание, 29% – распорядок дня, спорт – 37%, восьмичасовой сон – 21%, отсутствие вредных привычек – 34% и все перечисленные варианты – 20%.

Следующий вопрос: “Какие возможности ЗОЖ Вас наиболее привлекают?” (также можно указать несколько ответов). Меньше болеть и посещать врачей выбрали 32% респондентов, поддерживать тело здоровым – 74%, похудеть – 21% и активно и полноценно жить – 71%.

Также хотелось выяснить какой из составляющих ЗОЖ студенты уделяют наибольшее значение, результаты оказались следующие: физическое здоровье стоит на первом месте, набрав 68% голосов, на втором месте – личная гигиена (60%), далее идет здоровое питание (50%) и, как ни странно, психологическое здоровье оказалось только на 4 месте с показателем в 45%, на последней строчке полноценный отдых с 34%.

Опираясь на три предыдущих показателя, можно сделать вывод, что для каждого здоровый образ жизни имеет свое значение и свои конкретные цели, но, несмотря на это, все они направлены на поддержание оптимального состояния организма.

Следующие вопросы касались наличия или отсутствия у студентов вредных привычек. Выяснилось, что из всех опрошенных курят лишь 23% студентов. Что касается алкоголя, то здесь результаты оставляют желать лучшего: совсем не употребляют алкоголь лишь 10% респондентов (рис.1)



Рис.1. Частота употребления алкоголя студентами 5 курса КГМУ

Также было интересно узнать, что думают студенты об актуальности ЗОЖ в настоящее время. 63% опрошенных считают, что данное направление начинает набирать популярность в последнее время, 18% уверены, что ЗОЖ находится сейчас на пике популярности, 13% - что он уже не актуален и 6% затрудняются ответить на данный вопрос.

И последний вопрос: “Интересуетесь ли Вы информацией о здоровом образе жизни”, ответ на который приятно удивил: 76% студентов ответили положительно.

Выводы. Согласно проведенному исследованию можно прийти к заключению о том, что здоровый образ жизни в системе ценностных ориентаций студентов 5 курса КГМУ занимает одну из лидирующих позиций. Большинство ребят занимаются спортом, следят за питанием и активно изучают информацию, касающуюся здоровья.

Также, следует отметить, что здоровый образ жизни, по мнению ребят, в настоящее время довольно популярен. Для того, чтобы и дальше этот показатель улучшался или хотя бы оставался на одном уровне, необходимо вести просветительскую работу и формировать мотивацию у молодежи ответственно относиться к своему здоровью.

Литература

1. Брехман И.И. Валеология — наука о здоровье / И.И. Брехман. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 206 с.
2. Здоровый образ жизни в системе ценностных ориентаций студенческой молодежи / Чуйков О.Е., Каменева Т.Н., Ткаченко П.В. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – С.621-624.
3. Кучма В.Р. Показатели здоровья детей и подростков в современной системе социально-экономического мониторинга / В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2004. – №6. – С.14-18.
4. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения / Ю.П. Лисицын. – М.: БЕК, 2002. – 40 с.

**ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС В
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ
Серебрянникова А.М.**

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский
Университет», Белгород, Россия*

**Научный руководитель: кандидат социологических наук, доцент кафедры
общей и клинической психологии Пчелкина Евгения Петровна**

Аннотация. В статье представлены общие сведения об индивидуальных способностях учащихся с расстройством аутистического спектра (РАС), о сложностях и трудностях, с которыми сталкиваются дети при обучении в общеобразовательных школах. Рассказывается о том, что ученикам с РАС необходима индивидуальная учебная программа для полноценного обучения в школе.

Ключевые слова: *расстройство аутистического спектра, аутизм, ученики с РАС, трудности в обучении, индивидуальная учебная программа, ресурсный класс, инклюзия.*

**FEATURES OF TEACHING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM
DISORDER (ASD) IN A COMPREHENSIVE SCHOOL
Serebryannikova A.M.**

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation

**Scientific adviser: candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the
Department of General and Clinical Psychology Evgeniya P. Pchelkina**

Abstract. The article presents general information about the individual abilities of students with autism spectrum disorder (ASD), about the difficulties and difficulties that children face when studying in secondary schools. It is told that students with ASD need an individual curriculum for full-fledged education at school.

Key words: *autism spectrum disorder, autism, students with ASD, learning difficulties, individual curriculum, resource class, inclusion.*

В МКБ – 11 говорится о том, что расстройство аутистического спектра (РАС) характеризуется постоянным дефицитом в способности инициировать и поддерживать взаимное социальное взаимодействие и социальную коммуникацию, а также рядом ограниченных, повторяющихся и негибких схем поведения и интересов. Расстройство имеет место в течение периода развития, как правило, в раннем детстве, но симптомы могут полностью не проявляться

до тех пор, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности. Дефициты достаточно серьёзны, поэтому не могут не вызывать нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования и, как правило, носят всеобъемлющий характер и наблюдаются во всех сферах функционирования индивида, хотя могут варьироваться в зависимости от социального, образовательного или другого контекста [6].

Департамент образования США в законе IDEA от 2004 года определяет «Аутизм» как нарушение развития, затрагивающее области речевого общения, неречевого общения и общественного взаимодействия, обычно проявляющееся до трех лет и пагубно сказывающееся на учебной деятельности ребенка [4]. Также с аутизмом связывают такие признаки: стереотипные движения, сопротивление изменениям окружающей среды, неожиданные реагирование на сенсорный опыт.

Учащиеся с расстройством аутистического спектра сталкиваются с препятствиями при приобретении навыков ведения беседы, многие имеют очень сильное отставание в усвоении отдельных слов и фразовой речи. Но тем не менее большинство учеников имеют хорошо развитые навыки просьб, тем самым создавая для себя платформу для развития навыков общения [1].

Ученикам с РАС характерен индивидуальный стиль восприятия мира: они пропускают многое из того, что видят другие, но и замечают те детали, которым обычные люди не придают значения [1].

Учащиеся имеют сложности с выбором точки зрения. Неспособность принять и согласиться с точкой зрения другого человека намного сильнее, чем у обычных детей, осложняет всякого вида общественные взаимодействия. Ученики с РАС зачастую не понимают шутки, не могут отличить дружеское отношение от недоброжелательного, тем самым становясь объектом издевательств и насмешек среди сверстников. Дети с РАС часто не знают и не понимают, чего именно ждет от них учитель, или не придают таким ожиданиям должного значения, поэтому это является проблемой трудности обучения в школе [2].

Одна из трудностей связана с исполнительным функционированием, которое подразумевает планирование, организацию, сосредоточение внимания на нужном объекте, выбор альтернативных ответов, а также управлением собственным временем [2]. Особые трудности у учащихся вызывает выполнение творческих заданий, неспособность породить широкий спектр различных ответов. Из-за индивидуальных особенностей детей с расстройством аутистического спектра школы создают образовательные программы, включающие различные средства помощи. Это может быть визуальное расписание, графические органайзеры, таймеры, сигнализирующие о конце урока или занятия [2].

Следующая группа трудностей связана с предпочтением локального уровня обработки информации. Учащиеся с РАС, читая или слушая какую-либо информацию, зачастую запоминают все подробности повествования

рассказчика и могут повторить все, что узнали, но не могут выделить главное из речи преподавателя. Вопросы о теме, поступках, эпитетах, пословицах для них сложно объяснить другому.

Ученики с расстройством аутистического спектра испытывают сложности в обучении из-за таких видов работы, как: смена деятельности, вовлечение в групповую деятельность, самостоятельное выполнение заданий, инициирование общения.

Очень важно для обучающихся с РАС создать такую программу обучения, которая будет учитывать все индивидуальные особенности ученика. Необходимо произвести универсальную модель, которую будет возможно применить в образовании, подразумевающую разработку учебных материалов и занятий, которые сделают цели обучения достижимыми для учеников с различиями в их способности видеть, слышать, говорить, двигаться, читать, писать, понимать язык [3]. В российских школах принята такая схема для обучения учащихся с РАС: ученика зачисляют в общеобразовательную школу в класс к нормотипичным детям, но при этом на базе школы создаются ресурсные классы, где школьник имеет возможность индивидуально обучаться каким-либо навыкам, предметам, посещать коррекционно-развивающие занятия с логопедом, психологом, дефектологом.

Для обучающихся с РАС необходимо организовать обучение в школе с помощью нескольких компонентов. Это адаптация, через которую есть возможность изменить учебный план и материал, но уровень обучения должен остаться прежним. Путем модификаций учителя могут адаптировать используемый материал для обучения, но так, чтобы не потерялась суть текста или задач. С использованием внедрения параллельного учебного плана у ученика с РАС будет возможность включаться в классные мероприятия и в то же время получать качественные образовательные задания.

Благополучная инклюзия учащихся с РАС в общеобразовательную программу требует от них активного участия в обучении, социальном взаимодействии и иных немаловажных мероприятиях на протяжении учебного дня. Учащимся могут потребоваться регулярные небольшие перерывы, чтобы отдохнуть или подготовиться к следующему занятию, для этого школы необходимо обеспечить наличием сенсорных зон для того, чтобы избежать сенсорных перегрузок. Также все перерывы должны быть отображены в визуальном расписании ребенка. Это делается для того, чтобы не подкрепить функцию избегания какой-либо деятельности. Тем не менее недопустимо, чтобы этот вид отдыха продолжался постоянно, также недопустимо, чтобы в начале или в конце занятия, а также в периоды более низкой структурированности времени ученики часто были "неактивными". Высокая степень активного участия в работе класса является необходимым условием для обеспечения равных возможностей обучения как для нормотипичных учащихся, так и для учащихся с РАС.

Еще один аспект, касающийся обучения детей с РАС, требующий гармоничного решения, состоит в том, какое время лучше всего подходит для

предотвращения и перемены нежелательного поведения, а также окружающей среды. Если учащиеся негативно отзываются на изменения в деятельности, педагог может обратиться к профессиональной поддержке психолога или дефектолога, которые помогут выявить функцию нежелательного поведения и составить план коррекции поведения на уроке, также они обеспечат учителей рекомендациями по устранению данной проблемы. Вероятно, причинами могут быть изменения в общей деятельности, которые особенно трудны для обучающегося. Или следующий род занятий является трудным или проводится быстрым темпом для него.

Таким образом, всесторонняя поддержка не только помогает предупредить некоторые из особо общеизвестных проблем, с которыми встречаются учащиеся с аутизмом, но и способствует им достичь благоприятных результатов с помощью индивидуального обучения и созданию безбарьерной учебной среды. Однако необходимо систематически отслеживать успеваемость учащихся и вносить соответствующие изменения. Исследовав повседневную деятельность, команда специалистов подбирает метод постановки личных целей во время каждого занятия, а затем разрабатывает план обучения для достижения этих целей.

Индивидуализированность общеобразовательной программы предлагает глобальное содействие педагогов, специалистов по работе с детьми расстройством аутистического спектра, объединяющих свои навыки для проведения мероприятий, которые могут помочь учащимся с РАС. Эффективное вмешательство обычно включает в себя разделение учебного материала на небольшие этапы и его визуальную поддержку. Чтобы ученики с РАС на самом деле сумели учиться в соответствии с общеобразовательной программой, необходимо применять общую модель и включать минимальные изменения, чтобы они могли усвоить общеобразовательную программу в полном объеме.

Литература

1. Смит, Т. Доказательный опыт успешной инклюзии учащихся с РАС. Практическое руководство/ Тристам Смит; Пер. с англ. – М.: Оперант, 2015 – 432 с.
2. De Boer, S.R. Successful inclusion for students with autism: Creating a complete, effective ASD inclusion program / S.R. De Boer. – San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
3. Fein, D. Autism in your classroom: A general educators guide to students with autism spectrum disorders / D. Fein and M.A. Dunn. – Bethesda, MD: Woodbine House, 2007.
4. IDEA (Individuals with Disabilities Education Improvement: Act of 2004).
5. Iovannone, R. Effective educational practices for students with autism spectrum disorders. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities / R. Iovannone, G. Dunlap, H. Huber and D. Kincaid. – 18, 2003. – P. 150-165.

6. Региональная общественная организация помощи детям с расстройствами аутистического спектра «Контакт» Критерии диагностики / Региональная общественная организация помощи детям с расстройствами аутистического спектра «Контакт» [Электронный ресурс] // Контакт: [сайт]. — URL: <https://contact-autism.ru/autism/diagnosis> (дата обращения: 31.10.2022).

**ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ КГМУ,
ПЕРЕБОЛЕВШИХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ COVID-19**

Соболева И. Н.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: к.психол.н. доцент кафедры общей и клинической
психологии, доцент Смирнов Н. В.**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования влияния заболевания COVID-19 в процессе обучения на стрессоустойчивость студентов медиков.

Ключевые слова: стрессоустойчивость; COVID-19.

**FEATURES OF STRESS RESISTANCE OF KSMU STUDENTS WHO HAVE
BEEN ILL WITH COVID-19 IN THE PROCESS OF LEARNING**

Soboleva I. N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser - Ph.D. Associate Professor of Department of General and
Clinical Psychology, Associate Professor Smirnov N.V.**

Abstract. The article presents the results of a study of the impact of COVID-19 disease in the learning process on the stress resistance of medical students.

Key words: *stress resistance; COVID-19.*

Актуальность. В настоящее время нет такой области общества, которая не пострадала бы от воздействия пандемии COVID-19. Влияние пандемии на общество обсуждается во многих сферах деятельности. В этой статье мы обратимся к исследованиям в области клинической психологии. Так, С.Н. Ениколопова, О.М. Бойко, Т.И. Медведев, О.Ю. Воронцова и О.Ю. Кузьмина обращает внимание на высокий стрессогенный потенциал ситуации с пандемией, особенно для людей из групп риска. Ситуация неопределенности вызывает особую тревогу, поскольку на распространение вируса нельзя повлиять, а больной выступает и жертвой, и носителем. [2] В этой ситуации актуальными становятся исследования по изучению черт и характеристик личности, способствующих успешному преодолению стрессовой ситуации. Студенты вузов входят в группу риска людей, подверженных стрессу, так как ситуация с дистанционным обучением негативно влияет на их дальнейшую

профессиональную деятельность и требует от них большей мотивации к обучению. В данном исследовании мы предлагаем рассмотреть особенности стрессоустойчивости студентов, переболевших в процессе обучения COVID-19.

Проблема исследования выступает вопрос: какой уровень и особенности стрессоустойчивости студентов КГМУ, переболевших в процессе обучения COVID-19?

Цель исследования - Целью исследования выступает изучение уровня и особенностей стрессоустойчивости у студентов КГМУ, переболевших в процессе обучения COVID-19.

Задачи исследования:

1. Провести теоретико-методологический анализ особенностей стрессоустойчивости студентов КГМУ, переболевших COVID-19.
2. Провести эмпирическое исследование особенностей стрессоустойчивости студентов, переболевших в процессе обучения COVID-19 со сравнением групп переболевших студентов и не переболевших.
3. Разработка клиничко-психологических рекомендаций по поддержанию психического здоровья и психосоциального состояния во время вспышки COVID-19.

Материалы и методы исследования. С учетом целей, поставленных в нашем исследовании, для изучения особенностей стресса и уровня стрессоустойчивости были использованы следующие методы исследования: оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Раге; методика для диагностики состояния стресса К. Шрайнера. Для статистического анализа нами были выбран метод сравнительной статистики: U-критерий Манна — Уитни. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 StatSoft. Исследование проводилось в формате онлайн-тестирования с использованием Google Forms с 5 по 15 декабря 2021 года. Эмпирическую основу составили результаты диагностики лиц в возрасте 18-21 года (10 человек), переболевших COVID-19, которые сравнивались с данными лиц, не болевших COVID-19 в возрасте 18-21 лет (10 человек).

Результаты исследования. По данным, выявленным в методике оценочной шкалы стрессовых событий Холмса-Раге, p -level 0,405680 – статистически значимый уровень не выявлен. Разница уровня стрессоустойчивости у переболевших и не болевших есть. Не болевшие менее стрессоустойчивы, но разница с группой переболевших не такая большая. Так как p -level 0,405680 – статистически не значимый, можно сказать, что основная гипотеза не применима на более крупную выборку.

