



ЧАСТЬ I

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД



КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩЕНА 85-Й ГОДОВЩИНЕ
СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА



КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩЕНА 20-ЛЕТИЮ
ФАКУЛЬТЕТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА



УДК 159.9:61(063)

ББК 88.7я43

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы IX Всероссийской конференции с международным участием. 21-22 ноября 2019 г. Часть I / Под ред. Ткаченко П.В. –Текстовое (сингольное) электронное издание (1,64 Мб). – Курск: КГМУ, 2019. – 1 электронный оптический диск (CD/R)

Редакционная коллегия

Ответственный редактор - Ткаченко Павел Владимирович – д.м.н., доцент, проректор по научной работе и инновационному развитию, заведующий кафедрой нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета.

Члены редакционного совета:

Запесоцкая Ирина Владимировна – и.о. зав.кафедрой психологии здоровья и нейропсихологии, доцент, д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Никишина Вера Борисовна – член-корреспондент Международной академии психологических наук, д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Молчанова Людмила Николаевна – д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Недуреева Татьяна Валерьевна – к.психол.н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Кузнецова Алеся Анатольевна – к.психол.н., доцент кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета.

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ

Дата подписи к использованию: 5.11.18

Минимальные системные требования:

Microsoft Windows 10/8/7/Vista/XP (SP3) (32- или 64-разрядные версии)

Adobe Flash Player 12 и выше.

ISBN

ББК 88.7я43

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Алферова И.С.</i> Связь жизнестойкости и адаптивности студентов-первокурсников	8
<i>Алферова И.С., Захарова А.П.</i> Связь общего интеллекта и чувства юмора у студентов медицинского колледжа	12
<i>Банникова А.Э., Алексеева А. С.</i> Динамика личностных черт осужденных с различным сроком отбывания уголовного наказания	15
<i>Барков С.С.</i> Современный подход к интерактивному формированию и восстановлению высших психических функций	18
<i>Блинова К.В., Молчанова Л.Н.</i> Нейропсихологические особенности схемы тела на уровне параметров пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем латеральной организации	21
<i>Блюм А.И., Харламова М.А., Кирилук А.П.</i> Проблемы и специфика коммуникативной компетентности врача	25
<i>Болдина Н.В., Маль Г.С., Грибовская И.А.</i> Здоровьесберегающие технологии в медицинском вузе	29
<i>Брагина Е.В.</i> Семья как фактор благополучия ребенка	33
<i>Василенко Т.Д., Блюм А.И., Каменева А.И.</i> Нарушенная привязанность как предиктор аллергии неясного генеза	36
<i>Глухих Л.С.</i> Клинико-психологическая диагностика представлений о болезнях органов кровообращения у взрослых с использованием гештальт-подхода	40
<i>Глушкова В.П., Луценко К.М.</i> Социально-психологические особенности женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей	44
<i>Горишнова Н.К., Григорьян М.Ф.</i> Возраст-ассоциированные особенности психологического статуса человеческого организма. Психология старения	48
<i>Григорьян М.Ф., Денисов А.А.</i> Выраженность учебного стресса у студентов лечебного факультета	52
<i>Гриднев М.А., Логачева Е.А., Шутеева Т.В.</i> Влияние препаратов изменяющих течение рассеянного склероза на психо-эмоциональную сферу больных рассеянным склерозом	56

<i>Деревянко Ю.П., Ковалёва О.Л., Груша А.В.</i> Представления о жизненном пути у студентов, склонных к девиантному поведению	61
<i>Деревянко Ю. П., Бурцева А. В.</i> Особенности саморегуляции студентов с разным уровнем профессионального самоопределения	66
<i>Деревянко Ю.П., Мацнева Ю.К.</i> Представления о жизненных перспективах больных алкоголизмом с разным уровнем агрессии	73
<i>Долгина И.И., Соболева Н.И., Долженкова И.Г.</i> Обучение мерам профилактики злокачественных новообразований молочной железы в условиях мультипрофильного симуляционного центра	79
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Поляков Д.В.</i> Анализ формирования самооценки у ребенка	84
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.</i> Клинико-функциональные и психологические особенности у больных с дыхательной патологией	86
<i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.</i> Взаимодействие между поколениями в современных условиях	89
<i>Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н.</i> Анализ психологических нарушений у больных с ишемической болезнью сердца	91
<i>Евтушенко А.С., Селин А.В.</i> К проблеме оценки эффективности ориентированной на решение краткосрочной психотерапии	94
<i>Ерохина Е.В.</i> Психологические основы формирования этнокультурных компетенций будущих дизайнеров костюма в образовательном процессе вуза	97
<i>Зеленова И.В.</i> Юридическая ответственность при осуществлении профессиональной деятельности в системе здравоохранения	100
<i>Земзюлина И.Н., Северинова А.В.</i> Особенности психологической безопасности людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте	108
<i>Калужских Т. Е.</i> Особенности применения фототерапии в развитии эмоционально-личностной сферы	112
<i>Карнаухов В. А., Карнаухова В.В.</i> Онтологические аспекты здоровья человека в психологии	116
<i>Кетова Н.А., Иванникова Е.Ф.</i> Перевернутые роли в семейной системе как фактор развития психосоматических заболеваний у детей	119

<i>Киндрас М.Н., Ермакова А.Е.</i> Психологические проблемы при ведении пациентов на амбулаторном приеме	125
<i>Клюева Н.В., Руновская Е.Г.</i> Этические регуляторы профессиональной деятельности психолога-консультанта	128
<i>Кокоренко В.Л.</i> Использование техники синквейна в психологической работе в контексте консультативных и психотерапевтических задач	136
<i>Колмакова В.В., Алексеева А.С.</i> Исследование изменения показателей внимания, когнитивных и личностно-эмоциональных характеристик у младших школьников с СДВГ	141
<i>Коломиец В.М., Иванов А.В.</i> Психологическое состояние у психически больных как фактор риска патогенеза туберкулеза	146
<i>Котелевцев Н.А.</i> Социально-психологические условия становления субъектности учебных групп (на примере изучения обучающихся 6-9 классов)	152
<i>Лобанова Е.В., Лихачева Э.В., Николаева Л.П., Огнёв А.С., Есенин Д.С., Дымарчук Д.Д., Мизин Н.В., Сударикова А.Р.</i> Связь персонологических характеристик учащихся с их успешностью при сдаче ЕГЭ	157
<i>Логачева Е.А., Гриднев М.А., Шутеева Т.В.</i> Проблемы коррекции астенических состояний у лиц молодого возраста	162
<i>Лукьянчикова А.С., Феоктистова Е.В.</i> Сравнительная оценка особенностей внимания и памяти у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством	168
<i>Макарова Д.В., Селина И. А., Толоконникова И.С.</i> Биографические особенности лиц больных паническими расстройствами	173
<i>Малихова Л.Н., Молчанова Л.Н.</i> Особенности психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения с различным уровнем ресурсности (пилотажное исследование)	177
<i>Мамчиц Л.П., Чайковская М.А.</i> Влияние особенностей учебной деятельности студентов на психоэмоциональное состояние	185
<i>Марасанова С.Е.</i> Роль федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по курской области» Минтруда России в осуществлении комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра и их реабилитации/абилитации в рамках реализации государственной программы РФ «доступная среда на 2011-2020 г.г.».	191