По данным, выявленным в методике для диагностики состояния стресса К. Шрайнера, p -level 0,364347 – статистически значимый уровень также не выявлен. Существует разница в уровне стрессоустойчивости у переболевших и не болевших. Не болевшие менее стрессоустойчивы, но разница также небольшая. P -level 0,364347 – статистически не значимый, можно сказать, что основная гипотеза не применима на более крупную выборку.

Выводы. Из нашего исследования можно сделать следующие выводы: основная гипотеза о том, что уровень стрессоустойчивости у студентов КГМУ, переболевших COVID-19 во время учебы, выше, чем в группе студентов, не болевших COVID-19, не подтвердилась, так как статистическая обработка данных не позволила выявить статистически значимых различий. Но при этом рабочая гипотеза, в основе которой лежало предположение о том, что в целом уровень стрессоустойчивости у переболевших и не болеющих студентов низкий, подтвердилась, т.к. среднее значение по шкале оценки стресса Холмса-Раге составляет 507,6, что свидетельствует о низком уровне стрессоустойчивости (ранимость). Человек вынужден тратить львиную долю своей энергии и ресурсов в целом на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса.

Литература

1. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: «Прогресс», 2009. С. 123.
2. Харламова Татьяна Михайловна Специфика психического состояния и копинг-стратегий студентов при дистанционном обучении в условиях пандемии COVID-19 // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-psihicheskogo-sostoyaniya-i-kopingstrategiy-studentov-pri-distantcionnom-obuchenii-v-usloviyah-pandemii-covid-19> (дата обращения: 18.10.2021)

**ВЛИЯНИЕ ЦВЕТОВОГО СПЕКТРА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА.
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

Сопромадзе Н.Ш.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель – ассистент кафедры психологии здоровья и
нейропсихологии Касьянова К.В.**

Аннотация. Цвет играет важную роль в осуществлении человеческого зрения, благодаря наличию рецепторного аппарата глаз, а также он воздействует на настроение, эмоции, мысли, циркадный ритм. Анализируется применение различных цветовых волн в медицинских целях.

Ключевые слова: *цветовой спектр, психологический фон, эмоциональный фон, влияние цветового спектра на эмоции.*

**THE INFLUENCE OF THE COLOR SPECTRUM ON THE
PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL BACKGROUND OF THE HUMAN
BODY. THEORETICAL OVERVIEW**

Sopromadze N.Sh.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: assistant of the Department of Health Psychology and
Neuropsychology Kasyanova K.V.**

Abstract. Color plays an important role in the realization of human vision, due to the presence of the receptor apparatus of the eyes, and it also affects mood, emotions, thoughts, circadian rhythm. The use of various light waves for medical purposes is analyzed.

Key words: *color spectrum, psychological background, emotional background, the influence of the color spectrum on emotions.*

«Цвет — это ощущение, возникающее в мозгу человека как реакция на свет волны определённой длины, попавшей в сетчатку его глаза» Г.Э. Бреслав российский психолог [1]. Различные цвета и их оттенки сопровождают нас по жизни уже после 45 дня жизни. Именно в этот период дети начинают воспринимать желтые и красные объекты и тянутся к ним, поскольку они начинают очень быстро реагировать на яркие цвета. Цвет играет важную роль в

осуществлении человеческого зрения, благодаря наличию рецепторного аппарата глаз, а также он воздействует на настроение, эмоции, мысли, циркадный ритм. Иными словами, в повседневной жизни он воздействует на психологическое и физическое состояние здоровья человека в целом.

В современной медицине цветотерапия (хромотерапия) является одним из самых интересных и вспомогательным направлением лечения и оздоровления и служит здоровьесберегающей технологией. Терапевтический эффект этого метода основан на уникальности каждого цвета и его воздействии на человеческий организм. Это связано с определённым цветовосприятием нашим сознанием, которое возникло в результате непрерывной зависимости человека от окружающей среды. Например, синий и чёрный цвет описывают темную ночь, поэтому с одной стороны они настраивают на отдых и расслабляют, а с другой – сигнализируют об опасности, которая затаилась в темноте. Важно отметить, что культурная среда также влияет на эмоциональное восприятие какого-либо цвета. Так, в то время, как в Египте красный цвет ассоциируется с трауром, у китайцев – это цвет, в который облачаются невесты, а для французов красный является цветом высшего сословия [1]. Цвет может воздействовать на человеческий мозг, заставляя его испытывать различные эмоции и совершать соответствующие действия.

Неоспорима неразрывная связь между собой цвета и эмоций. Великий немецкий писатель и естествоиспытатель Гёте первым задумался о том, как цвет оказывает определенное действие на психику человеку, и в своем научном труде «Учение о цвете» он писал: «цвет-продукт свет, вызывающий эмоции» [2]. В повседневной жизни автор окружал себя предметами определенных цветов и фиксировал свои ощущения. Окружающим доставлял дискомфорт характер Гёте - он был крайне эмоциональным и творческим человеком. В зависимости от того, какие произведения И.В.Гётё создавал, он пользовался очками из стёкол, которые были окрашены по-разному, поскольку писатель отмечал, что одни цвета (красный и жёлтый) провоцируют позитивные, повышают настроение человека и веселят его, а другие (синий) являются катализаторами плохого настроения, подавляют его самообладание и настроение [5]. Цветовая терапия, которую он разработал, помогла ему самому справиться со своей чрезмерной эмоциональностью и импульсивностью.

Применение различных цветовых волн в медицинских целях является многовековой традицией. С древнейших времен врачи лечили больных различными цветами и сочетаниями их оттенков. Китайцы и египтяне рекомендовали носить больным одежду, окрашенную в определённые цвета, либо же натирать их яркими красками, направляли при этом световой луч на больное место через расцвечённое стекло. С течением времени врачи начали прописывать своим пациентам цветное освещение для лечения различных телесных заболеваний. Также было замечено, что различные цветовые спектры могут влиять на организм по-своему: синяя часть спектра вызывает сокращение артерий и повышение артериального давления, тем самым «тонизируя» кровь, зеленый способствует снижению кровяного давления, действует на

центральную нервную систему как некий успокаивающий гипноз. Известный советский психиатр, невропатолог и психолог В.М.Бехтерев утверждал: «Умело подобранная гамма цветов способна благотворнее воздействовать на нервную систему, чем иные микстуры», тем самым предполагая, что более эффективным является лечение с помощью цветов.

Так же как и звук, цвет является естественным интегратором психических и физиологических процессов. В 80-годах прошлого столетия знаменитые советские ученые В.В. Налимов и Г.Г. Воробьев разработали феноменальную психодиагностическую методику, позволившую определять в результате распределения цветовой гаммы возраст людей, род их деятельности, увлечения, семейное положение. После происходило обобщение полученных данных, и были сделаны выводы об их жизни. Изучение предпочтений позволило дать определенную «цветовую микстуру» и поставить точный «психологический» диагноз. С помощью методик на основе ранжирования цветов можно эффективно управлять живой системой и естественными психическими процессами без использования сложных физиотерапевтических воздействий и синтетических лекарств, влияя наиболее привычным путём.

Интересным является открытие швейцарского психолога Макса Люшера, который создал уникальную модель психики, обозначенную в терминах цветовой динамики. С помощью неё можно составить психологический портрет человека. Он определил, что структура цвета остается неизменной. Иными словами, независимо от того, нравится ли человеку зеленый цвет, он все равно будет символизировать «независимость». На основе примитивной, казалось бы, четвертичной модели четырёх стихий, которые существуют в человеческой душе, Люшер смоделировал тест, построенный на базе функциональной психологии, – одно из важнейших открытий 20 века. В современной же практике с помощью теста Люшера культура цветового восприятия представляет собой значительную ценность в ортобиотичности самооценки и осознания личности индивида, выявлении наличия областей физиологического и психологического стресса [4].

В наши дни уже на подсознательном уровне под влиянием цвета сформировались основные повседневные понятия человеческой психологической составляющей, в дальнейшем некоторые из которых приобрели философский смысл [3]. Так, например, белый – цвет начала и света, синий - гармония и удовлетворение, желтый - легкость и открытость, черный – конец, тьма. Очень интересную и важную роль играет окраска лекарственных препаратов и их упаковок. Например, препараты в синих упаковках, гарантируют пациентам релаксацию и спокойствие, а лекарства красного и оранжевых цветов способствует раздражительности лиц, которые страдают от сердечной недостаточности. Зеленый цвет является признанным при назначении лечения истерическим личностям, поскольку такие люди любят престиж и внимание, а зеленый способствует созданию более важного впечатления о человеке. Можно вспомнить психически неуравновешенного римского императора Нерона, который каждый раз велел своим подчинённым

посыпать смесью песка и зелёного малахита арену цирка, на которой он выступал. Не менее того, он выходил к публике, надевая зелёную мантию.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что цвет оказывает огромное влияние на физиологическое и психическое состояние здоровья человека, нельзя недооценивать его значимость. Он гармонизирует человека, мобилизуя его ресурсы и оказывает психофизиологическое воздействие, цветовой спектр на подсознательном уровне влияет на наши предпочтения и выбор, отражая чувства человека, его ощущения и эмоции. Длительная психоэмоциональная или же физическая нагрузка является ярким поводом испытать на себе силу хромотерапии, ведь цвет не только красит нашу жизнь, но и определяет наше настроение. В современной медицине необходимо активно использовать терапевтический эффект воздействия цвета на организм человека с помощью цветотерапии. Поскольку несмотря на свою, казалось бы, простоту, он является перспективным и безопасным методом оздоровления населения.

Литература

1. Волкова К.Э., Бартенева Ю.В. Влияние цвета на эмоциональный фон и психологию человека // Коллекция гуманитарных исследований. 2020. №1 (22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-tsveta-na-emotsionalnyy-fon-i-psihologiyu-cheloveka> (дата обращения: 13.11.2022).
2. Гёте И.В. об искусстве./ М.; Искусство, 2015. - с.132
3. Прохоров В.Д. Индивидуально - психологическое восприятие человеком цвета // Вестник науки - 2019. - №6(15). - С. 299-304
4. Шалимова Л. А. Культура восприятия семантики цвета в тесте Макса Люшера // МНКО. 2014. №1 (44). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kultura-vospriyatiya-semantiki-tsveta-v-teste-maksa-lyushera> (дата обращения: 13.11.2022).
5. Шмигель Н.Е. Цветотерапия: лечение цветом // РиТМ Психология для всех - 2012 - №1 - С. 9-11

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Сняtkова И.Г., Срывкова А.В.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия

Научные руководители: заведующий кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, к. психол. н., доцент Кузнецова А.А.; д. психол. н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.

Аннотация. В данной работе нами были изучены особенности зрительно-пространственного гнозиса у детей с нарушением слуха в младшем школьном возрасте, в частности был осуществлен теоретико-методологический анализ и проведено пилотажное исследование по данной проблеме.

Ключевые слова: *зрительно-пространственный гнозис, оптико-пространственные представления, слабослышащие дети, младший школьный возраст, дети с ограниченными возможностями здоровья.*

INVESTIGATION OF THE FEATURES OF VISUAL-SPATIAL GNOSIS IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH HEARING IMPAIRMENT
Snyatkova I.G., Sryvkova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific supervisors: Vice-Rector for Educational Work, Social Development and Public Relations, Head of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, PhD, Associate Professor Kuznetsova A.A., PhD, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology Molchanova L.N.

Abstract. In this paper, we have studied the features of visual-spatial gnosis in children with hearing impairment at primary school age, in particular, a theoretical and methodological analysis was carried out and a pilot study was conducted on this problem.

Key words: *visual-spatial gnosis, optical-spatial representations, hearing-impaired children, primary school age, children with disabilities.*

Данные ООН и ВОЗ свидетельствуют о наличии нарушений слуха у 32 млн. детей, а это около 34% от общего количества детей, причисленных к категории ребенок-инвалид. С каждым годом число детей, имеющих

нарушения слуха, не снижается. Так, на начало 2021 года количество детей с данной патологией возросло примерно на 40% по сравнению с предыдущими годами [5]. Стабильно высокие показатели указывают на довольно широкий масштаб проблемы, к анализу которой необходимо подходить, как с медицинской, так и с психологической и социальной сторон.

Зрительно-пространственный гнозис имеет большое значение и в образовательном процессе ребенка, так как лежит в основе развития высших психических функций, таких как чтение, письмо, счет [7,8]. Поэтому уровень развития зрительно-пространственного восприятия влияет на успешность обучения в школе, а нарушение или аномальное развитие любого компонента зрительно-пространственного восприятия неизбежно приведет к нарушению этих функций.

Развитие оптико-пространственного гнозиса у ребенка с нарушением слуха замедлено в связи с уменьшенным количеством познаваемых предметов, более медленным развитием наблюдательности и менее активном протекании процессов восприятия [1,2,3,6].

У детей младшего школьного возраста с нарушением слуха несформированность пространственных представлений может сохраняться до старших классов при несоблюдении должного сопровождения и обучения [9]. Это обусловлено тем, что у слабослышащего ребенка возникают трудности в том, чтобы учитывать и опираться на все свойства объекта при выполнении предметных действий, в связи с чем развитие пространственного восприятия замедляется.

Цель исследования – выявить особенности зрительно-пространственных представлений у детей младшего школьного возраста с нарушением слуха и с нормой развития.

Первый этап – осуществление теоретико-методологического анализа (библиометрический и тематический) по проблеме оптико-пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

Глубина поиска библиометрического и тематического анализов составляла 10 лет (2013-2022 гг.).

Библиометрический анализ отечественных научных публикаций за период с 2013 по 2022 гг. показал, что наибольшая частота публикаций соответствовала 2021 г. – 3 публикации. Общий объем научных публикаций насчитывался порядка 9 работ, рассматривающих проблему изучения зрительно-пространственного гнозиса у младших школьников с нарушением слуха (Рис.1).



Рис. 1. Гистограмма библиометрического анализа по проблеме изучения зрительно-пространственного гнозиса младших школьников с нарушением слуха.

В периоды с 2013 по 2014, а также 2016, 2018 - 2019 гг. научных публикаций по данной тематике не наблюдается, что может быть обусловлено снижением публикационной активности и невысокой представленности публикаций.

При проведении тематического анализа было выделено несколько актуальных категорий, в связи с которыми изучались нарушения зрительно – пространственного гнозиса у детей с нарушением слуха: феноменология, коррекция, особенности когнитивных функций, а также особенности обучения таких детей (Рис. 2).



Рис. 2. Диаграмма тематического анализа статей по зрительно-пространственному гнозису у детей с нарушением слуха на базе информационной системы «cyberleninka», «eLibrary».

Вывод: в результате тематического анализа за период с 2013 по 2022 гг. было выявлено, что относительно одинаковая часть публикаций посвящена проблеме особенностей обучения и коррекции таких детей. Наименьшая часть публикаций относится к рассмотрению феноменологии зрительно – пространственного гнозиса у детей с данным дефектом.

Второй этап – реализация эмпирического исследования в период с сентября по октябрь 2022 года на базах ОКОУ «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья», «Средняя общеобразовательная школа № 27 с углубленным изучением предметов художественно-эстетического цикла им. Дейнеки А.А.».

Экспериментальную группу составили 10 слабослышащих детей младшего школьного возраста (9-10 лет), из них 7 девочек и 3 мальчика. В контрольную группу вошли – 10 детей без нарушения слуха того же возраста, из них 7 девочек и 3 мальчика.

Методический материал состоял из следующих нейропсихологических проб: «Реалистичные предметы», «Перечеркнутые предметы», «Наложенные предметы» - при исследовании зрительного восприятия; «Химеры» - при исследовании зрительно-пространственного гнозиса.

Оценка выполнения проб проводилась по шкале оценки выполнения проб Л.И. Вассермана (от 0 до 3 баллов): 0 – отсутствие ошибок; 1 – 1,2 ошибки, которые ребенок самостоятельно корректирует; 2 – ошибки умеренной тяжести, без возможности самостоятельной коррекции; а 3 – отсутствие верных ответов [1].

В соответствии с данной шкалой, нами было выделено 3 уровня выполнения проб:

1. Высокий – не допускается ошибки при выполнении;
2. Средний – допускаются ошибки;
3. Низкий – не дается ни одного правильного ответа.

Для обработки результатов применялась компьютерная программа «Статистика» («STATISTICA 6.0»).

По результатам первичной обработки по методике «Реалистичные предметы» средние значения в контрольной группе составили 0,5, в экспериментальной группе – 1,7; «Перечеркнутые предметы» в контрольной группе – 0,4, в экспериментальной – 0,7; «Наложенные предметы» в контрольной группе – 0,3, в экспериментальной – 1,5; «Химеры» в контрольной группе – 0,3, в экспериментальной – 1,3.

По данным показателям можно сделать вывод о том, что все дети с нарушением слуха относятся ко второй группе. При обработке результатов с помощью по критерию Манна Уитни значимость различий равна $U_{эмп} \leq U_{кр}$ ($p_{level} \leq 0.01$), что говорит об обнаружении связи на высоком уровне статистической значимости.

Таким образом, можно сделать вывод, что у слабослышащего ребенка, в отличие от ребенка с нормальным слухом, пространственные представления, развиваются медленнее, а также следует отметить, что у таких детей наблюдалась повышенная отвлекаемость и неполное усвоение инструкций в ходе выполнения заданий. Для коррекции данных особенностей развития необходимы специальные условия сопровождения, обучения и воспитания такого ребенка, в том числе и обучения его методам компенсации данного расстройства.

Мишенями дальнейших коррекционных мероприятий могут выступать: дифференцированность и объём восприятия (развитие уровня дифференциации частного и общего, а также увеличение объёма восприятия от 4-х до 12 объектов), зрительно-пространственное восприятие (развитие ориентации в пространственных взаимоотношениях объектов).

Литература

1. Блинова К.В., Болгова А.А. Особенности гностической сферы у слабослышащих детей младшего школьного возраста: клинический случай / В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. 2019. С. 136.
2. Блинова К.В., Молчанова Л.Н. Нейропсихологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко. 2019. С. 21-25.
3. Блинова К.В., Суркова А.А., Запесоцкая И.В. Особенности гностической сферы у слабослышащих детей младшего школьного возраста: клинический случай / В книге: Культурно-исторический подход в современной психологии развития: достижения, проблемы, перспективы. Сборник тезисов участников шестой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития, посвященной 80-летию со дня рождения профессора Л.Ф. Обуховой. 2018. С. 189-191.
4. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: Практ. рук. / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. - СПб. : Стройлеспечать, 1997. – 303 с.
5. Здравоохранение: Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 28.10.2022).
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. / В.В. Лебединский // М.: Изд – во МГУ, 2007. – 168 с.
7. Пылаева, Н.М. Трудности зрительно-предметного восприятия: диагностика и коррекция /Н. М. Пылаева. // Школа здоровья. 1996. - № 4. – С. 42.
8. Семаго М.М. Пространственные представления ребенка. // Школьный психолог. 2000. №34 (128). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psy.1sept.ru/article.php?ID=200003411> (дата обращения 29.10.2022)
9. Шеботинова, Е. А. Вклад зрительно-пространственного восприятия в школьную успеваемость ребенка / Е. А. Шеботинова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 1.1 (187.1). — С. 36-38. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/187/47699/> (дата обращения: 01.11.2022).

УДК 159.942:376.36

**ЭМПАТИЯ КАК ПУТЬ КОМПЕНСАЦИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ
КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ**
Сыроватская Д.И.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д. психол. н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В младшем школьном возрасте речевые нарушения имеют высокую распространённость, что отражается не только на учебных способностях ребёнка, но и на коммуникативных навыках. В структуре коммуникативного потенциала у детей с ОНР личностный компонент, включающий эмпатию, рассматривается как способ компенсации дефицитарных инструментальных коммуникативных способностей. Статья посвящена исследованию у младших школьников с ОНР уровня инструментального и личностного компонентов коммуникативного потенциала.
Ключевые слова: коммуникативный потенциал, структура коммуникативного потенциала, общее недоразвитие речи, эмпатия.

**EMPATHY AS A WAY TO COMPENSATE FOR DEFICIENT
COMMUNICATION ABILITIES IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH
GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT**
Syrovatskaya D.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. At the junior school age speech impairment is highly prevalent, which is reflected not only in the learning abilities of the child, but also in the communicative skills. In the structure of the communicative potential in children with general underdevelopment of speech the personal component including empathy is considered as a way to compensate for the deficit instrumental communicative abilities. The article is devoted to research of the level of instrumental and personal components of communicative potential in junior schoolchildren with general underdevelopment of speech.

Key words: communicative potential, structure of communicative potential, general underdevelopment of speech, empathy.

Одним из самых распространённых видов нарушений в детском возрасте являются речевые. Их количество с каждым годом только увеличивается. При этом, общим для речевых расстройств любой этиологии является затруднение коммуникативных функций. Учитывая значимость данного фактора при формировании личности ребёнка, встаёт вопрос о том, каковы особенности коммуникативных способностей у детей с речевыми нарушениями и как можно им помочь. Когда мы говорим о коммуникативной активности, мы рассматриваем её, как один из видов общей активности человека. При этом она реализуется не только в поведенческой сфере, но также связана с мотивацией, когнитивными и эмоциональными процессами, личностными особенностями, которые обеспечивают и характеризуют воспроизводимые коммуникативные действия в ситуации общения.

Таким образом коммуникативная активность ребенка - это «способ, форма и мера самовыражения субъекта общения, которые отражают уровень потребностей ребенка в социальных контактах, подготавливают, направляют и реализуют его взаимодействие с партнерами в коммуникативной ситуации». [2]

В свою очередь, коммуникативные способности, это как раз те конкретные способы и формы, которые обеспечивают способность самовыражения субъекта в процессе общения, реализуют взаимодействие и направляют коммуникативную ситуацию. Однако, на сегодняшний день не существует однозначного понимания структуры коммуникативных способностей. Проблемой коммуникативных способностей занимались такие исследователи как Г.М. Андреева, Г.С. Васильев, Т.А. Ладыженская, Л.Я. Лозован и др. На наш взгляд одной из наиболее полных структур коммуникативных способностей является концепция А.Г. Самохваловой.

В структуре коммуникативного арсенала ребёнка А.Г. Самохвалова выделила 4 взаимосвязанных компонента:

- 1) Личностный компонент (личностные особенности, ценности, установки, мотивация, эмпатия);
- 2) Содержательный компонент (построение коммуникативной программы);
- 3) Инструментальный компонент (реализация коммуникативной программы);
- 4) Рефлексивный компонент (оценка результата взаимодействия и себя в этом взаимодействии). [2]

Общее недоразвитие речи у детей, соотносится с инструментальным компонентом коммуникативного потенциала, нарушение которого в возрасте 5-7 лет выражено наиболее сильно. Основные нарушения у детей с ОНР заключаются в наличии коммуникативных барьеров объективного плана, к которым относятся фонетические, семантические, стилистические барьеры общения, нарушение просодических характеристик речи.

ОНР влияет на все сферы психики ребёнка, а следовательно это будет сказываться на нарушении каждого из компонентов коммуникативного потенциала, что приводит к развитию коммуникативных трудностей и

затруднённого общения. Однако по результатам исследования, проведённого А.Г. Самохваловой, мы пришли к выводу, что в данном возрасте наиболее нарушенным выступает инструментальный компонент, а наиболее сохранным – личностный. Справедливо отнести данную закономерность и к детям с ОНР. И предположить, что несмотря на сниженный (по сравнению со здоровыми детьми) уровень коммуникативного потенциала, личностный компонент будет выступать наиболее сохранным по сравнению с инструментальным. Таким образом, эмпатия может я путём компенсации дефицитарных коммуникативных способностей у детей с ОНР в младшем школьном возрасте.

Поэтому, целью нашего исследования является изучение уровня проявления эмпатии и уровня сформированности инструментальных коммуникативных способностей у младших школьников с общим недоразвитием речи и у младших школьников без речевых нарушений.

Диагностические методы:

1) Опросник Е.Н. Васильевой «Проявление эмпатии к сверстнику» для выявления уровня эмпатии;

2) Методика Г.А. Цукермана «Рукавички» для выявления уровня инструментальных коммуникативных способностей.

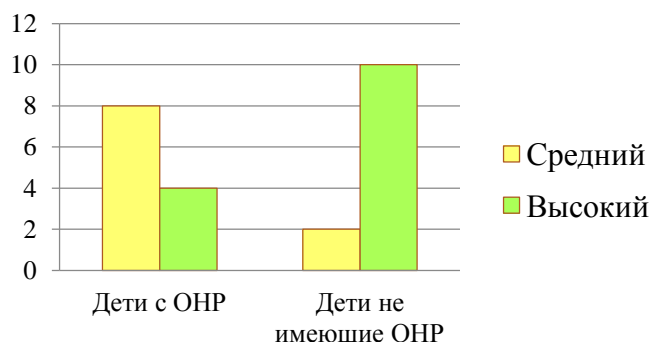
Статистические методы: для статистического анализа результатов использовался точный критерий Фишера для несвязанных выборок. Этот критерий используется при анализе таблиц сопряжённости для выборок маленьких размеров.

Выборка: в исследовании приняли участие 24 ребёнка – ученики первого класса начальной школы. Из них в первую группу вошли 12 человек, имеющих ОНР III уровня и посещающих школьного логопеда. Во вторую группу вошли 12 человек, не имеющих речевых нарушений. Группы были уровнены по возрасту (всем детям на момент исследования было 7 лет) и по полу (4 девочки и 8 мальчиков), а также дети не имели существенных различий в социальном статусе их семей, в которых они воспитывались.

Результаты исследования:

Был проведён статистический анализ результатов методики «Рукавички» Г.А. Цукермана с помощью точного критерия Фишера для несвязанных выборок. Этот критерий используется при анализе таблиц сопряжённости для выборок маленьких размеров. Получены статистически значимые результаты при $p=,0180$ ($p < 0,05$). Наглядно результаты представлены в гистограмме №1.

Гистограмма 1. Различия по уровню инструментальных коммуникативных способностей



По результатам исследований мы видим, что высокий уровень коммуникативных инструментальных способностей преобладает в группе детей, не имеющих ОНР (высокий уровень имеют 10 детей, средний уровень имеют 2 ребёнка). В то время как средний уровень преобладает в группе детей, имеющих ОНР (средний уровень имеют 8 человек, высокий уровень имеют 4 человека). Детей с низким уровнем в обеих группах выявлено не было. Полученные данные не могут свидетельствовать о фактическом уровне логопедических нарушений у детей, однако они показывают, насколько эффективно ребёнок может реализовывать коммуникативные программы, доносить информацию до своего собеседника, выражать свои мысли, договариваться, убеждать.

Был проведён статистический анализ результатов опросника «Проявление эмпатии к сверстнику» Е.Н. Васильевой, с помощью точного критерия Фишера для несвязанных выборок. Этот критерий используется при анализе таблиц сопряжённости для выборок маленьких размеров.

Различия в виде процентного соотношения между группой детей имеющих ОНР и не имеющих речевых нарушений, полученные в результате статистической обработки, представлены в таблице №2.

Таблица 2. Различия по уровню эмпатии коммуникативных способностей между группой младших школьников имеющих ОНР и группой не имеющих речевых нарушений.

Уровень	Дети с ОНР	Дети не имеющие ОНР	Общее
1 блок (оказание помощи)			
Проявляют эмпатию	100%	100%	100%
Не проявляют эмпатию	0%	0%	0%
2 блок (проявление эмпатии через ущемление личных интересов)			
Проявляют эмпатию	91,7%	95,85%	93,77%
Не проявляют эмпатию	8,3%	4,15%	6,22%
3 блок (проявление сочувствия и оказание помощи сверстнику нарушившему норму поведения)			
Проявляют эмпатию	72,24%	77,76%	75%
Не проявляют эмпатию	27,76%	22,24%	25%
4 блок (проявление радости)			
Проявляют эмпатию	100%	100%	100%
Не проявляют эмпатию	0%	0%	0%
5 блок (оказание помощи другому в затруднительной жизненной ситуации)			
Проявляют эмпатию	100%	100%	100%
Не проявляют эмпатию	0%	0%	0%
Проявляют эмпатию всего	92,79%	94,72%	93,75%
Не проявляют эмпатию всего	7,21%	5,28%	6,25%

Были получены статистически не значимые результаты при $p = ,3837$ ($p > 0,05$).

Данные результаты показывают, что разница в проявлении уровня эмпатии у детей с ОНР и у детей без речевых нарушений незначительна. Дети из обеих групп активно проявляли эмпатию к сверстнику, давали положительные ответы, были готовы помочь, поделиться, уступить. Однако

дети без речевых нарушений, по сравнению с детьми, имеющими ОНР, в подавляющем большинстве могли объяснить свой выбор, могли сформулировать, передать свои чувства по отношению к ситуации, могли объяснить это общественными нормами морали или даже своими индивидуальными мотивами. В то время как дети с ОНР в большинстве своём не могли объяснить собственный выбор.

Выводы: У младших школьников с общим недоразвитием речи эмпатия, входящая в структуру личностного компонента коммуникативных способностей, по сравнению с инструментальным компонентом, является более сохранной, а следовательно может выступать как путь компенсации дефицитарных коммуникативных способностей.

Развитие эмпатии у младших школьников с ОНР должна являться составляющей психологического сопровождения таких детей. Эмпатия, развивающаяся с самых ранних периодов жизни ребёнка, присутствует с той или иной степенью глубины и дифференцированности на протяжении всей жизни. Имея в своей структуре как аффективный, так и когнитивный компонент, эмпатия выступает не только как феномен общения и отношения, но и как феномен познания. С этой позиции эмпатия у младших школьников с ОНР способна выступить как путь компенсации дефицита знаний об окружающем мире, как путь установления конструктивного общения, что в свою очередь способствует эффективной социальной адаптации и формированию адекватной самооценки и установки на преодоление затруднённого общения.

Литература

1. Абульханова К.А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избранные психологические труды. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1999. — 224 с.
2. Самохвалова, А.Г. Структурно-динамическая концепция затруднённого общения в онтогенезе ребенка : дис. ... доктора психологических наук : 19.00.13 / Самохвалова Анна Геннадьевна; [Место защиты: Костром. гос. ун-т им. Н.А. Некрасова]. - Кострома, 2015. - 673 с.
3. Лозован, Л.Я. Формирование коммуникативных умений младших школьников : автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.01 / Кемеров. гос. ун-т. - Кемерово, 2005. - 19 с.
4. Самохвалова А.Г. Коммуникативные трудности первоклассников в учебной деятельности // Системогенез учебной и профессиональной деятельности 2015. С. 98-100 [Электронный ресурс] // URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24805717> (Дата обращения 25.09.2022)
5. Прихожан А.М. Эмпатия и децентрация как универсальные учебные действия в контексте формирования психологической грамотности младших школьников // Вестник рггу. Серия: психология. Педагогика. Образование 2015. № 10 (153). С. 9-24 [Электронный ресурс] // URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23681652> (Дата обращения 25.09.2022)

**СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ПСИХИЧЕСКОГО
ВЫГОРАНИЯ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Стулова А.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье описаны современные исследования феномена психического выгорания работников сферы здравоохранения. Психическое выгорание, связанное со стрессом на рабочем месте, испытывают медсестры, врачи, которые регулярно сталкиваются с травмами, страданиями и высокими нагрузками. Выгорание может негативно сказаться на уходе за пациентами и иметь пагубные последствия для физического и психического здоровья самих работников.

Ключевые слова: *современные исследования, психическое выгорание, здравоохранение, врачи, медицинские сестры.*

**MODERN STUDIES OF THE PHENOMENON OF BURNOUT OF HEALTH
WORKERS: STATUS AND PROSPECTS**

Stulova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. The article describes modern studies of the phenomenon of mental burnout of healthcare workers. Workplace stress-related burnout is experienced by nurses and doctors who regularly face trauma, suffering and high workloads. Burnout can adversely affect patient care and have detrimental effects on the physical and mental health of workers themselves.