<i>Маслова К.Е., Пчелкина Е.П.</i> Особенности образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения	204
<i>Миняхина К.А., Кузнецова А.А.</i> Теоретико-методологический анализ феномена склонности к риску у работников экстремального профиля	209
<i>Новикова С.Н., Лебедев И.Ю.</i> Комплаенс впервые выявленных больных туберкулезом легких с точки зрения психологии здоровья и болезни	213
<i>Носкова М.В.</i> Здоровьесбережение молодежи в парадигме динамичного социума	218
<i>Пастух И.А., Терехова О.А.</i> Коморбидность алкогольной зависимости и панического расстройства	223
<i>Петренко А.А., Алексеева А.С., Ломтатидзе О.В.</i> Функциональная асимметрия и ее взаимосвязь с протеканием некоторых психофизиологических функций у подростков	228
<i>Поляков Д.В., Кухаренок А.Д., Морошнев М.Е.</i> Семья как единая морально-ценностная общность	232
<i>Поляков Д.В., Мальцева И.О., Полякова Г.С.</i> Профессиональное здоровье студентов через призму современных образовательных технологий	235
<i>Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Никитина Д.Н.</i> Семья как фактор здоровья и болезни	238
<i>Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дерюгина Е.А.</i> Актуальные проблемы личности в норме и при патологии	242
<i>Серкова А.А., Смирнов Н.В.</i> Индивидуально-типологические особенности личности, как основа девиантного поведения футбольных фанатов	245
<i>Силакова В.О., Шутеева Е.Ю., Черноштан Е.И.</i> Болевой синдром при диабетической полинейропатии: решение проблемы сегодня	250
<i>Силакова В.О., Шутеева Е.Ю., Меркулов Н.И.</i> Способы коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга	257
<i>Силина Л.В., Есипова Е.А.</i> Определение уровня тревожности у пациентов, страдающих эритематозным и папуло-пустулезным подтипом розацеа	262
<i>Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.</i> Стрессоустойчивость личности больных с патологией дыхательной системы	265

<i>Тимошилов В. И., Тюнякин И.Н.</i> Анализ распространенности признаков зависимости от компьютерных игр среди молодежи	267
<i>Феоктистова Е.В., Журавлева А.И.</i> Нейропсихологические особенности больных с сосудистыми заболеваниями	272
<i>Флуткова Д. М., Алексеева А. С.</i> Смысловое чтение у нормотипичных подростков и подростков с ДЦП: сравнительный анализ	275
<i>Черникова С.И., Селин А.В.</i> Переживание кризиса идентичности у студентов, занимающихся добровольческой деятельностью	280
<i>Чистякова Н.С., Шутеева Е.Ю., Гречанюк Е.В.</i> Депрессивные симптомы болезни Паркинсона – взгляд на проблему сегодня	283
<i>Швецова В.А.</i> Личностно-профессиональная направленность будущих журналистов как фактор их психологического здоровья	288
<i>Швецова В.А., Лихачева А.В.</i> Характерологические черты студентов-психологов как предпосылка формирования у них профессионально важных качеств	292
<i>Швецова В.А., Холод К. Е.</i> Уровень развития ответственности студентов-психологов как критерий их психологического здоровья	297
<i>Шинкаренко И. А., Швецова В.А.</i> Склонность к эмоциональному выгоранию у сотрудников МЧС	301
<i>Шкуркова А. С., Богушевская Ю.В.</i> Преодоление самостигматизирующего отношения больными соматизированными расстройствами	307
<i>Шутенко Е.Н., Сидорчук К.В.</i> Социокультурные предпосылки самореализации студентов как основы формирования их психологического здоровья в современном вузе	311
<i>Шутенко Е.Н., Локтева А.В.</i> Проблема развития самосознания студентов как личностного ресурса их психологического здоровья	317
<i>Щетинина М. В., Шутенко Е.Н.</i> Связь эмпатии и акцентуаций характера у студентов	322
<i>Яцко А.Г., Гут Ю.Н.</i> Влияние неблагополучной семьи на личностный потенциал подростка	327

СВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И АДАПТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ- ПЕРВОКУРСНИКОВ

Алферова И.С.

Уральский государственный медицинский университет,
г. Екатеринбург, Россия

Аннотация. В статье рассматривается проблема влияния жизнестойкости на развитие адаптационного потенциала студентов и продемонстрировано исследование, изучающее особенности жизнестойкости студентов-первокурсников, имеющих различные уровни адаптации.

Ключевые слова жизнестойкость, социально-психологическая адаптация, студенты-первокурсники, вовлеченность, контроль, принятие риска, акцентуации, стресс.

CONNECTION OF RESILIENCE AND ADAPTABILITY OF FIRST- YEAR STUDENTS

Alferova I.S.

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

Abstract. The article deals the problem of the impact of resilient on the development adaptation potential of student and demonstrated a study that studies the features of resilience to the adaptive capacity of first-year students with different levels of adaptation.

Key words: resilience, hardiness, social and psychological adaptation, students, freshmen, involvement, control, risk taking, accentuation, stress.

Актуальность исследования обусловлена поиском факторов психологической устойчивости при изменении окружающей среды. Изменения в учебном процессе заставляют первокурсников в быстром темпе подстраиваться (например, привыкать к новым условиям, уметь оперировать терминологией, изучать большое количество информации и т.д.) [5]. Феномен жизнестойкости является внутренним ресурсом способствующий поддержанию здоровья. Выраженность жизнестойкости и ее компонентов препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых. Д.А. Леонтьев рассматривает жизнестойкость как черту, характеризующуюся мерой преодоления личности самой себя, убежденности в желании преодолеть неблагоприятные факторы. Жизнестойкость влияет на

оценивание, последующие действия, помогая воспринимать травмирующие факторы менее болезненно [1; 2].

Самостоятельные компоненты, включенные в жизнестойкость - это: вовлеченность - убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Человек с развитым данным компонентом получает удовольствие от собственной деятельности, поддерживает ощущение причастности, личностной значимости в межличностных отношениях, мотивируя к воплощению замысла [2]. В противоположность этому, порождается чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни [3; 4].

Контроль убеждает, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, мотивируя к поиску стратегий воздействий на стрессовую ситуацию, избегания чувства беспомощности и утверждения наличия определенной связи между действиями, поступками, отношениями, результатами, событиями и т.п. При высоком уровне контроля человек может повлиять на жизненные обстоятельства и управлять эмоциями достигая поставленных целей [2]. Человек с развитым компонентом контроля - сам выбирает свой путь.

Принятие риска – все то, что с человеком происходит, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта - позитивного или негативного. Человек, считающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск [3; 4].

Жизнестойкость придает личности устойчивость, защищая от стрессов, превращая все изменения в возможности, обеспечивая успешную социализацию в социокультурном пространстве общества [3]. Компоненты жизнестойкости формируются в детстве и в отрочестве, но также их можно формировать с помощью тренингов. В раннем детстве ребенка, для развития вовлечения необходимо одобрение, поддержка и любовь со стороны родителей. Развитию контроля способствует поддержка инициативности, стремление справляться с задачами. Богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды развивает принятие риска.