Key words: *modern research, mental burnout, healthcare, doctors, nurses.*

Работа в сфере здравоохранения может быть исключительно полезным призванием. Однако требования обучения и практики могут привести к хроническому дистрессу и серьезным психологическим, межличностным и личным проблемам со здоровьем. Хотя среди медицинских работников были

зарегистрированы более высокие уровни выгорания, депрессии и самоубийств, лишь меньшинство получает лечение, так как опасения по поводу конфиденциальности, стигматизации, потенциальных последствий для карьеры, а также финансовых и временных ограничений являются ключевыми препятствиями.

Выгорание выявлено примерно у половины всех практикующих врачей. В описательном обзоре английских авторов исследуется взаимосвязь между выгоранием, депрессией и самоубийством, уделяя особое внимание анестезиологу (Кун СМ, Фланаган ЕМ., Джан Джей Анаст. 2017).

Авторы провели поиск в существующей англоязычной литературе через PubMed с 1986 г. по настоящее время, используя поисковые термины «выгорание врача», «депрессия» и «самоубийство», уделяя особое внимание исследованиям и стратегиям решения этих проблем.

Среди врачей увеличилось количество случаев эмоционального выгорания и депрессии, в то время как уровень самоубийств остался примерно на том же уровне. Существует много факторов, связанных с выгоранием и депрессией, а также множество причин. Некоторые индивидуальные факторы включают пол, объем социальной поддержки и историю психического здоровья. Системные факторы, которые играют роль в выгорании и депрессии, включают загруженность работой, требования к электронным медицинским картам, производственную нагрузку и отсутствие контроля над своей профессиональной жизнью. Заявки на получение медицинской лицензии включают вопросы, которые усиливают стигму психологического стресса и отбивают у врачей охоту обращаться за соответствующей помощью.

Концепция благополучия врача многоаспектна и включает в себя факторы, связанные с каждым врачом как с личностью, так и с рабочей средой. Медицинские работники должны активно заниматься самолечением. Практики и организации здравоохранения должны оценивать баланс между требованиями, которые они предъявляют к врачам, и ресурсами, предоставляемыми для поддержания вовлеченного, продуктивного и удовлетворенного персонала врачей.

Ученые из Афин изучали выгорание медсестер и связанные с ним факторы риска во время пандемии COVID-19 (Галанис П., Врака И., Фрагкоу Д., Билали А., Кайтелиду Д., 2021). Критериям включения соответствовали 16 исследований, в которых приняли участие 18 935 медсестер. Общая распространенность эмоционального истощения составила 34,1 %, деперсонализации — 12,6 %, отсутствия личных достижений — 15,2 %. Основными факторами риска, которые увеличили выгорание медсестер, были следующие: более молодой возраст, снижение социальной поддержки, низкая готовность семьи и коллег справиться со вспышкой COVID-19, повышенная предполагаемая угроза заражения, более длительное время работы в карантинных зонах, работа в среда высокого риска, работа в больницах с неадекватными и недостаточными материальными и человеческими ресурсами,

повышенная рабочая нагрузка и более низкий уровень специализированной подготовки по COVID-19 [4].

Американскими исследователями описана теория сохранения ресурсов в выгорании медсестры и безопасности пациентов (Патрисия А., Дэвид Э. Вэнс и др., 2017). Данная теория объясняет, что выгорание происходит в результате предполагаемой или фактической потери ресурсов. Кроме того, выгорание медсестер может повлиять на производительность труда, что приведет к снижению бдительности и общему качеству ухода. Организации здравоохранения и администрация сестринского дела должны разработать стратегии защиты медсестер от угрозы потери ресурсов, чтобы уменьшить выгорание медсестер, что может повысить безопасность медсестер и пациентов. Теория сохранения ресурсов может направлять меры по снижению выгорания и будущие исследования, в которых изучается взаимосвязь между выгоранием профессиональных медсестер и безопасностью пациентов.

Крупномасштабное исследование травм, выгорания и посттравматического роста среди медсестер во время пандемии COVID-19 провели китайские ученые (Руи Чен, Чао Сун, Цзянь-Цзюнь Чен и др., 2021). В ходе проведения данного исследования были выявлены факторы, связанные с травмой, выгоранием и посттравматическим ростом, были проанализированы с использованием логистической и множественной регрессий. Всего в опросе приняли участие 12 596 человек, из них 52,3% работали в больницах, назначенных для лечения COVID-19. По завершении опроса в апреле 13,3% сообщили о травме (травма ≥ 6 баллов), об умеренной степени эмоционального истощения, а у 4949 (39,3%) наблюдался посттравматический рост. На сегодняшний день это первое крупномасштабное исследование, в котором сообщается о показателях травматизма и выгорания медсестер во время пандемии COVID-19. Исследование показывает, что медсестры, которые идентифицировали себя как женщины, работающие в отделениях интенсивной терапии, больницах, назначенных для лечения COVID-19, и отделениях, занимающихся лечением пациентов с COVID-19, имели более высокие показатели психического здоровья. Будущие исследования могут быть сосредоточены на выявленных в исследовании факторах, которые могут привести к более эффективным стратегиям профилактики и лечения неблагоприятных последствий для здоровья и более эффективному использованию ресурсов для достижения положительных результатов [3].

Работники здравоохранения подвержены высокому уровню рабочего стресса и эмоционального выгорания из-за психологических и эмоциональных требований их работы, а также из-за других аспектов, связанных с организацией этой работы. Национальные усилия должны быть объединены для поддержки врачей, обращающихся за помощью в связи с физическими и психологическими проблемами со здоровьем. Как известно из концепции

Дж.Гилфорда, способность правильно понимать поведение людей необходима для эффективного межличностного взаимодействия и успешной социальной адаптации. Степень его выраженности может способствовать или препятствовать успешности преодоления стрессов, в том числе в сфере детско-родительских отношений [1; 2].

Сара Поспос, Иланит Тал Янг, Нэнси Даунс и др. американские ученые утверждают о том, что веб-приложения и мобильные приложения смягчают стресс, выгорание, депрессию и суицидальные мысли у некоторых групп населения и могут обходить эти барьеры. Они провели поиск в PubMed статей, посвященных оценке стресса, эмоционального выгорания, депрессии и предотвращению самоубийств или вмешательству для студентов или поставщиков медицинских услуг, и выявили пять категорий программ со значительной эффективностью: когнитивно-поведенческая терапия (онлайн), медитация, осознанность, методы дыхания и релаксации. Ученые выбрали семь ресурсов по пяти общим категориям, предназначенным для улучшения самочувствия и снижения риска эмоционального выгорания, депрессии и самоубийства среди медицинских работников: дыхание (Breath2Relax), медитация (Headspace, управляемые аудиозаписи для медитации), когнитивно-поведенческая терапия в Интернете (MoodGYM, Stress Gym) и приложения для предотвращения самоубийств (Stay Alive, Virtual Hope Box). Этот список служит отправной точкой для улучшения совладания со стрессорами в качестве студента-медика или специалиста, чтобы помочь смягчить эмоциональное выгорание, депрессию и суицидальные наклонности. Следующие шаги включают в себя адаптацию стратегий цифрового здравоохранения к конкретным потребностям поставщиков медицинских услуг с конечной целью облегчения личного ухода, когда это необходимо (Сара Поспос, Иланит Тал Янг, Нэнси Даунс, 2017) [6].

Испанскими исследователями описывается обоснование и дизайн исследования MINDUDD, цель которого состоит в том, чтобы оценить эффективность программы осознанности и сострадания к себе из 4 сеансов для снижения стресса на работе и выгорания в семейной и общественной медицине (Перула-де Торрес Л.А., Аталая Х.К.В., Гарсия-Кампайо Х., 2017) [5].

Данное исследование (MINDUDD) представляет собой многоцентровое кластерное рандомизированное контролируемое исследование с тремя параллельными группами. Шесть учебных единиц рандомизированы в одну из трех учебных групп: 1) Экспериментальная группа-8 (ЭГ8); 2) Экспериментальная группа-4 (ЭГ4) Контрольная группа (КГ). Коррекция основана на программе «Снижение стресса на основе осознанности» (MBSR), включая некоторые практики самосострадания в рамках программы «Осознанное самосострадание» (MSC). Вмешательство EG8 осуществляется в течение 8 еженедельных очных сессий по 2,5 часа каждая, тогда как

вмешательство EG4 состоит из 4 сессий по 2,5 часа каждая. Участники тренируются дома по 30 минут в день в EG8 и 15 минут в день в EG4. Измерения изучаются на исходном уровне, в конце программ и через три месяца после их завершения. Эффект вмешательств оценивается с помощью двумерного и многомерного анализа (множественная линейная регрессия).

Данная программа эффективна, ее включение в учебную программу и планы тренировок уместно. Она также применяется специалистами первичной медико-санитарной помощи и может распространяться не только на учреждения по уходу, но и на академическую и преподавательскую среду [5].

Современные исследования психического выгорания в сфере медицины позволяют выявить основные причины возникновения данного феномена, а также определить эффективные способы и методы профилактики и коррекции.

Литература

1. Молчанова Л.Н., Чеканова А.В. Особенности взаимосвязи психического выгорания и социального интеллекта матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха // Перспективы науки и образования. 2019. № 3 (39). С. 290-299.
2. Чеканова А.В., Молчанова Л.Н. Проблема детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с нарушениями слуха / В сборнике: ЛУЧШАЯ НАУЧНАЯ СТАТЬЯ 2016. сборник статей III Международного научно-практического конкурса. Пенза, 2016. С. 173-176.
3. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, Chou KR. A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic, 2021.
4. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou. [Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.](#), 2021.
5. Pérula-de Torres LA, Atalaya JCV, García-Campayo J, Roldán-Villalobos A, Magallón-Botaya R, Bartolomé-Moreno C, Moreno-Martos H, Melús-Palazón E, Liétor-Villajos N, Valverde-Bolívar FJ, Hachem-Salas N, Rodríguez LA, Navarro-Gil M, Epstein R, Cabezón-Crespo A, Moreno CM. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol, 2017.
6. Pospos S, Young IT, Downs N, Iglewicz A, Depp C, Chen JY, Newton I, Lee K, Light GA. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review, 2017.

УДК 159.93:376.4

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ
КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Турко Д.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: к. психол.н., зав.кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Кузнецова А. А.**

Аннотация. В статье приведены результаты библиометрического анализа проблемы применения метода сенсорной интеграции, рассмотрена история возникновения метода, а также дано общее представление о термине «сенсорная интеграция».

Ключевые слова: нарушения психического развития, коррекция, сенсорная интеграция.

**APPLICATION OF THE METHOD OF SENSORY INTEGRATION IN
CORRECTIONAL WORK WITH CHILDREN WITH MENTAL
DEVELOPMENT DISTURBANCES**

Turko D.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Candidate of Psychology, Head of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor Kuznetsova A. A.**

Abstract. The article presents the results of a bibliometric analysis of the problem of applying the sensory integration method, examines the history of the method, and also gives a general idea of the term "sensory integration".

Key words: disorders of mental development, correction, sensory integration.

Актуальность. Разработка эффективных методов нейропсихологической коррекции является одной из актуальных проблем нейропсихологии, педагогики и дефектологии. Данная проблема связана с ростом количества детей и подростков, имеющих физические и психические нарушения, которые нуждаются в обеспечении достаточного уровня социальной адаптации. В литературе такая категория детей включена в термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Дадим определение приведённого термина: «Дети с ОВЗ – это дети, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом

развитии, имеющие значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания» [3,5].

Согласно официальным данным Министерства просвещения РФ, в стране количество обучающихся с ОВЗ составляет более 1,15 миллионов человек, количество детей с ОВЗ в дошкольных учреждениях составляет 517 343 человека (6,8% от общего количества воспитанников), в учреждениях СПО обучается 13 626 человек, в частных образовательных организациях – 200 916 человек [6]. В данную статистику не вошли дети с ОВЗ, которые не посещают образовательные учреждения, а значит их число значительно больше. Увеличение количества детей с ОВЗ связано с рядом факторов: снижение детской смертности и увеличение количества недоношенных детей, развитие медицинской диагностики, появление новых технологий, позволяющих своевременно выявить те или иные нарушения, поздний возраст матерей.

Следовательно, одним из приоритетных направлений государственной политики в отношении детей с ОВЗ является обеспечение условий для получения образования и достойной социальной адаптации. Использование качественных методов нейропсихологической коррекции позволит создать необходимые условия.

Цель исследования: теоретический анализ проблемы применения метода сенсорной интеграции при коррекционной работе с детьми, имеющими нарушения психического развития.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе библиометрического анализа научных работ на базе Elibrary.ru и англоязычной текстовой базы данных медицинских публикаций PubMed. Также была использована программа VOSviewer версии 1.6.17 с целью визуализации полученных результатов и построения библиометрических карт.

Под сенсорной интеграцией понимают процесс восприятия стимулов окружающей среды с помощью анализаторных систем, их дальнейшую обработку в различных зонах головного мозга и объединение в целостную картину воспринимаемой реальности. Сенсорная интеграция обеспечивает связь человека с окружающей средой, выбор адекватного способа поведения, реализации произвольной деятельности. Процесс сенсорной интеграции начинается с первых недель внутриутробного развития и наиболее интенсивно протекает до 6-7 лет, обеспечивая нормальное психическое развитие ребёнка. Согласно проведённым исследованиям, было выделено четыре основных типа нарушения сенсорной интеграции: 1) сенсорная защита; 2) гравитационная неуверенность; 3) гипореактивность; 4) непереносимость движений [2]. Теречева М.Н., Павлова Л.Н. отмечают наличие того или иного нарушения сенсорной интеграции при таких заболеваниях, как церебральный паралич, тяжёлые нарушения речи, расстройства аутистического спектра, задержка психического развития [2].

В 50-е гг. XX в. в США была разработана теория сенсорной интеграции, автором которой является логопед, психолог, эрготерапевт Джейн Айрес. В 1963 г. она ввела термин «Ayres Sensory Integration». Метод сенсорной терапии позволяет воздействовать на работу анализаторных систем в условиях координации сенсорных систем [4].

Результаты исследования. Библиометрический анализ проводился на основе научных публикаций, размещённых на базе электронной научной библиотеки Elibrary.ru, в период с 2014 по 2022 года. В указанный период было опубликовано 6326 статей из 40559008 работ, размещённых в базе. Наибольшая публикационная активность заметна в 2017 г. (491 публикация), 2018 г. (640 публикаций), 2019 г. (521 публикация) и в 2020 г. (633 публикации), результаты анализа представлены в виде графика (рис.1). Возросший интерес к данной проблеме связан с ростом детей, имеющих нарушения психического развития.

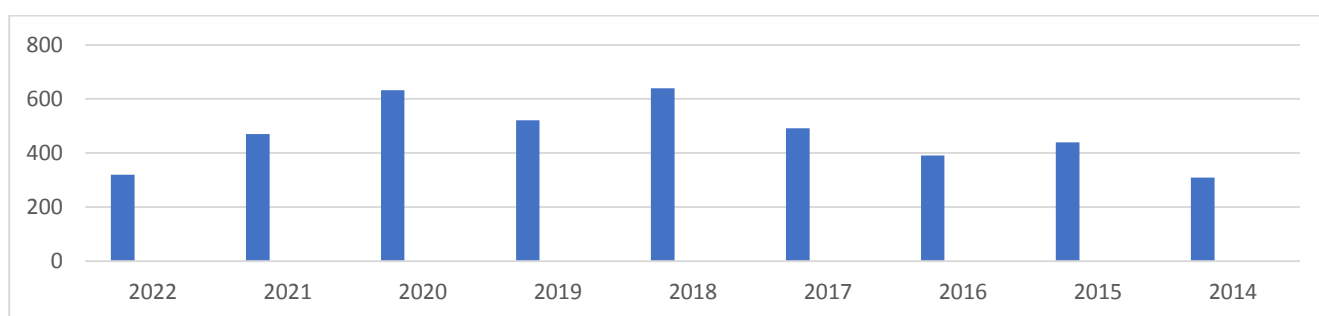


Рис. 1. Распределение по годам научных публикаций на тему «метод сенсорной интеграции в коррекционной работе с детьми, имеющими нарушения психического развития» (Elibrary.ru)

По тематике публикации распределены следующим образом: «народное образование, педагогика» – 1806 статей, «медицина и здравоохранение» – 1556, «психология» – 1290. Следовательно, проблема сенсорной интеграции является междисциплинарной, так как затрагивает сферу психологии, медицины и педагогики.