Цель исследования – выявить особенности жизнестойкости у студентов-первокурсников с различными уровнями адаптации.

В исследовании приняли участие студенты Уральского государственного медицинского университета, 1 курса в количестве - 40 человек. Были использованы: тест Жизнестойкости С. Мадди (адаптация Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой), Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, коэффициент r-Спирмена, Результаты исследования и их обсуждение.

На первом этапе была проведена диагностика жизнестойкости и ее компонентов. В среднем доминирует умеренная убежденность в желании

преодолеть неблагоприятные факторы и раскрыться всему новому (показатель жизнестойкости (75%, 30 чел.)), возможность в получение удовольствия от собственной деятельности, личностной значимости в межличностных отношениях замотивировать себя к воплощению замыслов и освоить социокультурное пространство (показатель вовлеченности (52%, 21 чел.)), способность к управлению эмоциями, и достижению поставленных целей, а также умеренная убежденность в связи между поступком и действием (показатель контроль (85%, 34 чел.)), но в большей степени доминирует взгляд на жизнь как на способ приобретения опыта, готовность действовать без гарантий успеха, на свой страх и риск, активное желание усвоить и использовать знания из полученного опыта (показатель принятие риска (57%, 23 чел.)).

На втором этапе была проведена диагностика адаптации. У доминирующей части студентов преобладала «плохая» адаптация (87,5%, 35 чел.), а именно студенты затрудняются в построении контактов с окружающими, проявляют агрессивность, конфликтность (показатель коммуникативного потенциала (80%, 32 чел.)), склонны к нервно-психическим срывам, у них отсутствует адекватная самооценка (показатель поведенческой регуляции (60%, 24 чел.)), процесс адаптации протекает тяжело, возможны нервно-психические срывы, длительные нарушения функционального состояния (показатель дезадапционных нарушений (55%, 22 чел.)). Остальная часть студентов имеют умеренную адаптацию – (10%, 4 чел.) и лишь (2,5 %, 1 чел.) имеют хороший уровень нервно-психической и эмоциональной устойчивости достаточно быстро вырабатывают стратегию своего поведения и социализации, не конфликтны, или имеют хорошую социально-психологическую адаптацию. Дезадапционных нарушений в качествах личности не выявлено.

В процессе математической обработки (коэффициент r-Спирмена,) были выявлены следующие данные. Высокая жизнестойкость обуславливает рост поведенческой регуляции (0,61), коммуникативного потенциала (0,37), личностного адаптационного потенциала (0,46), приводя к меньшей вероятности появления ухудшения сна, отсутствия мотивации к деятельности и высокого уровня тревожности (0,57), выраженных дезадапционных нарушений (0,46), также ослабляет развитие взволнованности в процессе деятельности (-0,58), ипохондрической фиксации (-0,46), депрессивных состояний (-0,46), истероидных проявлений (-0,49), психастении (-0,46) и шизоидной направленности личности (-0,55).

Также при высокой вовлеченности растет поведенческая регуляция (0,63), коммуникативный потенциал (0,37), личностный адаптационный потенциал (0,56), уменьшается вероятность ухудшения сна, отсутствия мотивации к деятельности и высокого уровня тревожности (0,46), выраженных дезадапционных нарушений (0,36), снижается взволнованность (-0,63), ипохондрическая фиксация (-0,58), депрессивные состояния (-0,60),

истероидные проявления (-0,55), психотические реакции (-0,38), психастения (-0,53) и не дает развиваться шизоидной направленности личности (-0,62).

В дополнении, высокий самоконтроль приводит к развитию поведенческой регуляции (0,51), коммуникативного потенциала (0,34), личностного адаптационного потенциала (0,49), обуславливает отсутствие вероятности появления ухудшения сна, отсутствия мотивации к деятельности и высокого уровня тревожности (0,49), также уменьшает развитие взволнованности (-0,35), выраженность истероидных проявлений (-0,41), сенситивных реакций (-0,37) и шизоидной направленности личности (-0,46). Также при высоком показателе принятия риска (0,41) провоцируется рост поведенческой регуляции, уменьшается вероятность ухудшения сна, отсутствия мотивации к деятельности и высокого уровня тревожности (0,52), также приводит к отсутствию выраженных дезадаптационных нарушений (0,53), не дает постоянное проявление взволнованности (-0,46) и психастении (-0,46).

Студенты с высоким уровнем жизнестойкости имеют хорошую социально-психологическую адаптацию, а с низким - имеют слабую социально-психологическую адаптацию и выраженные акцентуации. Из всего выше сказанного удалось доказать важность жизнестойкости для социально-психологической адаптации во время изменения жизненной ситуации, когда необходимо справляться с тревожностью, учиться самостоятельности, самоконтролю и преодоления стрессовых ситуаций.

Список литературы

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Публикация. Режим доступа: URL: <http://hpsy.ru/public/x2636.htm> (дата обращения: 15.01.2019)
2. Евтушенко Е.А. Жизнестойкость личности как психологический феномен / Е.А. Евтушенко // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2016. – №60. – С.75. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25294796> (дата обращения: 15.01.2019).
3. Конюхова Т.В. Жизнестойкость личности как особый паттерн установок освоения социокультурного пространства / Т.В. Конюхова, Е.Т. Конюхова // Известия ТПУ. – 2013. – №6. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zhiznestoykost-lichnosti-kak-osobyu-pattern-ustanovok-osvoeniya-sotsiokulturnogo-prostranstva> (дата обращения: 15.01.2019).
4. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости. Методическое руководство / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – 2006.
5. Сагитова Л.А. Адаптация студентов-первокурсников в колледже / Л.А. Сагитова, Р.Н. Сагитов // Образование и воспитание. – 2017. – №5. – С. 135-139. – Режим доступа: URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/74/2802> / (дата обращения: 20.11.2018).

СВЯЗЬ ОБЩЕГО ИНТЕЛЛЕКТА И ЧУВСТВА ЮМОРА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕЖДА

Алферова И.С., Захарова А.П.

Уральский государственный медицинский университет,
г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены такие понятия, как интеллект и чувство юмора. Проведено исследование связи общего интеллекта и стилей юмора у студентов медицинской специальности.

Ключевые слова: общий интеллект, чувство юмора.

CONNECTION OF GENERAL INTELLIGENCE AND SENSE OF HUMOR IN MEDICAL COLLEGE STUDENTS

Alferova I.S., Zakharova A.P.

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

Abstract. The article deals such concepts as intelligence and sense of humor. Research of relations between general intelligence and sense of humor among students of medical speciality was conducted.

Key words: general intelligence, sense of humor.

В последние десятилетия было проведено большое количество исследований связи интеллекта и чувства юмора. В данном исследовании была произведена попытка выявить данную связь у студентов медицинских специальностей.