Заслуживает отдельного внимания анализ публикационной активности среди авторов. Так, по данному запросу наибольшее количество работ принадлежит Николаевой Е.И., доктору биологических наук, профессору Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. Она изучает связь сенсорной интеграции с интеллектом и креативностью у подростков, психофизиологические показатели сенсорной интеграции, особенности сенсорной интеграции у подростков, у людей с разным профилем функциональной асимметрии.

Для сравнения был проведен анализ зарубежных исследований, которые представлены на англоязычной текстовой базе данных медицинских публикаций PubMed за период 2010-2022 гг. В этот период было опубликовано 3389 работ, посвящённых обозначенной проблеме. Пики публикационной активности отмечаются в 2018 г. (389), 2020 г. (377) и 2021 г. (433), результаты анализа отражены на графике (рис.2).

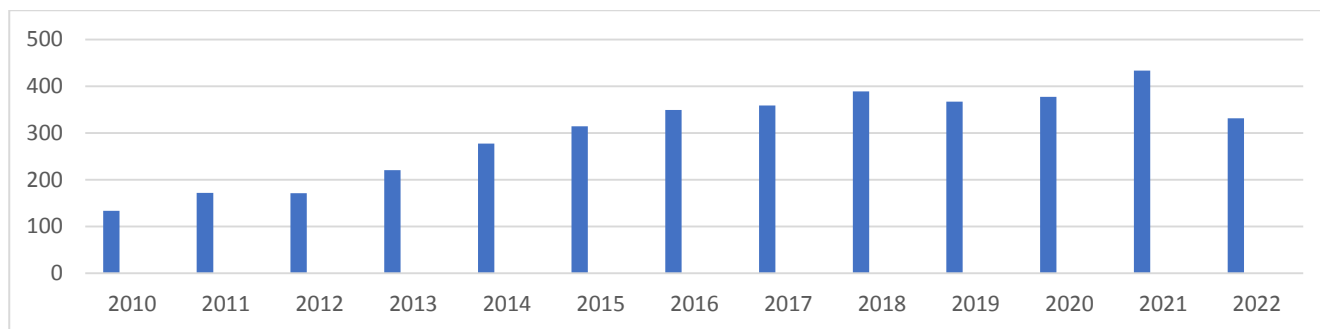


Рис. 2. Распределение по годам научных публикаций на тему «метод сенсорной интеграции» (PubMed).

В ходе исследования нами была проведена статистическая обработка данных при помощи программы VOSviewer, анализировались научные публикации из базы PubMed. В качестве запроса была использована формулировка «метод сенсорной интеграции». Результатом исследования является библиометрическая карта, отражающая кластеры взаимосвязанных слов и словосочетаний. В карте отражены связи таких понятий, как «люди», «средний возраст», «юношеский возраст», «дети». В зарубежных работах описаны исследования изучения процесса сенсорной интеграции с помощью аппаратных методов, таких как магнитно-резонансная томография, фотостимуляция, картирование мозга, которые позволяют оценить взаимодействие различных структур мозга в процессе обработки сенсорных стимулов. Также на карте видны значительные связи по кластеру «животные», в которые входят понятия «временной фактор», «крысы», «время реакции», «фотостимуляция», «потенциал активации». Это позволяет сделать вывод о том, что часть зарубежных исследований посвящено изучению психофизиологического механизма сенсорной обработки и интеграции, которые в том числе проводятся на животных. Полученные результаты отражены в виде библиометрической карты (рис.3).

- психологические, поведенческие и речевые нарушения // Таврический журнал психиатрии. 2015. №4 (73). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sensornaya-integratsiya-kak-psihokorreksionnyy-metod-v-rabote-s-detmi-rannego-i-doshkolnogo-vozrasta-imeyuschimi-psihologicheskie> (дата обращения: 04.11.2022).
2. Арсеньева М.В., Ивлева М.Г. Изучение сенсорно-интегративной дисфункции у детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья // Проблемы современного педагогического образования. 2021. №70-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-sensorno-integrativnoy-disfunktsii-u-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (дата обращения: 04.11.2022).
3. Блинова К.В. Особенности коррекционной работы над схемой тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2019. С. 22-28.
4. Денисова А.С., Савельева Ю.В. Сенсорная интеграция – метод терапии в реабилитации детей с тяжёлыми множественными нарушениями в развитии // E-Scio. 2022. №1 (64). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sensornaya-integratsiya-metod-terapii-v-reabilitatsii-detey-s-tyazhelymi-mnozhestvennymi-narusheniyami-v-razviti> (дата обращения: 04.11.2022).
5. Козырева О.А. Анализ дефиниции "лицо с ограниченными возможностями здоровья" // The Newman in Foreign policy. 2017. №37 (81). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-definitsii-litso-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (дата обращения: 04.11.2022).
6. Минпросвещения России: Дети с особыми образовательными потребностями [Электронный ресурс], Режим доступа: URL: https://edu.gov.ru/activity/main_activities/limited_health/, дата обращения 11.11.2022

**ПРИЧИНЫ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАБОТУ СРЕДНЕГО
МЕДПЕРСОНАЛА**

Филончик Н. Е

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

**Научный руководитель – доктор медицинских наук, доцент
Сквира И.М.**

Аннотация. В статье представлены результаты, полученные в ходе опроса медицинских сестер на уровень тревожности и причины развития стресса.

Ключевые слова: *стресс, стрессоустойчивость, медицинские сестры.*

**CAUSES OF STRESS AND ITS IMPACT ON THE WORK OF THE
AVERAGE MEDICAL STAFF**

Filonchik N. E.

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

**Scientific advisor: Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Skvira I.M.**

Abstract. The article presents the results obtained in the course of a survey of nurses on the level of anxiety and the causes of stress.

Key words: *stress, stressresistance, nurses.*

Введение. Стресс – неспецифическая адаптационная реакция организма (НАРО), возникающая в ответ на действия сильных раздражителей и изменения в окружающей среде, приводящая к нарушению гомеостаза.

Стресс присутствует в жизни каждого человека и является одной из наиболее распространенных причин неблагополучия, страданий и неудач как в личной жизни, так и в профессиональной сфере. Hans Selye выделил три стадии развития стресса:

1. Реакция тревоги, которая выражается в мобилизации ресурсов организма.

2. Стадия сопротивления, когда организму удается справиться с негативными воздействиями. В это время может наблюдаться повышенная стрессоустойчивость. Если действие вредоносных факторов не удается устранить, то наступает следующая стадия.

3. Стадия истощения. Приспособительные возможности организма снижаются, что может привести к стрессовым перегрузкам, проблемам со здоровьем. Но наступление этой стадии необязательно [1].

Медицинским работникам в процессе оказания помощи пациентам постоянно приходится сталкиваться со стрессовыми ситуациями, особенно в периоды массового наплыва пациентов, каким и оказались последние годы пандемии COVID'19. В то же время условия, в которых приходилось работать медицинскому персоналу в это время, особенно медицинским сестрам при оказании помощи самым тяжелым пациентам, мало освещено в научной литературе.

Цель. Изучить причины развития стресса и его влияние на работу медицинских сестер в условиях COVID'19.

Материалы и методы исследования. Для оценки результатов исследования был использован социологический метод. В анкетировании приняли участие 30 медицинских сестер реанимационных отделений. Опрос был представлен в виде анкеты «Причины развития стресса медицинских сестер», теста Спилбергера-Ханина для определения уровня тревожности.

Результаты. По результатам анкеты «Причины развития стресса медицинских сестер» выяснилось, что из 30 респондентов (5, или 17%) отмечали отсутствие четких рабочих нормативных документов; превышение обязанностей над правами (9, или 30%); ошибки сотрудников (12, или 40%), что негативно влияет на качество выполняемой работы, особенно в условиях распространения COVID'19.

Оказалось, из опрошенных только единицы (1, или 3%) жаловались на «Слабое техническое оснащение», «Вызовы к начальству», «Конфликтные ситуации и напряженные отношения с руководством», что свидетельствует о дружных коллективах в Гомельских больницах и хорошей технической базе, факторах, которые благотворно сказывались на психическом здоровье работников и их трудовой деятельности во время пандемии.

Погрешности в поставленных задачах, отсутствие условий, которые необходимы для качественной работы, а также неадекватные реакции коллег на указания начальства тревожат 2-х (7%) опрошенных. Халатное отношение коллег к обязанностям и предвзятое отношение со стороны руководства отметили по 6 (20%) респондентов, что является незначительным показателем и говорит о хороших условиях работы, уважительном отношении руководства к медицинским сестрам в их тяжелой работе.

Небольшое количество опрошенных беспокоило постановка начальником трудноосуществимых задач (4, или 13%). Нарушение трудовой дисциплины сотрудниками (коллегами), ненормированный рабочий день — по 8, (26,7%) респондентов.

Из 30 медицинских сестер большинство (14, или 46,7%) волновали бытовые проблемы, лишняя работа с бумагами; дополнительная нагрузка (15, или 50%), что занимает много времени, а из-за этого его остается намного меньше на основную работу. Все эти факторы безусловно отрицательно сказывались на здоровье работников, их психическом благополучии и качестве выполняемой работы.

Наибольшее количество человек (16, или 53%) выделили низкую заработную плату, а также семейную и бытовую неустроенность, однако, беседуя с медицинскими сестрами, выяснилось, что проблемы и недопонимание в семье существенно не отражались на трудовой деятельности и качестве работы медперсонала.

По результатам прохождения теста Спилбергера-Ханина выяснилось, что 26 (86,7%) опрошенных испытывали умеренный уровень тревожности, 4 (13,3%) медицинские сестры — низкий.

Выводы. На основании полученных данных был сделан вывод, что медицинские сестры реанимационных отделений даже в сложное время пандемии COVID'19 и с большим количеством тяжелых пациентов обладали высокой стрессоустойчивостью. Многие из них ежедневно подвергались воздействию стрессовых факторов, что могли бы негативно сказаться на их профессиональной деятельности, однако этого не происходило.

По данным тестирования выяснилось, что в настоящее время больницы оснащены современным оборудованием, что позволяет комфортно и качественно выполнять свою работу, не принося неудобств медицинским работникам. Личных конфликтов с коллегами также практически не выявилось, многие всегда готовы помочь друг другу, что говорит о сплоченных коллективах и благоприятно сказывается на психическом состоянии сестер.

Большое количество работников беспокоила лишняя работа с бумагами и дополнительная нагрузка, что отнимало много времени и сил медперсонала, а также низкая заработная плата.

Исходя из результатов тестирования и бесед, проведенных с опрошенными, можно сделать вывод, что работа не являлась основной причиной развития стресса. Большинство проблем возникало из-за личных переживаний и бытовых проблем, однако это не влияло на качество работы, отношения с коллегами, пациентами и их родственниками.

Наши медицинские сестры отличаются безусловной стойкостью и храбростью, они готовы помогать людям даже в самые тяжелые и непростые времена.

Литература

1. Борисова И.А. Жизнь без стресса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/en/dlya-belorusskikh-grazhdan/profilaktika-zabolevaniy/profilaktika-depressiy-stressov-suitsidov/zhizn-bez-stressa.php>. – Дата доступа: 01.11.2022.
2. Трапезникова А. М., Финогенко Е. И. Стрессоустойчивость как профессионально важное качество работников медицинских профессий // Молодежный вестник ИргТУ. –2015. – № 2. – С. 45.

**АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

Хоменко К.М.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.м.н., зав.кафедрой психиатрии и психосоматики,
доцент Пастух И.А.**

Аннотация. В данной статье рассмотрена специфика формирования эмоциональной сферы младших школьников с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Выявлены особенности дифференциации, идентификации и социального взаимодействия данной категории детей.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, дифференциация эмоций, обозначение эмоций, СДВГ, эмоции.

**AFFECTIVE SPHERE OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER**

Khomenko K.M.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: MD, Head of the Department of Psychiatry and
Psychosomatics, Associate Professor Pastukh I.A.**

Abstract. This article examines the specifics of the formation of the emotional sphere of younger schoolchildren with manifestations of attention deficit hyperactivity disorder. The features of differentiation, identification and social interaction of this category of children are revealed.

Key words: emotional intelligence, differentiation of emotions, designation of emotions, ADHD, emotions.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) имеет в своей основе минимальное органическое поражение мозга и проявляется нарушениями высших психических функций (внимания, памяти, мышления), задержкой психического развития, нарушениями координации тонких движений, трудностями зрительно-пространственной координации, эмоциональной лабильностью. Перечисленные нарушения выражаются в поведенческих расстройствах, представленных оппозиционным расстройством

(ребенок не выполняет просьб, делает все наоборот, требует выполнения своих просьб, нарушает запреты, правила), асоциальным расстройством (ребенок демонстрирует асоциальное агрессивное поведение, убегает из дома, вступает в драки, ворует). СДВГ также сопровождается расстройством школьных навыков, расстройством сна, заниженной самооценкой, нарушением эмоционального интеллекта, высокой тревожностью в межличностных контактах, неспособностью выстраивать социальные отношения, слабой модулированностью поведения [1,2,4].

Целью настоящего исследования было выявление особенностей аффективной сферы у младших школьников, имеющих синдром дефицита внимания и гиперактивности смешанного типа. Объектом исследования выступили особенности идентификации эмоций, а также выявление причинно-следственных связей между переживаемыми эмоциями и событиями их вызывающими. В исследовании приняло участие 20 детей 9±1 лет. Основная группа составила 10 детей, имеющих СДВГ смешанного типа (сочетание выраженных проявлений нарушений внимания и гиперактивности). Контрольная группа составила 10 «условно здоровых» детей. Нами были использованы экстенсивные методы: изучение анамнеза, анализ медицинской документации, психолого-педагогических характеристик, анализ продуктов деятельности ребенка, а также тест личностных отношений, социальных эмоций и ценностных реакций «Домики» А.О. Ореховой, установление причинно-следственных связей между событиями, разработана Л.Ф. Фатиховой [3,5].

Полученные в ходе проведенного исследования данные подтверждают наличие трудностей различения, обозначения и расшифровки эмоций на портретах и в социальных ситуациях. Дети, входящие в основную группу, характеризуя эмоции детей, изображенных на стимульном материале, использовали ограниченный набор эмоциональных состояний: «грусть, обида, радость», затруднялись в дифференциации грусти и злости, страха и удивления. При заполнении бланка методики «Домики» испытуемые основной группы значительно чаще (70%) демонстрировали инверсию цветового градусника, что указывает на трудности различения и восприятия социальных эмоций. Кроме того, испытуемые, страдающие СДВГ, значительно чаще (80%) испытывали затруднения, выявляя причинно-следственные связи между событиями, интерпретируя поступки детей, изображенных на картинках. Они прибегают к описанию действий, выражения лица детей. При интерпретации поступков и эмоциональных состояний испытуемые пользуются первым видом помощи (указание экспериментатора на неверный ответ и стимуляция верного ответа с помощью дополнительных вопросов). В то время как в контрольной группе 20% детей демонстрировали инверсию цветового градусника и имели затруднения при установлении причинно-следственных связей между событиями. Остальные 80% испытуемых самостоятельно описывали, интерпретировали, а также давали положительную или отрицательную оценку эмоциональным состояниям персонажей. Результаты носят предварительный

характер и указывают на необходимость проведения психо-коррекционной программы, направленной на гармонизацию эмоциональной сферы данной категории детей.