Интеллект – это свойство психики, определяющее способность приспосабливаться к новым ситуациям, способность к обучению и запоминанию, способность применять и понимать абстрактные понятия и знания для управления окружающей средой. Ч.Э. Спирмен, проведя ряд исследований, разработал модель интеллекта, состоящую из двух факторов: g-фактора (или фактора общего интеллекта), и s-фактора (или специфического фактора для индивидуальных интеллектуальных заданий). Согласно Р. Амтхауэру, интеллект это единство некоторых психических способностей, проявляющихся в различных формах деятельности. Создавай свой тест, он включил в него задания на диагностику не только общего уровня интеллекта,

но и вербального, счетно-математического, пространственного, мнемического компонентов [1].

Чувство юмора - способность человека находить комичные стороны в объектах или ситуациях повседневно и повсеместно его окружающих. По отношению субъекта к шуткам, каламбурам, комичным ситуациям можно судить о наличии, либо отсутствии у него чувства юмора. Может ли субъект подмечать забавные стороны ситуаций или объектов вокруг него. Как часто субъект отпускает шутки в адрес людей, при этом, не обижая их. Как он относится к ситуациям, в которых сам становится объектом шуток и острот. Все эти вопросы могут более развернуто судить о чувстве юмора у отдельного человека [2].

Цель исследования – определить связь общего интеллекта и чувства юмора у студентов медицинских специальностей.

В выборке участвовали студенты Свердловского областного медицинского колледжа в количестве 51 человека. Возрастная категория: 18 – 21 года. Исследование проводилось посредством следующих методик: Тест структуры интеллекта Р. Амтхауэра, Опросник стилей юмора Р. Мартина. При проведении математической обработки данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Согласно результатам диагностики структуры интеллекта было выявлено, что студенты (88%) обладают достаточным запасом знаний из разных областей, умеют ими оперировать (субтест «дополнение предложений»); обладают аналитико-синтетическими способностями (65 % испытуемых) (субтест «числовые ряды»). В пределах нормы студенты проявляют конструктивность теоретических и практических способностей (65%) (субтест «пространственное обобщение»), чувство языка (59%) (субтест «исключение слова»), способность комбинировать (59%) (субтест «анalogии»), также испытуемые имеют способность к абстракции (59%) (субтест «обобщение»), у студентов высок уровень наглядно-действенного мышления (59%) (субтест «пространственное воображение»). Однако студенты имеют низкий уровень вычислительных способностей (65%) (субтест «арифметические задачи»). Таким образом, в данной выборке испытуемых ярко выраженными являются дополнение предложений и числовые ряды. Это говорит о большом запасе относительно простых сведений и знаний, аналитико-синтетической направленности деятельности и стремлению к упорядоченности, уровень в пределах нормы пространственного обобщения. Самым не выраженным в группе является результат по субтестам: арифметические задачи, обобщение и память. Это говорит о низких вычислительных способностях, неумении грамотно выразить собственные мысли и о низкой способности к запоминанию. В целом, большинство студентов имеют средний уровень интеллекта (65%).

На основе диагностики стилей юмора выявлено, что у испытуемых ярко выраженным является аффилиативный юмор (94%), что говорит о позитивном настрое испытуемых, удовлетворенностью жизнью. Самоуничижительный юмор как социальную направленность и поддержку используют 65% студентов. Это говорит о низкой самооценке испытуемых, потребности в намеренном принижении себя и своих качеств ради принятия другими людьми. Реже всего студенты используют самоподдерживающий и самоуничижительный юмор (по 24% соответственно), что может говорить о неумении сохранять чувство юмора в трудных ситуациях, не используют чувство юмора против себя [3].

При проведении математической обработки данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Студенты, использующие самоуничижительное чувство юмора обладают низким уровнем общего интеллекта (-0,63), не используют пространственное обобщение (-0,7), имеют низкий уровень развития памяти (-0,64), у них слабо развито пространственное воображение (-0,49), они не способны к аналогиям (-0,49). Чем ниже общий уровень интеллекта у студентов медицинских специальностей, тем сильнее у них выражен самоуничижительный стиль юмора.

Обратная связь существует между пространственным обобщением и самоуничижительным стилем юмора. Это значит, что у студентов не развито аналитико-синтетическое мышление, конструктивность теоретических и практических способностей. Существует обратная связь между памятью и самоуничижительным стилем юмора (-0,64).

Таким образом, использование самоуничижительного юмора, направлено против самого себя, чтобы расположить к себе других людей. Это может происходить с помощью заискивания перед окружающими, позволяют им делать себя объектом шуток. За этим стоят низкая самооценка и обостренная потребность в принятии, трудности в отстаивании своих прав. При этом такие студенты не отличаются интеллектуальными способностями. А именно, не развито аналитико-синтетическое мышление, конструктивность теоретических и практических способностей, плохо запоминают информацию, слабо проявляется умение грамотно выразить и оформлять содержание своих мыслей, способность комбинировать, обстоятельность мышления. Слабая обратная связь существует между пространственным воображением и агрессивным стилем юмора (-0,51). Студенты-медики, использующие сарказм, насмешку, манипуляции другими, не могут конструктивно использовать практические способности, наглядно-действенное мышление.

Список литературы

1. Дружинин В.Н. Психология общих способностей / В.Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2007.– С.27 - 28.
2. Ершова Р.В. Представления о чувстве юмора в психологии / Р.В. Ершова, Р.З. Шарапова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2012. – № 3. – С. 16-22.

З.Иванова Е.М. Русскоязычная адаптация опросника стилей юмора Р.Мартина / Е.М. Иванова, О. В. Митина, А. С. Зайцева, Е. А. Стефаненко // Теоретическая и экспериментальная психология.– 2013.– Т. 6. –№ 2.

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ ОСУЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМ СРОКОМ ОТБЫВАНИЯ УГОЛОВНОГО НАКАЗАНИЯ

Банникова А.Э., Алексеева А. С.

Уральский Федеральный Университет, г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. В данной статье рассмотрены проблемы эмоционально - личностных изменений в поведении у осужденных, в среде исправительных учреждений Федеральной службы исполнения наказаний России. Исследование проводилось на базе одной из исправительных колоний города Екатеринбурга. В ходе исследования были выявлены различия по шкалам астенического компонента тревожности и негативизма среди осужденных с разным сроком. Дальнейшая работа может быть направлена на расширение выборки испытуемых, выделении контрастных групп по сроку пребывания в колонии – до полугода, 2-3 года, более 5 лет и другие с целью определения дальнейших личностных изменений осужденных.

Ключевые слова: ФСИН, агрессия, осужденный, астения, негативизм, характер

DYNAMICS OF THE PERSONALITY OF CONVICTED PERSONS WITH DIFFERENT TERMS OF SERVING A CRIMINAL SENTENCE

Bannikova A.E, Alekseeva A. S.

Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

Abstract. This pilot research work is devoted to the problems of emotional and personal changes in the behavior of convicted persons, in the context of correctional institutions of the Federal Penal Correction Service of Russia. The study was carried out based on one of the correctional colonies of the Ekaterinburg. The study found differences in the scales of the asthenic component of anxiety and negativity among prisoners with different terms. Further work can be aimed at expanding the sample of subjects, allocating contrast groups on the length of stay in the colony - up to six months, 2-3 years, more than 5 years and others in order to determine further personal changes of convicts.