Литература

1. Конева И.А., Зайцева С.А. Особенности аффективно-личностного развития и его коррекция у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / И.А. Конева, С.А. Зайцева // Проблемы современного педагогического образования. - 2022, № 75-2, - С. 185-189.
2. Набойченко Е.С., Абшилава Э.Ф. Этиология, патогенез и клинические проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности в различные периоды онтогенеза / Е.С. Набойченко, Э.Ф. Абшилава // Педагогическое образование в России. - 2016, № 1, - С. 183-187.
3. Орехова О.А. Цветовая диагностика эмоций ребенка / О.А. Орехова - СПб.: Речь, - 2002. - 304 с.
4. Погосов А.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: метод. пособие / А.В. Погосов, И.А. Пастух - Курск: КГМУ, 2016. – 200 с.
5. Фатихова Л.Ф. Диагностический комплекс для психолого-педагогического обследования детей с интеллектуальными нарушениями: учебно-методическое пособие / Л.Ф. Фатихова - Уфа : Изд-во. Уфимский филиал ГОУ ВПО «МГГУ ИМ. М.А. Шолохова», - 2010. – 120.

**ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ**
Цурина Т.Г.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: к. психол.н., зав.кафедрой психологии здоровья и
нейропсихологии, доцент Кузнецова А. А.**

Аннотация. В настоящей статье описан клинический случай на примере обследования слабослышающего ребенка младшего школьного возраста. Выявлены особенности двигательной сферы, а также возможности коррекции.

Ключевые слова: дети с нарушениями слуха, слабослышащие, психологическая диагностика, клинический случай.

**FEATURES OF THE MOTOR SPHERE IN HEARING-IMPAIRED
CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE: A CLINICAL CASE**
Tsurina T.G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Candidate of Psychology, Head of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor Kuznetsova A. A.**

Abstract. This article describes a clinical case on the example of an examination of a hearing-impaired child of primary school age. Violations in the motor sphere were revealed, as well as the possibility of correction.

Key words: children with hearing impairments, hearing impaired, psychological diagnosis, clinical case.

Актуальность. Данная тема актуальна, так как в настоящий момент идет активное изучение всех сфер психической жизни у больных с нарушениями слуха с целью установить вторичные нарушения, так сказать, последствия слуховых дефектов, и выявить сохранные стороны психики. Исследование двигательной сферы еще не окончено и активный интерес к данной тематике сохранен [4].

Следует установить, что слабослышащие дети с нарушением слуха слышат звуки интенсивностью 20 - 50 дБ и более (тугоухость 1 степени), интенсивностью 50 - 70 дБ и более (тугоухость 2 степени) при достаточно большом диапазоне различия звуков по высоте (в среднем от 1000 до 4000 Гц).

Методы и материалы. Методы нейропсихологической диагностики высших корковых функций [3]. Диагностика ребенка проводилась на базе ОКОУ «Курская школа-интернат».

Результаты и обсуждение. Мальчик, 11 лет, слабослышащий, учится в 5 классе. К контакту доступен. Темп деятельности быстрый, активный. На вопросы отвечает быстро, иногда выходит за рамки вопроса и рассказывает больше. Истощаемость низкая, только в случаях не интересных обследуемому заданий. Выявлены высокая отвлекаемость, активность. Неусидчивость, беспорядочные движения руками, шатания парты, рассматривание предметов на столе. Быстро переключается при выполнении методики на другую деятельность, но во время выполнения проявляет должный интерес. При выполнении методик инструкцию понимает и усваивает; в силу особенностей слуха – иногда не с первого раза. Задания выполняет в соответствии с инструкцией, но не долго. Обследуемого быстро захватывает игровая деятельность и он просит поменяться местами в выполнении методики или начинает делать то, что в данный момент ему больше всего хочется, например, рисует.

Речевая продукция очень активная, много говорит, отвечает на все вопросы. Когда видит, что его не понимают – старается объяснить или переключается на другую деятельность или вопрос. С трудом выговаривает согласные «р», «л». Произношение невнятное, почти не делает пауз между словами и предложениями. В процессе высказывания активно использует жестикуляцию, показывает то, о чем говорит. Например, рассказывая о своей семье – загибает пальцы, считая их, показывает очки, рассказывая, что у всех плохое зрение. Если видит недопонимание со стороны исследователя, идет на встречу и старается писать печатными буквами некоторые слова.

Эмоциональный, веселый. Выявлена неустойчивость и лабильность эмоций – может веселиться, потом задание быстро наскучивает, и он уже серьезен и ищет другое. Волевая сторона нестабильна – неспособен удерживать свое внимание на одном упражнении при малейшей неудаче, быстро переключается на следующее. Время занятия одним упражнением очень мало. При таких просьбах как «не качай сто», на короткое время прекращает, после чего снова начинает – сложно удерживать себя.

Наблюдается недостаточность в кинестетическом праксисе – путал позы пальцев. Не смог выполнить методику воспроизведения проб без зрительного контроля. Выявлены нарушения конструктивного праксиса – с трудом выполнял пробы на реципрокную координацию и кулак-ребро-ладонь, только с помощью психолога и медленным темпом. В пробах на рисунок выявлены нарушения в пространственном восприятии – домик и заборчик плоские, как и дорожка к ним. Рисунок не в центре, а левой половине листа. В регуляторном праксисе обнаружены нарушения в виде трудностей выбора руки (право/лево) при выполнении задания, смене рук (как в реципрокной координации). Начинает верно, после чего меняет руку и выполняет зеркально (психолог – правой, ребенок – левой) – нарушения пространственного праксиса. При

просьбе назвать пальчики и показать их выявлен дефицит в знаниях и расположении нужных пальчиков (не знает безымянный, большой; путает их с другими).

По характеру деятельности также были выявлены отличительные особенности. Устойчивость деятельности низкая, быстро переключается с одной методики на другую. Пробует – не доделывает и сразу бросает, переходя на другую, потом может попросить вернуться к предыдущей. Регуляторные функции развиты слабо – при просьбе что-то сделать, следует просьбе не долго, все забывает и продолжает отвлекаться на сторонние вещи.

Внимание неустойчивое, быстро переключается. В процессе выполнения задания иногда допускает ошибки из-за спешки. При выполнении пробы на реципрокную координацию допускал ошибки даже когда делал с психологом, т.к. старался выполнять быстро и не мог одновременно сосредоточиться на движениях психолога и на своих. Во время выполнения проб реагировал на малейшие посторонние звуки, поворачивался в их сторону. Требовалось снова обратить его внимание на задание.

Счет плохо развит, считает по пальцам. Писать умеет только отдельные печатные буквы. Осведомленность об окружающем мире нормальная.

Выводы. В ходе нейропсихологического исследования были выявлены особенности двигательной сферы младшего школьника, которые обеспечиваются первичным дефектом – дефицитностью слухового восприятия. В силу этого идет нарушение в других сферах – в качестве вторичного нарушения представлены пространственный праксис, конструктивный праксис [1,2], речь. Также, наблюдается трудность в овладении письмом и чтением (в 11 лет пишет печатными буквами и считает по пальцам). Также, можно заметить проявления СДВГ с гиперактивностью и нарушениями внимания. Но, несмотря на выраженные нарушения во внимании, двигательной сфере, ребенок достиг значительных успехов и смог адаптироваться к школьному обучению, преодолел трудности и овладел письмом, компенсировал нарушения внимания упорством, стремлением к послушанию и высокой заинтересованностью, прилагает усилия по самоконтролю. Выявленные возможности и сильные стороны личности ребенка могут стать опорными пунктами для дальнейшей коррекции и адаптации к старшим классам школы и другим видам деятельности.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности коррекционной работы над схемой тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2019. С. 22-28.
2. Елисеев Е. В., Кокорева Е. Г. Особенности структурно-функциональной организации мозга у детей с сенсорной депривацией // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2-1. С. 552.

3. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. [Электронный ресурс], Режим доступа: [URL: <https://pedlib.ru/Books/3/0287/index.shtml>], дата обращения 10.10.2022
4. Трофимова Г. В. Развитие движения у дошкольников с нарушением слуха. Мск.: Просвещение, 1979. С. 107.

**СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ВОЛОНТЕРОВ,
РЕАЛИЗУЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННУЮ
ДОБРОВОЛЬЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Черникова С.И.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье рассматриваются особенности развития эмоционального и социального интеллекта волонтеров, занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью. В процессе исследования выявлено, что у волонтеров преобладает средний уровень межличностного эмоционального интеллекта и низкий уровень развития социального интеллекта.

Ключевые слова: *социальный интеллект, эмоциональный интеллект, добровольчество, профессионально-ориентированное волонтерство.*

**SOCIAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE OF VOLUNTEERS
IMPLEMENTING PROFESSIONALLY-ORIENTED VOLUNTEER
ACTIVITIES**

Chernikova S.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. The article discusses the features of the development of emotional and social intelligence of volunteers engaged in professionally-oriented volunteering. The study revealed that the volunteers have an average level of interpersonal emotional intelligence and a low level of social intelligence.

Key words: *social intelligence, emotional intelligence, volunteerism, professionally-oriented volunteering*

Рост гражданской активности в стране за последнее десятилетие обусловил закрепление на законодательном уровне таких понятий как «институты гражданского общества», «некоммерческие организации», «добровольчество (волонтерство)». Закрепление категорий на законодательном уровне указывает на значимость данных направлений для России.

Добровольческая деятельность на территории России в целом, и Курской области, в частности, наиболее развита среди студенческой молодежи, что обусловлено не только потребностью в расширении круга контактов, но и приобретении новых социальных знаний, а также профессионально-ориентированного опыта [1,2].

Не менее значимую роль и особую актуальность в деятельности волонтера играет его социальный интеллект. Деятельность добровольца непосредственно осуществляется в поле «человек-человек», что подразумевает необходимость понимать своё собственное поведение, поведение другого человека, а также способность действовать в зависимости от ситуации, в следствии чего определяется успешность социального взаимодействия [8].

Проблема социального интеллекта рассматривалась в работах Г. Айзенка, Д. Гилфорда, Г. Олпорта, Э. Тондайка; Н. Н. Князевой, В. Н. Куницыной, Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова и др [4]. В отечественной психологии данный феномен впервые был описан М.И. Бобневой, которая утверждала, что общение с другими выступает основой формирования социального интеллекта на протяжении всей жизни [3]

Библиометрический анализ публикационной активности в информационном пространстве электронной библиотеки Elibrary.ru по запросу «социальный интеллект» показал, что за последние десять лет опубликовано не более 7174 исследований по данной проблеме. По запросу «социальный интеллект волонтеров» на пространстве электронной библиотеки Elibrary.ru публикаций нет.

В связи с чем, **целью** нашего исследования выступило изучение уровня развития социального и эмоционального интеллекта добровольцев, занимающихся профессионально-ориентированной волонтерской деятельностью.

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, а также АНО «Ресурсный центр добровольчества Курской области». Общий объем выборки составил 88 человек. Психодиагностика осуществлялась с использованием теста «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, в адаптации Е.С. Михайловой и опросника «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин). Полученные результаты обрабатывались с помощью компьютерной программы «Statistica 11.0». Используемые математические методы: описательные статистики и критерий U-Манна Уитни.

Диагностика эмоционального интеллекта волонтеров осуществлялась с помощью опросника «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин) [7] и выявила следующие результаты.

В экспериментальной и контрольной группах обнаружены средние значения по шкалам, входящим в межличностный эмоциональный интеллект («Понимание чужих эмоций»: «Управление чужими эмоциями» «Понимание своих эмоций» «Контроль экспрессии», «Межличностный эмоциональный интеллект», «Внутриличностный эмоциональный интеллект», «Понимание эмоций», «Управление эмоциями», что говорит о наличии у волонтеров

развитой эмпатии, отсутствии сложностей в понимании своих эмоций, а также эмоций подопечных.

Вместе с тем отмечается низкий уровень выраженности управления собственными эмоциями, что может проявляться в их нестабильности. Такие данные подтверждаются в исследованиях [5,6].

Таблица 1. Средние значения выраженности эмоционального интеллекта волонтеров

Наименование показателя	ЭГ		КГ	
	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный	$\bar{X} \pm \sigma$	качественный
Межличностный эмоциональный интеллект	41,61±1,08	среднее	44,61±6,64	среднее
Внутриличностный эмоциональный интеллект	39,86±0,89	среднее	43,45±8,14	среднее
Понимание эмоций	40,68±1,08	среднее	43,5±6,52	среднее
Управление эмоциями	40,61±0,95	среднее	44,27±7,18	среднее
Общий уровень эмоционального интеллекта	83,05±1,86	среднее	89,34±12,16	среднее

Исследование социального интеллекта проходило с помощью теста «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, в адаптации Е.С. Михайловой, результаты которого мы отразили в таблице 2:

Таблица 2. Средние значения показателей выраженности социального интеллекта по каждому субтесту у волонтеров

Групп	СБ 1	Кач.	СБ 2	Кач.	СБ 3	Кач.	СБ 4	Кач.	Композитная оценка
ПОВ	2,5	Ниже ср.	2,2	Ниже ср.	2	Ниже ср.	2,4	Ниже ср.	2
НПО	2,5	Ниже ср.	2,9	Ниже ср.	2,2	Ниже ср.	2,2	Ниже ср.	2,2

При анализе средних значений выраженности уровня социального интеллекта среди волонтеров, как в экспериментальной, так и в контрольной группе были обнаружены результаты на границе средне-низких – средних способностей к познанию поведения по всем субтестам.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что волонтеры могут испытывать некоторые трудности в понимании связи между своим поведением и его последствиями, в большей степени ориентируются на вербальное содержание сообщений, могут ошибаться в понимании слов собеседника и в анализе ситуаций межличностного взаимодействия.

Однако, при этом, нами были получены различия на высоком уровне статистической значимости по Субтесту №2 «Группы экспрессии»: $p=0,000127$, что мы отразили на Рисунке №1:

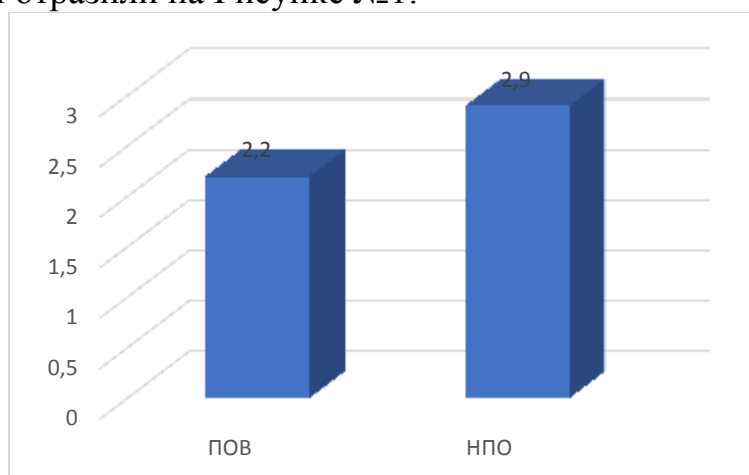


Рис.1. Различия в уровне понимания экспрессии у волонтеров

По результатам исследования, мы видим, что у волонтеров, не занимающихся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью уровень понимания экспрессии выше и ближе к нормативным значениям, нежели, чем у профессионально-ориентированных волонтеров. Полученные данные свидетельствуют о том, что волонтеры, не занимающиеся профессионально-ориентированной добровольческой деятельностью в большей степени способны правильно оценивать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что добровольцы обладают средним уровнем выраженности межличностного эмоционального интеллекта, и вместе с тем несколько заниженным уровнем развития внутриличностного эмоционального интеллекта что, проявляется в снижении контроля над управлением собственным эмоциональным фоном.

При этом, волонтеры показывают более низкие результаты в уровне развития социального интеллекта, что может проявляться в трудностях понимания последствий своего поведения, сложностях обработки невербальных сигналов собеседника и анализе ситуаций межличностного взаимодействия.

Литература

1. Блинова К.В. Психическое выгорание в профессионально-ориентированной волонтерской деятельности / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2020. С. 30-33.
2. Блинова К.В., Черникова С.И., Тодираш С.Е. Особенности профессиональной подготовки специалистов (волонтеров), сопровождающих

детей с ОВЗ / В сборнике: Межведомственное взаимодействие по вопросам сопровождения инклюзивного образования, профориентации и трудоустройства лиц с овз и инвалидностью в системе здравоохранения. Сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2021. С. 93-97.

3. Бобнева М. И. Психологические проблемы социального развития личности /М. И. Бобнева // Социальная психология личности / отв. ред. М. И. Бобнева, Е. В. Шорохова. – М.: Наука, 1979. – С. 35–62.

4. Бондарчук Е. В. Особенности развития эмоционального и социального интеллекта у будущих социальных педагогов и педагогов-психологов / Е. В. Бондарчук // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки. – 2021. – № 21-4. – С. 65-73. – EDN APWPUY.

5. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Взаимосвязи способов совладающего поведения и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности (В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19) / Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 4. С. 202-213.

6. Молчанова Л.Н., Блинова К.В. Взаимосвязи эмоционального интеллекта и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности / Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 3. С. 181-193.

7. Опросник на эмоциональный интеллект: новые психометрические данные [Электронный ресурс], Режим доступа: URL:http://creativity.ipras.ru/texts/books/social_IQ_2009/lusin_social_IQ_2009.pdf (дата обращения: 01.04.2022)

8. Ушаков Д. В. Социальный и эмоциональный интеллект: надежды, сомнения, перспективы. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. — С. 11 с.

**СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ У ПОДРОСТКОВ СО
СКЛОННОСТЬЮ К ДЕВИАНТНЫМ ФОРМАМ ПОВЕДЕНИЯ**

Чуйкова М. А., Невенченко С. М.

*Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, город Белгород, Российская Федерация*

**Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор
Разуваева Т.Н.**

Аннотация. Статья посвящена изучению стратегий поведения в конфликте у подростков со склонностью к девиантным формам поведения. Под девиантным поведением в статье понимается устойчивое поведение личности, не соответствующее принятым и устоявшимся в обществе нормам, правилам и законам. Мы предполагаем, что девиантное поведение, оказывающее влияние на социальное взаимодействие человека, проявляющееся в системе установок, ожиданий, социальных стереотипов, напрямую связано со стратегиями поведения в конфликте. Исследование проводилось на базе центра для работы с девиантными подростками г. Короча Белгородской области. В исследовании приняли участие подростки в возрасте 15-17 лет, в количестве 127 человек. Для сбора информации и проверки гипотезы были использованы эмпирические методы исследования (тесты, беседа, наблюдение, эксперимент), методы обработки данных (U-критерий Манна-Уитни) и интерпретационные методы (структурное описание). Результаты нашего исследования вносят теоретический и эмпирический вклад в изучение стратегий поведения в конфликте у подростков со склонностью к девиантным формам поведения.

Ключевые слова: *отклоняющееся поведение, девиантное поведение, стратегии поведения в конфликте, подросток.*

**STRATEGIES OF BEHAVIOR IN CONFLICT IN ADOLESCENTS WITH A
TENDENCY TO DEVIANT FORMS OF BEHAVIOR**

M.A. Chuykova, S.M. Nevenchenko

Belgorod State University, Belgorod, Russia

Scientific advisor: doctor of Sciences in Psychology, Professor Razuvaeva T.N.

Abstract. The article is devoted to the study of conflict behavior strategies in adolescents with a tendency to deviant forms of behavior. Deviant behavior in the article is understood as stable behavior of a person who does not comply with accepted and established norms, rules and laws in society. We assume that deviant behavior that affects human social interaction, manifested in a system of attitudes,

expectations, social stereotypes, is directly related to strategies of behavior in conflict. The study was conducted on the basis of the center for work with deviant adolescents in The crust of the Belgorod region. The study involved adolescents aged 15-17 years, in the number of 127 people. Empirical research methods (tests, conversation, observation, experiment), data processing methods (Mann-Whitney U-test) and interpretive methods (structural description) were used to collect information and test the hypothesis. The results of our study make a theoretical and empirical contribution to the study of conflict behavior strategies in adolescents with a tendency to deviant behaviors.

Key words: *deviant behavior, deviant behavior, strategies of behavior in conflict, teenager.*

В современном мире отмечается рост числа подростков с девиантным поведением. Термин «девиантное поведение» обозначает не только отклоняющиеся от общепринятых норм действия, но и позволяет описать определенные социальные отклонения. К основным признакам такого отклонения Е.В. Змановская относит историческую детерминированность, негативные последствия для общества, относительно массовый и относительно устойчивый характер во времени [5].

Наиболее широкую и распространенную классификацию девиантного поведения разработали Ц.П. Короленко и Т.А. Донских [6], в которой выделили: нестандартное поведение (выходящее за нормы общества, но носящее позитивный характер, например, гениальность в творчестве); деструктивное поведение; внешне деструктивное поведение (направленное на нарушение социальных норм); аддиктивное поведение (в его основе лежит непреодолимое стремление человека уйти из реальности путем изменения своего психического состояния); и антисоциальное поведение (направленное на нарушение законов и прав других членов социума).

При этом О.В. Диривянкина считает, что существуют социальные отклонения, которые одновременно являются и отклоняющимся поведением, к которому относил суицид или алкоголизм [4].

Девиантное поведение оказывает влияние на социальное взаимодействие человека, проявляющееся в системе установок, ожиданий, стереотипов, через которые люди воспринимают и оценивают друг друга, в том числе и на стратегии поведения в конфликтах. В связи с этим можно говорить об актуальности нашего изучения стратегий поведения в конфликтных ситуациях у подростков, склонных к девиантному поведению.

Существует множество определений понятия конфликт. Так, например, Т. Вахтатнен рассматривает конфликт как форму отношений между потенциальными или актуальными субъектами социального действия, мотивация которых обусловлена противостоящими ценностями и нормами, интересами и потребностями [1]. В свою очередь, С. Даулинг считает конфликт столкновением противоположно направленных целей, позиций, мнений и

интересов субъектов взаимодействия. В общепринятом понимании конфликт является столкновением интересов двух противоположенных сторон [3].

Наиболее известную классификацию конфликтов предложил Л.Я. Гозман, в которую включил следующие определения:

1. Личностный конфликт, при котором столкновение происходит внутри одной личности;

2. Межличностный конфликт, при котором столкновение происходит между индивидами, входящими в одну социальную группу;

3. Межгрупповой конфликт, при котором столкновение происходит между разными социальными группами;

4. Конфликт принадлежности, возникающий при одновременном нахождении одного индивида в двух противоборствующих социальных группах;

5. Конфликт с внешней средой, возникающий при давлении на индивида [2].

Реакция разных людей на конфликты весьма многообразна, что обусловлено различным опытом индивидов. Так, К. Томас предложил использовать такие критерии поведения в конфликте, как стремление индивида отстаивать собственные интересы и своего оппонента. В итоге было выделено 5 основных стратегий поведения в конфликте: соперничество, приспособление, избегание, компромисс, сотрудничество.

Целью нашего исследования стало изучение стратегий поведения в конфликте у подростков, склонных к девиантным формам поведения. Мы предположили, что подростки, склонные к девиантным формам поведения, чаще предпочитают выбирать «соперничество», как основную стратегию поведения в конфликте. При этом, нормотипичные подростки в конфликтной ситуации чаще склонны к сотрудничеству.

Наше исследование проводилось на базе Духовно-психологического центра «Преображение», созданного для работы с девиантными подростками в г. Короча Белгородской области. В исследовании приняли участие подростки в возрасте 15-17 лет, в количестве 127 человек. Для сбора информации и проверки гипотезы были использованы эмпирические методы исследования (тесты, беседа, наблюдение, эксперимент), методы обработки данных (U-критерий Манна-Уитни) и интерпретационные методы (структурное описание). Для определения стратегий поведения в конфликтной ситуации нами был использован «Тест определения стратегии поведения в конфликте» К. Томаса. Данный опросник предназначен для выявления предрасположенности к конфликтному поведению, определения стилей разрешения конфликтной ситуации. Одновременно с ним, для определения склонности к девиантному поведению была использована методика «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» А.Н. Орла.

На первом этапе исследования мы выявили склонность подростков к девиантному поведению. Мы пришли к выводу, что все респонденты имеют среднюю степень склонности к отклоняющемуся поведению. Респонденты

старались давать социально-значимые ответы ($M_x=63,185$). Это может указывать на стремление подростков показать себя с наилучшей стороны и частично свидетельствовать о недоверии к ситуации обследования. Показатели по шкале склонность к преодолению норм и правил ($M_x=45,755$) указывают на наличие конформных установок у респондентов, их склонность действовать согласно имеющимся в обществе нормам и правилам. Результаты по шкале склонность к аддиктивному поведению ($M_x=44$) свидетельствуют об отсутствии подобной склонности. Однако, это также может говорить об их желании давать социально-желаемые ответы. Показатели по шкале склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению ($M_x=43,64$) указывают на отсутствие у подростков склонности к проявлению данных видов девиантного поведения, об отсутствии психосоматических заболеваний. Полученные результаты по шкале склонность к агрессии и насилию ($M_x=38,095$) говорят об отсутствии выраженности агрессивных тенденций, о неприемлемости насилия как способа выхода из фрустрирующей ситуации. Одновременно с этим, показатели по шкале волевого контроля эмоциональных реакций ($M_x=46,97$) указывают на строгий контроль испытуемыми своих эмоций, чувств и поступков. В итоге, результаты по шкале склонность к делинквентному поведению ($M_x=40,47$) указывают на отсутствие склонности к преступному поведению и в совокупности с высокими показателями по первой шкале указывает на строгий контроль своего поведения согласно социальным нормам и принципам.

Сравнение групп подростков, склонны к девиантным формам поведения и с низкой склонностью к отклоняющемуся поведению, показало, что для подростков, не имеющих склонности к отклоняющемуся поведению, свойственно «внешнее» соблюдение основных норм, имеющихся в обществе, с одновременной демонстрацией себя в «лучшем» свете ($M_x=60,6$). Одновременно с этим, респонденты, склонные к девиантным формам поведения, стремятся к отказу от соблюдения общественных правил ($M_x=56,3$). Нормотипичные подростки чаще обладают конформными взглядами и склонны вести себя согласно установленным в обществе нормам ($M_x=44$).

По результатам определения статистических различий по видам девиантного поведения между выборками нормотипичных подростков и склонных к отклоняющемуся поведению, с помощью U-критерия Манна-Уитни, были получены следующие данные: респонденты со склонностью к девиантному поведению стремятся к отказу от соблюдения общественных норм и правил. Они имеют более устойчивую тенденцию к стремлению и уходу от реальности, у них ярко выражена потребность в адреналине и острых ощущениях. Подростки, имеющие склонность к отклоняющемуся поведению, чаще обладают более слабым волевым контролем своего поведения: часто не могут адекватно регулировать своё поведение при преобладании негативных эмоций.

Исследование преобладающих стратегий поведения подростков в конфликте показало, что наиболее распространенной стратегией поведения в

конфликте у них является компромисс (33,96%). Следующей стратегией по частоте встречаемости является приспособление (28,3%). Данный стиль поведения заключается в отказе от своих интересов ради избегания конфликтной ситуации. Следующей по распространенности стратегией поведения определилось соперничество (18,87%). Данный тип поведения в конфликтной ситуации заключается в стремлении субъекта достичь желаемого вопреки интересам оппонента. Менее распространено сотрудничество (11,32%), при которой подросток стремится добиться своего желания и помочь достижению цели для оппонента. Наименее распространенной стратегией стало избегание (7,55%), при котором подросток выбирает путь ухода от конфликта в целом.

С помощью U-критерия Манна-Уитни определены значимые различия по преобладанию стратегий поведения в конфликте у подростков по типу «сотрудничество» ($U=42,5$, при $p=0,002$) и «соперничество» ($U=66,0$, при $p=0,04$). Согласно полученным данным, можно сделать вывод о том, что для подростков, склонных к девиантным формам поведения не характерно желание помочь в достижении оппоненту своих целей в конфликтной ситуации. Они не стремятся принять позицию собеседника, понять его желания, добиться достижению интересов другого. Им чаще свойственно поведение, которое заключается в стремлении достичь желаемого вопреки интересам оппонента. Такому подростку свойственно достигать своих целей, несмотря на объективные обстоятельства и желания оппонента.

Литература

1. Ванханен, Т. Этнические конфликты [Текст] / Т. Ванханен. – М.: Кучково поле 2017. – 147-149 с.
2. Гозман, Л.Я. Психология эмоциональных отношений [Текст] / Л.Я. Гозман. – М.: Академия, 2017. – С.175.
3. Даулинг, С. Психология и лечение зависимого поведения [Текст] / С. Дайулинг. – М.:Класс, 2020 – 240 с.
4. Диривянкина, О.В. Девиантное поведение личности как результат взаимодействия биологических и социальных факторов [Текст] / О.В. Диривянкина // Развитие научного сотрудничества». - 2017. - №25. - С. 35-41.
5. Змановская, Е.В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход [Текст] / Дис....д-ра психол. наук / Е.В. Змановская. - СПб. - 2006. - 246 с.
6. Короленко, Ц.П., Донских, Т. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире [Текст] / Короленко Ц.П., Донских Т.А. - Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1990. - 224 с.

ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Чурикова М.А.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования Курский Государственный Медицинский Университет
Минздрава России, г. Курск, Россия
e-mail: churikova_masha@bk.ru.*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье описаны и эмпирически доказаны особенности формирования конструктивной деятельности в процессе онтогенеза у младших школьников с нормой развития и у детей с нарушением слуха.

Ключевые слова: *конструктивная деятельность, конструирование, младшие школьники, младшие школьники с нарушением слуха.*

FEATURES OF CONSTRUCTIVE ACTIVITY IN YOUNGER SCHOOLCHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENT

Churikova M.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova

Abstract. The article describes and empirically proves the features of the formation of constructive activity in the process of ontogenesis in younger schoolchildren with normal development and in children with hearing impairment.

Key words: *constructive activity, construction, junior schoolchildren, junior schoolchildren with hearing impairment.*

Конструктивная деятельность является сложным видом практической деятельности детей, направленной на получение и составление заранее спланированного объекта с определенным функциональным назначением. Процесс конструирования совмещает в себе игровую и учебную деятельность, а так же является одной из форм наглядно-действенного мышления, что представляется актуальным не только для специалистов-психологов, но и для педагогов [4].

А.Н. Давидчук рассматривает термин «конструирование», как процесс построения и приведение в определенное взаиморасположение предметов и их

частей, главной особенностью которого является пространственное расположение деталей в пространстве согласно определенному замыслу. В своих постройках дети отражают основные элементы сооружений и воспроизводят их функциональное назначение [3].

Развитие конструктивной деятельности связано с развитием пространственной сферы. Первые действия ребенка с предметами начинаются в младенчестве и с процессом взросления и развития ребенка постепенно усложняются, приобретая такие параметры, как осмысленность и целенаправленность. Главными результатами процесса предметного взаимодействия ребенка является восприятие таких характеристик предмета, как форма, цвет, величина, пропорции, пространственная локализация отдельного предмета и предметов относительно друг друга [1,4,5].

В норме к 7 годам ребенок уже способен планировать собственную деятельность по конструированию какого-либо объекта в соответствии с собственным замыслом, а так же уметь рассказывать о планируемой конструкции и последовательности действий для ее создания [5].

Если говорить о развитии конструктивной деятельности у детей с дефицитным типом развития (нарушение слуха), то оно имеет свои особенности. В связи с наличием у таких детей сенсорного дефекта, происходит задержка в развитии локомоторных функций, что играет важную роль в процессе формирования межанализаторных связей. В следствие этого происходит сужение пространства, которое доступно для органов чувств ребенка, что приводит к задержке в развитии сферы зрительно-пространственных ориентаций, затрудняет процесс овладения двигательными навыками. Помимо этого, возникают трудности понимания и усвоения конструктивных задач [1,6,7].

Целью данного исследования является выявление особенностей конструктивной деятельности у младших школьников с нарушениями слуха.

Объектом исследования является конструктивная деятельность. Предметом- особенности конструктивной деятельности у младших школьников с нарушением слуха.

Исследование проводилось на базах Областного казённого общеобразовательного учреждения «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» и МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №27 имени А.А. Дейнеки». В исследовании приняли участие 10 детей с хронической двусторонней сенсо-невральной тугоухостью III-IV степени, а так же 10 условно здоровых детей в возрасте 7-10 лет.

В качестве методов исследования были использованы наблюдение, клиническая беседа, а так же «Методика диагностики пространственного мышления и моделирующей деятельности детей» О.А. Вялых и «Кубики Кооса». Обработка полученных данных осуществлялась в программе STATISTICA 7.0 с использованием такого метода математико-статистического анализа, как U-критерий Манна -Уитни.