Keywords: Federal Penal Correction Service, aggression, prisoner, asthenia, negativism, character

Существование и развитие различных социальных систем всегда было тесно связано с человеческой жизнедеятельностью и осуществлялось через предметную, коллективную, сознательную деятельность человека. Различные социальные девиации также, в конечном счете, реализуются через любую человеческую деятельность в том числе через девиантное поведение.

Психическое состояние и устойчивые особенности характера и личности человека, который нарушает закон, развиваются и протекают, подчиняясь общепсихологическим и психофизиологическим законам. Специфика предмета данного исследования заключается в своеобразии изменения этих состояний, у людей, нарушивших установленные государством законы и проходящих путем коррекции в течение заключения в соответствии с указанным судом сроком.

Каким образом изменяются личностные качества осужденного среди спецконтингента мужского пола, как проходит адаптация к пребыванию в колонии, ведет ли пребывание в местах осуждения к росту случаев агрессивного поведения, становится ли он более опасным для окружающих, - все это вопросы остающиеся крайне актуальными для всего населения. Имеющиеся к настоящему времени литературные данные не дают точных ответов и говорят лишь о нелинейной взаимосвязи изменений поведения у осужденных с длительными сроками лишения свободы и временем отбывания наказания, связанный с непосредственным влиянием криминальной среды и субкультуры [1].

В ходе данного пилотного исследования была осуществлена диагностика уровня агрессивности и индивидуально - личностных качеств у спецконтингента с длительными сроками лишения свободы на различных этапах отбывания наказания в одной из исправительных колоний (ИК) города Екатеринбурга.

В исследовании приняли участие 49 осужденных мужского пола. В исследовании принимали участие только мужчины, осужденные на отбывание наказание в условиях строгого режима. Испытуемые были разделены на контрастные группы по сроку, проведенному в колонии к моменту проведения исследования. Из них отбывающих наказание в течение 5-6 лет - 26 человек, отбывающих наказание менее 0.5 лет - 23 человека. Возрастной диапазон испытуемых составлял от 20 лет до 51 года. Средний возраст для первой группы (до 0.5 лет) равен 31 году, а для второй группы (5-6 лет) равен 34 годам.

Уровень образования у осужденных был разный, начиная от неполного среднего до высшего образования.

В ходе исследования использовались следующие методики: Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки [2], Интегративный тест тревожности (ИТТ) [3], Личностная агрессивность и конфликтность по Е.П. Ильину (ЛАК) [4], Тест внутренней агрессивности Дайхоффа [5].

По результатам проведенного исследования были выявлены достоверные различия по двум шкалам тестов, а именно по шкале АСТ

(астенический компонент тревожности) в интегративном тесте тревожности и по шкале негативизм в тесте Басса - Дарки. Показатели были выше у группы осужденных отбывающих наказание менее полу года, их результат составил 61% по шкале АСТ и 60% по шкале негативизм, от максимального значения. Гораздо ниже результаты оказались у второй группы осужденных отбывающих наказание в течении 5-6 лет, их результаты были 50% по АСТ и 46% по шкале негативизм.

Шкала АСТ свидетельствуют о преобладании в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости. Более высокий результат по астенической шкале у новоприбывших осужденных можно связать с тем, что, попадая в новую среду, новый круг общения, новый режим и распорядок дня их организму нужно затратить очень много энергетических ресурсов, чтобы привыкнуть, поэтому у них и наблюдается общая слабость, так называемый «синдром общей усталости», который проявляется у каждого по-разному. Наблюдается неустойчивость настроения, ослабление самообладания, нетерпеливость, повышенная утомляемость, нарушения сна, утраты способности к длительному умственному и физическому труду, непереносимость громких звуков, светов, запахов и другие.

Негативизм, согласно тесту Басса - Дарки, – это оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов. По всей вероятности, повышенные значения по данной шкале в группе лиц, отбывающих свой срок до полугода, также связаны с явлением социально-психологической адаптации. Трудности и отторжение норм, принятых в пенитенциарном учреждении и среди осужденных, состояние неопределенности, страх перед предстоящим долгим сроком, изоляцией, вынужденной публичной жизнедеятельностью приводят к росту значений по данной шкале, являющейся по сути первичной защитной реакцией осужденного и обусловленной как дефектами личности (криминализацией мотивационно-смысловой сферы, низкими коммуникативными способностями, навыками саморегуляции и др.), так и условиями мест лишения свободы и в целом места содержания конкретного осужденного.

Таким образом, в ходе данного пилотного исследования были определены личностные изменения, связанные с первичным пребыванием в исправительной колонии в первые полгода прохождения наказания. Дальнейшая работа может быть направлена на расширение выборки испытуемых, выделении контрастных групп по сроку пребывания в колонии – до полугода, 2-3 года, более 5 лет и другие с целью определения дальнейших личностных изменений осужденных. Полученные данные могут лечь в основу разрабатываемых рекомендаций сотрудникам-психологам ФСИН России по определению мероприятий организационно-режимного и исправительного

характера, а также различных методических особенностей реализации программ психокоррекции агрессивного поведения осужденных с длительными сроками наказания, включая развитие навыков саморегуляции и применения конструктивной стратегии совладающего поведения.

Список литературы

1. Антонян Ю.М. Насилие. Человек. Общество. – М., 2001. – 144 с.
2. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384с.
3. Бизюк А.П. Применение Интегративного Теста Тревожности (Итт). Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Спб., 2005. – 23 с.
4. Ерзин А.И. Диагностика и коррекция агрессивного поведения. Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2012. – 254с.
5. Налчаджян А. Агрессивность человека. Том первый. Агрессия и психическая самозащита личности. «Огебан», 2005. – 345 с.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕРАКТИВНОМУ ФОРМИРОВАНИЮ И ВОССТАНОВЛЕНИЮ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Барков С.С.

**ОГКУЗ «Белгородский дом ребенка специализированный»
г.Белгород, Россия**

Аннотация. В данной статье будет описан факт воздействия сенсорной комнаты на развитие детей с ограниченными возможностями здоровья и других категорий детей. Представлен опыт работы медицинского психолога, как члена трансдисциплинарной команды специалистов по оказанию реабилитационной и абилитационной помощи детям.

Ключевые слова: сенсорная комната, современный подход, восстановление, реабилитация, абилитация.

THE MODERN APPROACH TO THE INTERACTIVE CREATION AND RECOVERY OF HIGHER MENTAL FUNCTIONS

Barkov S.S.

Abstract. This article will be described the fact of sensory room impact for the development of children with disabilities and other groups of children. Working experience of clinical psychologist as a member of the transdisciplinary team of experts to provide rehabilitation and habilitation care for children.

Key words: sensory room, modern approach, restoration, rehabilitation, habilitation.

В процессе оказания комплексной реабилитационной и абилитационной помощи принимают участие узкие специалисты из разных медицинских и педагогических направлений. Интегративное воздействие на ребенка оказывается непрерывно на протяжении месяца (в зависимости от организации данный показатель может варьироваться), после чего проводится комиссия оценка достигнутых результатов у каждого отдельного ребенка.