В результате расчета, произведенного при помощи U-критерия Манна - Уитни, были получены статистически значимые различия между двумя группами детей в «Методике диагностики пространственного мышления и моделирующей деятельности детей» по таким параметрам, как понимание инструкции на классификацию, устойчивость замысла, целенаправленность деятельности, понимание пространственных инструкций ($p\text{-level}=0,01$, при $p \leq 0,05$), а так же способ действия ($p\text{-level}=0,02$, при $p \leq 0,05$). Значимых различий в выполнении методики «Кубики Кооса» выявлено не было.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что конструктивная деятельность у младших школьников с нарушениями слуха имеет свои особенности и проявляется не в процессе непосредственного конструирования, а в восприятии вербального задания на конструирование. Вследствие недоразвития сферы пространственных представлений в связи с дефицитным развитием слухового анализатора наблюдаются затруднения при выборе способа действия с предметами и целенаправленности, что является непосредственной мишенью для коррекции и развития конструктивной деятельности у младших школьников с нарушениями слуха.

Литература

1. Блинова К.В. Особенности коррекционной работы над схемой тела у слабослышащих детей младшего школьного возраста / В сборнике: Научная инициатива в психологии. Межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2019. С. 22-28.
2. Блинова К.В., Молчанова Л.Н. Нейропсихологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации / В сборнике: Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием.. Под редакцией П.В. Ткаченко. 2019. С. 21-25.
3. Давидчук, А.Н. Развитие у дошкольников конструктивного творчества. - 2-е изд., доп. - М.: Просвещение, 2010.
4. Иванина Т.А. Роль конструктивной деятельности в развитии ребёнка/ Т.А. Иванина // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2010.
5. Коноваленко, С. В. Детский церебральный паралич . Конструктивная деятельность детей / С. В. Коноваленко. - Москва : Книголюб, 2007.
6. Платонова Я.В., Селитреникова Т.А., Дерябина Г. И. и др. Возрастные особенности в развитии и коррекции координационных способностей детей с нарушениями слуха // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2018. Том 17. № 38.
7. Поддъяков Н.Н. Развитие мышления и умственное воспитание дошкольника. М.: Педагогика, 1985.

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО - ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С
НАРУШЕНИЕМ СЛУХА**

Щетинина Я.С.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия*

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и нейропсихологии, доцент Молчанова Л.Н.**

Аннотация. В статье представлены результаты библиометрического анализа по проблеме особенностей эмоционально - волевой сферы у детей с нарушением слуха в период с 2013 по 2022. на базе научной электронной библиотеки «eLibrary» и информационном ресурсе «PubMed». Выявлена недостаточная изученность проблемы отечественным научным сообществом.

Ключевые слова: эмоционально - волевая сфера, младший школьный возраст, подростковый возраст, нарушение слуха, библиометрический анализ, публикационная активность.

**FEATURES OF THE EMOTIONAL - VOLITIONAL SPHERE IN
ADOLESCENTS WITH HEARING IMPAIRMENT**

Shchetinina Ya.S

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific adviser: Doctor of Psychology, Professor of the Department of Health
Psychology and Neuropsychology, Associate Professor L.N. Molchanova**

Abstract. The article presents the results of a bibliometric analysis on the problem of the Annotation. The article presents the results of a bibliometric analysis on the problem of the peculiarities of the emotional - volitional sphere in children with hearing impairment in the period from 2013 to 2022. on the basis of the scientific electronic library "eLibrary" and the information resource "PubMed". Insufficient study of the problem by the domestic scientific community has been revealed.

Key words: emotional - volitional sphere, primary school age, adolescence, hearing impairment, bibliometric analysis, publication activity.

Введение. Впервые исследования проводились в 1998 году, направленные на выявление личностных особенностей подростков, склонных к интернет - зависимому поведению. Эти исследования проводились К. Young и R. Rodgers, швейцарский психиатр и американский психолог. Было выявлено,

что склонность к интернет - зависимости отражается на чувствительности, эмоциональности, настороженности к окружающим людям, которое выражалось в отсутствии конформного поведения. M. Shotton говорил о том, что такие лица обладают шизоидными чертами поведения. Caplan S.E. выделял депрессивность, склонность к одиночеству, скромность и самолюбие, как личностные особенности интернет - зависимых.

В статье Е.А. Еремина «Особенности эмоционально - волевой сферы младших школьников с нарушением слуха и нормально развивающихся сверстников на примере сформированности самооценки детей» говорится о том, что ЭВС влияет на все сферы ребенка. По результатам исследования самооценки, выявлено снижение самооценки у детей с нарушением слуха, в отличие от нормально развивающихся сверстников. Таким образом, мы можем говорить о том, что существуют особенности ЭВС у детей с нарушением слуха.

В статье Никольской Н.И. «Развитие эмоционально - волевой сферы у детей с нарушением слуха» говорится о том, что недоразвитие речи из - за нарушения слуха влияет на понимание собственных эмоций, аффективно - волевою сферу, а не значит на ЭВС в целом. Недостаточность эмоционального развития влечет за собой эмоциональную неустойчивость.

В исследовании Н.Г.Морозовой «Развитие нравственных чувств у глухих дошкольников» показало, что дети с нарушением слуха плохо понимают свои желания, намерения и переживания окружающих. Это затрагивает развитие личностной сферы. Таким образом, нарушение слуха влияет на формирование личностной сферы, которая складывается из особенностей ЭВС ребенка.

Исходя из выше сказанного, изучение ЭВС детей с нарушением слуха важно, что говорит об актуальности данной темы.

Методы. Исследование проводилось на базе научной электронной библиотеки eLibrary.ru для русскоязычных публикаций и национальной медицинской библиотеки PubMed для зарубежных. Основанием для поиска выступали словосочетания «эмоциональная сфера у детей с нарушением слуха».

В указанных параметрах поиска был установлен выбор всех доступных публикаций в рубрике «психология», «медицина и здравоохранение», «народное образование и педагогика» в период с 2013 по 2022 год, изучение динамики публикационной активности, тематической рубрики и авторство за период с 2013 по 2022 год на базе электронной библиотеки eLibrary. На базе национальной медицинской библиотеки PubMed осуществлён поиск тематической рубрики в период с 1991 по 2022 год.

Результаты. Объем статей на базе электронной библиотеки eLibrary по ключевым словам «эмоциональная сфера у детей с нарушением слуха» составила 135 статей.

Таблица 1. Динамика публикационной активности по проблеме интернет - зависимости у подростков с 2014 по 2022 г.

Год публикации	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Количество	3	8	6	13	15	10	16	22	8	15



Рис.1. График динамики публикационной активности по проблеме эмоциональной сферы у детей с нарушением слуха с 2013 по 2022 г. на платформе eLibrary

Публикационная динамика высокая в период с 2016 по 2017 года, отмечается спад криков. В 2020 году пик публикационной активности, на 2021 год приходится 8 статей, как и в 2014 году. На данный момент мы видим возрастание интереса к проблеме эмоциональной сферы у детей с нарушением слуха. Такая динамика говорит о недостаточности исследования в этой области.

Далее был проведен библиометрический тематический анализ публикаций отечественных авторов для определения областей наук, в рамках которых осуществляется изучение эмоциональной сферы у детей с нарушением слуха (рисунок 1). Полученные данные свидетельствуют о наибольшем исследовательском интересе в области народного образования и педагогики (65%), где тематика исследований сконцентрирована на изучении особенностей эмоциональной сферы у детей с нарушением слуха, а также влияние различных методик. Второй по величине опубликованных работ стала область психологии (33%). Часть работ раскрывает связь эмоциональных особенностей детей с нарушением слуха со взаимодействием внутри групп, другая часть работ направлена на коррекцию эмоциональной сферы. На область физической культуры и спорта приходится меньше всего публикаций (2%). Всего две статьи где рассматривается влияние на мнестическую деятельность и влияния аэробики на развитие психоэмоциональной составляющей.



Рис.2. Диаграмма распределения публикаций отечественных авторов по научным отраслям с 2013 по 2022 г.

Поиск публикаций зарубежных авторов проводился в информационной базе «PubMed» за период с 1991 по 2022 г. Отбор работ проводился по ключевым словам «emotional sphere in children with hearing impairment», в результате было найдено 1 публикация, которая датируется 1991 годом. В данной статье рассматривались особенности патологического развития личности у детей при нарушении слуха. Было проведено исследование эмоциональной и личностной сферы. Выборка составила 100 детей с врожденной глухотой. Данное исследование выявило невротическое расстройство у детей с нарушением слуха при неэффективных условиях.

Выводы. Проведенный библиометрический анализ публикационной активности показал недостаточный интерес к проблеме особенностей эмоционально - волевой сферы у детей с нарушением слуха в отечественной науке. Дополнительные исследования в этой области позволят подробнее изучить особенности формирования и развития эмоциональной сферы, что в дальнейшем поможет при коррекционной реабилитации детям с нарушением слуха.

Литература

1. Еремина Е.А. «Особенности эмоционально - волевой сферы младших школьников с нарушением слуха и нормально развивающихся сверстников на примере сформированности самооценки детей». [Электронный ресурс]. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_49328792_32444741.pdf (дата обращения 15.09.2022)
2. Никольская Н.И. «Развитие эмоционально - волевой сферы у детей с нарушением слуха». [Электронный ресурс]. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_36558363_33732888.pdf (дата обращения 15.09.2022)
3. Морозова Н.Г. «Развитие нравственных чувств у глухих дошкольников». [Электронный ресурс]. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_11667594_42225320.pdf (дата обращения 15.09.2022).

ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ
Щукина Е.В., Абрамова А.Е., Малеева М.В.

*федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск, Россия*

**Научный руководитель: доцент кафедры психиатрии, к.м.н., доцент
Е.В. Левченко**

Аннотация. В данной статье представлены проблемы современных подходов к исследованию личности, вопросы ее формирования и развития как одни из важнейших направлений трудовой психологии, связанных с наиболее эффективным воплощением личностных качеств работника.

Ключевые слова: *психология личности, теория личности*

PERSONALITY AS A PROBLEM OF PSYCHOLOGY
Shchukina E.V., Abramova A.E., Maleeva M.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

**Scientific advisor: associate Professor of the Department of Psychiatry, PhD,
Associate Professor E.V. Levchenko**

Abstract. This article discusses the problems of modern approaches to the study of personality, issues of its formation and development as one of the most important areas of labor psychology associated with the most effective embodiment of personal qualities of an employee.

Key words: *personality psychology, personality theory*

Важную роль в жизни любого человека может сыграть знание элементарных основ психологии. Знание о психологии личности, ее развития и особенности этого процесса может помочь любому человеку более быстро достигать поставленных целей, эффективно справляться с поставленными задачами, уметь взаимодействовать с окружающими нас людьми. Разбираясь в типах личности мы можем сделать свою жизнь более гармоничной, комфортной.

Под термином «личность» в современной психологии принято называть роль, занимаемую человеком в обществе. Он включает в себя набор черт человека, которые влияют на его поступки, создают его убеждения, мотивацию, поведение, влияют на его эмоции. Психологи с помощью понимания личности

могут предсказывать поведение человека в той или иной ситуации. Чтобы понять психологию личности нужно знать ряд основных теорий личности [4].

В 1937 году американский психолог Гордон Уиллард Оллпорт был одним из первых специалистов, описавших понятие «личность». Он не был согласен ни со школой психоаналитиков, изучавших человека на слишком глубоком уровне, ни со школой бихевиористов, поскольку считал, что они изучали слишком поверхностно. Он также критикует теорию Фрейда, радикальный бихевиоризм и все теории личности, основанные на наблюдении за поведением животных. Он разработал теорию черт личности. Она основывалась на уникальности каждого человека, наличии как общих черт личности (которые есть у многих людей одной культуры), так и центральных черты (индивидуальные у каждого человека и составляющие его личность). Оллпорт считал, что человек — это существо общественное, а общество стимулирует развитие одних черт личности и подавление других. Развитие личности человека возможно только через взаимодействие с окружающими людьми. У взрослого человека, осознающего себя, черты становятся по-настоящему автономными. Независимость позволяет личности, оставаясь открытой для общества, сохранять свою индивидуальность. Он также выделял кардинальные черты (личностные диспозиции), которые настолько сильно доминируют, что человек становится олицетворением данных характеристик (Мать Тереза - жертвенность) [1]. Оллпорт считал, что люди обладают большим спектром признаков уже известных предрасположенностей в связи, с которыми они реагируют на ту или иную ситуацию типичным образом. Каждый человек уникален, нет другого такого же человека с таким же набором черт (психическим складом).

Наиболее популярной теорией является – теория «большой пятерки». Экстраверсия, дружелюбность, добросовестность, нейротизм (эмоциональная слабость) и открытость — это пять главных черт из которых состоит каждая личность. Каждая черта личности состоит из большого спектра факторов, складывающихся в общую совокупность. У каждого человека комбинация этих факторов различна, что и составляет индивидуальную особенность каждого человека. Для определения доминирующих черт личности существуют различные опросники и шкалы с помощью которых каждый человек может определить свои индивидуальные особенности и реакции психики [2].

Психоаналитический подход к теории личности австрийского психиатра Зигмунда Фрейда относится к одной из самых распространенных и наиболее цитируемой. Фрейд предполагал, что личность формируется еще в очень раннем возрасте, на этапах формирования эмбриона. Человек представлен как существо, находящееся в вечном конфликте, он не до конца осознает и понимает свое поведение, диктуемое ему неосознанной сферой психики - подсознанием. Существует ряд этапов развития, через которые проходит

личность в процессе своего роста. Неудача на одном из этапов может привести к концентрации в результате чего происходит изменение характера взрослого.

Теория, описанная немецким психологом и психоаналитиком Эриком Хомбургером Эриксоном о становлении личности, состояла из восьми психосоциальных этапов, через которые люди проходят в течение жизни. Они делились на периоды: младенчество, раннее детство, игровой возраст, школьный возраст, юность, ранняя зрелость, средняя зрелость, поздняя зрелость. Каждый из которых значительно влияет на формирование индивида и его психологических качеств, влияет на реакцию человека на стресс. Вовремя этих этапов встречаются кризисы (примерно каждые три года), которые и являются точкой изменения личности. Преодоление этих кризисов ведет к формированию силы воли, выносливости, целенаправленности, компетентности, любви, заботы, мудрости и т.д. Здоровая личность формируется только после прохождения всех этапов. Эриксон считал, что личность формируется и развивается во время всего жизненного пути человека, не зависимо от его возраста [3].

Психология личности — это широкая тема, затрагивающая формирования любого человека и делающего его таким, какой он есть, объясняющая его индивидуальные способности. Личность – это конкретный индивидум, со всеми его индивидуальными психа-социальными реакциями, которые проявляются в общественных связях и отношениях, являются и определяют его характер и нравственность имеющие особое значение для окружающих. К факторам, влияющим на формирование личности, можно отнести: генетические, активность самой личности, социальные особенности, опыт, накопленный в течение жизни. Понимание нормальной личностных особенностей человека и определение признаков потенциальных нарушений личности (которые могут быть опасными для окружающих) это является местом интереса психологов. Возможность распознавания таких проблем, помогает многим людям адаптироваться в обществе и самим справляться со своими расстройствами личности, правильно реагировать в стрессовых ситуациях.

Литература

1. Байнов А.М. Психология личности: теории личности / А.М. Байнов // Аллея науки. - 2018. - Т. 5. - № 10 (26). - С. 52-55.
2. Диянова З.В. Психология личности. Закономерности и механизмы развития личности / З.В. Диянова, Т.М. Щеголева // Учебное пособие. -2019. - С. 69-72.
3. Николаева Н.В. Исследование личности в психологии. Методики изучения направленности личности / Н.В. Николаева // Практическая психология личности. - 2017. - С. 87-109.

4. Сизинцев П.В. Формирование взглядов профессора психологии и.п. четверикова на понятие "личность" и "личность человека" / П.В. Сизинцев // Современное педагогическое образование. - 2018. - № 5. - С. 219-222.