Медицинский психолог, как член трансдисциплинарной команды специалистов по оказанию реабилитационной и абилитационной помощи детям, работает по следующим направлениям:

- Консультация персонала групп временного пребывания детей, для ознакомления с особенностями взаимодействия с ребенком, учитывая его нозологию.

- Консультация родителей по вопросам взаимодействия с детьми, учитывая их нозологии.

- Клинико-психологическое сопровождение детей (наблюдение, адаптация, выявление проблем и их решение, отслеживание динамики развития и т.д.).

- Разработка клинических рекомендаций по вопросам особенностей взаимодействия с ребенком, как для персонала, так и для родителей.

Взаимодействие с ребенком начинается с начала пребывания ребенка в группе, с целью наблюдения за процессом адаптации к новым условиям временного пребывания. С этой задачей медицинскому психологу может помочь Сенсорная комната.

Сенсорная комната, как объект нашего интереса, представляет собой специально организованную комнату с современным оборудованием, которое обеспечивает взрослым и детям ощущение комфорта и полной безопасности, а так же воплощается в виде модели интерактивного формирования и восстановления высших психических функций [6].

Основные показания для проведения психокоррекционной работы в Сенсорной комнате являются:

- Психическое недоразвитие;
- Задержанное психическое развитие;
- Поврежденное психическое развитие;
- Искаженное психическое развитие;
- Дисгармоничное психическое развитие.

Для детей с двух лет и подростков можно выделить два вида психологической коррекции с использованием Сенсорной комнаты:

- Коррекция эмоционального развития ребенка.
- Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.

Перед посещением и пребыванием в Сенсорной комнате стоит учитывать противопоказания, а именно: наличие у детей судорожного эпизода, глубокая умственная отсталость, инфекционные заболевания, возраст до года. Так же при работе с возбудимыми детьми время пребывания в комнате должно быть минимальным и должна быть минимальная нагрузка на сенсорную систему, а при взаимодействии с детьми, у которых наблюдается тревожность, следует исключить резкие переходы от одной сенсорной стимуляции к другой.

Сенсорная стимуляция производится по следующим направлениям: зрительная стимуляция, слуховая стимуляция, обоняние, вкусовые ощущения, проприоцептивная и вестибулярная стимуляция, тактильная стимуляция [5].

Основные методы, используемые при работе в сенсорной комнате:

- разнообразные игры (коммуникативные, направленные на развитие познавательных процессов и сенсорно-интегративную коррекцию);
- сказкотерапия;
- элементы песочной терапии;
- элементы арт-терапии (рисование песком, на прозрачном мольберте);
- релаксационные упражнения;
- элементы музыкотерапии [1].

Воздействие на эмоционально-психическое состояние человека в Сенсорной комнате может варьироваться в соответствии с необходимой целью и вариативностью использования стимулов. Следовательно, они могут выполнять функции: тонизирующего, расслабляющего, восстановительного и стимулирующего характера [3].

Сенсорная комната решает следующие задачи:

- 1) Снятие мышечного и психоэмоционального напряжения, достижение состояния релаксации;
- 2) Активация различных функций центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды;
- 3) Стимуляция ослабленных сенсорных функций (зрение, осязание, слух и т.д.);
- 4) Развитие двигательных функций (общей и мелкой моторики);
- 5) Создание положительного эмоционального фона, повышение мотивации к проведению других лечебных процедур;
- 6) Развитие познавательной активности детей, непосредственное общение с ребенком и т.д. [4].

Во время пребывания в сенсорной комнате в первую очередь у детей формируются адекватные представления об окружающей действительности

[2]. Формирование и восстановление высших психических функций происходит путем обобщения сенсорного опыта у ребенка, создания новых нейронных сетей и поддержания нейронной пластичности за счет самых разнообразных занятий, которые возможны благодаря современному оборудованию.

Список литературы

1. Аббясова Н. Н. Сенсорная комната в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья Вестник научных конференций. –2018.– № 11.– 4 (39).– С. 9-11.
2. Гудкова Т.В. Сенсорная комната как средство развития детей с ограниченными возможностями здоровья // Воспитатель дошкольного образовательного учреждения. –2013. – С.31-42 .
3. Запрыгаева О.В. Сенсорная комната как современный и эффективный элемент психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья Вестник педагогических инноваций.–2017. –№ 1 (45).– С. 53-59.
4. Пуйлова М.А., Шевелева Т.Е. Сенсорная комната как условие психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 13. – С. 4051-4055.
5. Сенсорные комнаты «Снузлин»: Сборник статей и методических рекомендаций. Rehab and medical. – М., 2001.
6. Сенсорная комната – волшебный мир здоровья. Темная сенсорная комната: учебно-методическое пособие / Под ред. Л.Б. Баряевой, Ю. С. Галлямовой, В.Л. Жевнерова. – СПб.: ХОКА, 2007. – 416 с.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА НА УРОВНЕ ПАРАМЕТРОВ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПРАВЫМ ПРОФИЛЕМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Блинова К.В., Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования у детей с нарушением слухового анализатора младшего школьного возраста с правым

профилем латеральной организации. Выявлены достоверные различия в параметрах пространственных представлений условно здоровых детей и слабослышащих.

Ключевые слова: младший школьный возраст, дети с нарушением слуха, нейропсихологическая диагностика, схема тела.

NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE BODY SCHEME AT THE LEVEL OF PARAMETERS OF SPATIAL REPRESENTATIONS IN HEARING IMPAIRED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH THE RIGHT PROFILE OF THE LATERAL ORGANIZATION

Blinova K.V., Molchanova L.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of the study in children with impaired auditory analyzer of primary school age with the right profile of the lateral organization. Significant differences in the parameters of spatial representations of conditionally healthy children and hard of hearing were revealed.

Keywords: primary school age, children with hearing impairment, neuropsychological diagnosis, body diagram.

Высокая активность авторов в исследовании детей с нарушением слухового анализатора, делает проблему актуальной. Так, исследуются развитие памяти [5], речи [2], возможные варианты и подходы к обучению [7].

Необходимость нейропсихологического подхода играет большую роль, особенно в исследовании схемы тела у слабослышащих детей, для правильного выстраивания коррекционных программ, что будет способствовать большему усвоению образовательного материала и более быстрой адаптации в социуме таких детей.

Схема тела понимается как «неосознаваемый внутренний образ, совокупность информации о структуре тела с точки зрения его организации, динамических характеристик, изменения положения в пространстве и времени», где «образ тела – осознаваемое субъектом ментальное представление о собственном теле» [1, с.156].

Подкорковые структуры, мозолистое тело и теменно-височно-затылочный отдел головного мозга является морфофункциональной основой схемы тела [4].

Выделяют уровни схемы тела: чувствительного восприятия, представлений о своем теле, организация движений относительно схемы тела, пространственных представлений [3].

Так как у детей с нарушением слуха младшего школьного возраста отмечается левополушарная и правополушарная недостаточность, несформированность в межполушарном взаимодействии [6], трудность в формировании целостного образа, то гипотеза исследования будет существование нейропсихологических особенностей схемы тела на уровне пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем организации.

Объектом исследования выступает схема тела.

Предмет исследования – схема тела на уровне пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем организации.

Цель работы – изучение нейропсихологических особенностей схемы тела на уровне пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста с правым профилем организации.

Исследование проводилось на базах ОКОУ «Школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» и МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 27 имени А.А. Дейнеки» г. Курска. Объем выборки составил 12 детей в возрасте 8-10 лет с диагнозом Q16.9 Врожденная аномалия уха, вызывающая нарушение слуха неуточненная и 12 детей в возрасте 8-10 лет условно здоровых. Исследование проводилось индивидуально, на условиях информированного согласия родителей.

Методы исследования нейропсихологические пробы для определения профиля латеральной организации функциональной асимметрии рук, ног, глаза (стороны тела). Был произведен анализ методов исследования схемы тела [3,] и результаты описаны в таблице 1.

Таблица 1

Нейропсихологические методы исследования схемы тела

Уровень схемы тела	Исследуемый параметр	Методика изучения
Уровень параметров пространственных представлений	Координатные представления	Перешифровка (копирование фигур на 180°)
	Метрические представления	Проба Бентона
	Стратегия оптико-пространственной деятельности	Проба Рея-Тейлора
	Проекционные представления	Копирование куба, дома
	Восприятие целостного перцептивного поля	Незаконченные изображения

	Представление пространственных взаимоотношений	Понимание логико-грамматических конструкций.
--	--	--

При исследовании латеральной организации были выбраны дети с правым профилем.

При статистической обработке данных по непараметрическому критерию УМанна-Уитни, были выявлены следующие результаты:

Координатные представления ($p\text{-level}=0,00012$), что свидетельствует о несформированности у слабослышащих детей координатных представлений. Так же есть данные о том, что в 8 лет у условно здоровых детей система координат сформирована лишь у 10 % и является реверсивной, а ближе к 10 годам сформирована лишь у 50% [3]. Если рассматривать детей с нарушением слуха, то у них к 10 годам система координат сформирована лишь у 5%.

Метрические представления ($p\text{-level}=0,0032$): в целом для детей данного возраста характерно иметь дефицит метрических представлений, но у детей с нарушением слухового анализатора он выражен в большей степени (у 94% детей).

Стратегия оптико-пространственной деятельности ($p\text{-level}=0,0025$): стратегия оптико-пространственной деятельности у детей условно здоровых формируется к 9-10 годам [3], а до этого характеризуется отсутствием определенной последовательности. У слабослышащих с трудом формируется последовательное выполнение рисунка, в пробе у 100% детей рисование происходит от частей к целому и последующим дорисовыванием деталей.

Проекционные представления ($p\text{-level}=0,04201$): у слабослышащих детей происходит искажение рисунка, без представления его в трехмерном пространстве, что является ключевым отличием от условно здоровых детей.

Восприятие целостного перцептивного поля ($p\text{-level}=0,0000$): у детей с нарушением слуха в виду левополушарной и правополушарной недостаточности и несформированности в межполушарном взаимодействии не происходит формирования целостного образа предмета.

Представление пространственных взаимоотношений ($p\text{-level}=0,0009$): 96% слабослышащих детей не справляются с пониманием логико-грамматических конструкций.

Таким образом, можно сделать вывод о несформированности уровня пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

Полученные данные будут полезны для составления коррекционных программ, для дальнейшего изучения данной проблематики с увеличением выборки для получения более точных данных.

Список литературы

1. Запесоцкая С.Я. Нарушение схемы тела у пациента с афферентной моторной афазией // Научная инициатива. – 2018. – С. 156-169.

2. Маркина М.В. Развитие речевых навыков у детей с нарушением слуха посредством игровой деятельности // Молодежь XXI века: образование, наука, инновации. – 2018. – С.100-101.
3. Молчанова Л.Н., Рябыкина А.И. Особенности структурной организации схемы тела у детей младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу слабовидения // Медицинская психология в России. – 2018. – Т.10, №6 – С. 9.
4. Никишина В.Б. Нарушение схемы тела при менингиомах теменнотатылочной области / В.Б. Никишина, В.А. Лазаренко, Е.А. Петраш, А.И. Ахметзянова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116.– № 12. –С. 20-24.
5. Рудюк Н.А. Особенности развития памяти у детей с нарушением слуха // Молодежь XXI века: образование, наука, инновации. – 2018. – С.306-307.
6. Савченко Д.В., Бабич Е.Г. Особенности профиля латеральной организации у детей младшего школьного возраста с нарушением слуха // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2015. – Т. 14. №3(130). – С. 98-106.
7. Туджанова К.И. Интегрированный подход в обучении детей младшего школьного возраста с нарушением слуха // Идеалы и ценности отечественной педагогики и их воплощение в современной педагогической практике. – 2017. – С.255-259.

ПРОБЛЕМЫ И СПЕЦИФИКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Блюм А.И., Харламова М.А., Кирилюк А.П.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация: В статье описаны основные проблемы в общении врача со своими пациентами, которые могут стать причиной конфликтов и негативно сказаться на процессе диагностики и дальнейшего лечения. На основании данных психологических исследований представлены особенности личностных качеств врачей разных специальностей, а также то, как они влияют на формирование образа грамотного специалиста в глазах пациентов. Таким образом, отражена важность коммуникативной компетентности доктора в создании оптимальных условий для выздоровления. Исходя из выявленных негативных аспектов врачебной деятельности, возникает необходимость воспитания таких качеств как умение сопереживать, стремление к людям и толерантность в общении с партнером, а также умение

правильно разрешать возникающие конфликты. Это становится основной причиной для введения в медицинских вузах специальных тренингов по формированию коммуникативной компетентности врача у будущих специалистов.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, врачи, пациенты, конфликты, личностные качества.

PROBLEMS AND SPECIFICS OF THE DOCTOR'S COMMUNICATIVE COMPETENCE

Kharlamova M.A, Kirilyuk A.P, Blum A.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract: The article describes the main problems in the doctor's communication with his patients, which can cause conflicts and adversely affect the process of diagnosis and further treatment. Based on the information of psychological studies, there are presented the personality characteristics of doctors of various specialties, as well as how they affect the formation of the image of a competent specialist in the eyes of patients. Thus, there is reflected the importance of the doctor's communicative competence in creating optimal conditions for recovery. Based on the identified negative aspects of medical activity, there is a necessity to educate such qualities as the ability to empathize, the desire for people and tolerance in communicating with a partner, as well as the ability to properly resolve conflicts. This is becoming the main reason for the introduction of special training in medical schools on the formation of the doctor's communicative competence in future specialists.

Keywords: communicative competence, doctors, patients, conflicts, personality characteristics.

Психологический и коммуникативный контакт между врачом и пациентом является важной составляющей частью диагностики и лечения. Коммуникативное взаимодействие представляет собой сложный процесс, который выступает не только как способ обмена информацией, но и как процесс взаимного переживания друг к другу. Эффективное взаимодействие между врачом и пациентом является одной из основных составляющих должной постановки диагноза и лечения. Благодаря умению врача грамотно построить диалог с пациентом и в понятной и доступной форме донести всю необходимую информацию о диагнозе, можно добиться доверия пациента, что в последующем положительно влияет на соблюдение плана дальнейшего обследования и лечения, а соответственно и выздоровления.

Профессия врача требует наличие определенных личностных качеств и специфической картины мировоззрения. Особенность врачебной работы

предполагает знание ряда этических норм и правил в общении с больным человеком. Имеется большое количество исследований, где изучалась особенность личностных качеств, а также способов общения врачей различных специальностей со своими пациентами, эти исследования показали, что в каждом виде врачебной деятельности есть негативные факторы, которые могут создать препятствия в создании эффективного контакта между партнерами по общению. Например, в статье А.Е. Сахаровой было проведено исследование, где были взяты три группы врачей ряда специальностей: психотерапевты, педиатры и хирурги, были исследованы основные показатели коммуникативного взаимодействия. Согласно проведенному исследованию было установлено, что врачей-хирургов отличает неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами партнера по диалогу и нетерпимость к физическому или психическому дискомфорту партнера, стремление переделать и перевоспитать своего оппонента, хирурги обладают меньшей способностью к эмпатии чем педиатры и психотерапевты. В то же время педиатры имеют средние показатели коммуникативной толерантности и стремления к людям [3]. А в статье Т.В. Константинова было проведено исследование где были выявлены характерные модели общения для таких специальностей как: терапевт, хирург и невролог. Было выявлено, что для врачей терапевтов характерна манипулятивная направленность в общении и стремление к личной выгоде, для хирургов авторитарная модель общения, а для неврологов индифферентная [2]. Эти исследования выявили ряд конкретных проблем, которые влияют на восприятие врача в глазах своих пациентов, которые становятся причиной конфликтов между врачом и больным. Пациенты хотят видеть в докторе собеседника, который будет сопереживать возникшей проблеме больного, не воспринимать его «как симптом», а как человека. Важным условием в общении врача и пациента является опосредованность в предоставлении информации. В связи с тем, что в настоящее время имеется большое число различных методов исследования, врач руководствуется показателями анализов и зачастую субъективные ощущения больного отходят на второй план. Некоторые врачи перестают воспринимать больного человека как личность и рассматривают его сугубо как ту или иную болезнь [2]. Это создает непонимание, пациент не может осмыслить всю ту информацию, что ему предоставляет доктор, который руководствуется на цифрах и данных исследований и говорит на своем профессиональном языке с множеством сложных медицинских терминов.

Стоит отметить также факт ограниченности времени приема и обследования пациента среди работников амбулаторного звена, который является первым этапом в лечебно-профилактической деятельности и обеспечивают первичную диагностику патологических состояний. Так как наибольшая частота посещений приходится именно на поликлиники,

преимущественно на основании общения со специалистами данного типа учреждений складывается общее представление о врачебной профессии в целом. Приходя на прием, пациенты ожидают увидеть консервативный образ врача, обладающего такими качествами как: аккуратность, интеллигентность, образованность [5], внимательность, тактичность, способность внимательно слушать и доступно объяснять, умение вселять надежду [1; 6]. Но реалии современной жизни таковы, что большая часть взаимодействия врача с пациентом занята работой с документами, а в условиях ограниченного времени, которое законодательно регламентировано для работников различных специальностей, это порождает недостаточность вербального и невербального контакта и пробелы в субъективном исследовании, как следствие, ожидания пациентов не оправдываются, врач им кажется отстраненным, незаинтересованным, не способным помочь, что создает почву для непонимания, конфликтов и низкой приверженности к лечению.

Необходимо иметь ввиду, что изменился и сам пациент, для которого врач уже не является единственным источником информации о его здоровье. Век современных технологий и техническая осведомленность людей привели к тому, что пациент старается добывать сведения о своем здоровье через интернет, ТВ-программы и научно-популярную литературу, то есть стремится наряду с врачом участвовать в диагностике и лечении собственного заболевания, что также приводит к возникновению разногласий, споров и снижению качества оказываемой помощи [4].

Вне зависимости от условий, в которых находятся врач и пациент, медицинский работник должен уметь сглаживать «острые углы» в общении, уметь расположить к себе человека, дать понять, что он способен выслушать пациента, объективно оценить его состояние и в перспективе оказать эффективную помощь.

Исходя из возникшей ситуации, когда имеется большое число конфликтов между врачами и пациентами, возникла необходимость воспитания таких качеств как: умение сопереживать, стремление к людям и толерантность в общении с партнером, а также умение правильно и грамотно разрешать возникающие конфликты. Эта необходимость стала толчком к созданию в медицинских вузах специальных тренингов и занятий по формированию коммуникативной компетентности будущих врачей, чтобы сформировать правильный образ специалиста, который может создать оптимальные условия для дальнейшего выздоровления приходящих на прием пациентов.

Список литературы

1. Буценина И.И., Бурина Е.А., Грандилевская И.В. Психологические особенности врачей-гематологов и образ их «идеального» пациента // Актуальные направления научных исследований: от теории к практике. – 2016. – №3(9). – С.79-82.

2. Константинова Т.В. Особенности коммуникативного взаимодействия с больным в зависимости от специализации врача // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – 2006. – №2(6). – С.137-141.
3. Сахарова А.Е. Коммуникативные личностные свойства врачей различных специальностей // Практическая медицина. – 2009. – №6(38). –С.80-84.
4. Семина Т.В. Социальные изменения личности врача в эпоху глобализации, интеграции и унификации // Общество: социология, психология, педагогика. – 2017. – №10. – С.52-55.
5. Сильвеструк С.В., Ермолаева Е.В. Формирование имиджа современного врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. –Т.6., №1. –С.213.
6. Фомина Н. В., Ястребова Е.Д., Ревина И.А. Образ врача в обыденном сознании пациентов разных половозрастных групп / Проблемы современного педагогического образования. Сер.: Педагогика и психология. – Сборник научных трудов: – Ялта: РИО ГПА, 2017. – Вып. 57. – 2017. – С.351-359.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Болдина Н.В., Маль Г.С., Грибовская И.А.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены современные здоровьесберегающие технологии, которые используются сегодня в медицинских вузах. Представлена их классификация, особенности использования и недостатки различных технологий.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, медицинский вуз, классификация

HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES IN MEDICAL SCHOOL

Boldina N.V., Mal G.S., Gribovskaya I.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents modern health-saving technologies that are used today in medical universities. Their classification, features of use and shortcomings of various technologies are presented.

Keywords: health-saving technologies, medical University, classification

В федеральной программе развития образования в качестве ведущих выделяются задачи сохранения здоровья, оптимизации учебного процесса, разработки здоровьесберегающих технологий обучения и формирование ценности здоровья и здорового образа жизни.

Знание и использование здоровьесберегающих технологий ведет к повышению профессиональной компетентности преподавателей, необходимой для успешного выполнения здоровьесберегающей деятельности с учетом новых условий, запросов и потребностей государства и общества в целом.

Понятие «здоровьесберегающая технология» относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько решается задача сохранения здоровья преподавателей и студентов. Также здоровьесберегающие технологии можно рассматривать, как совокупность тех принципов, приемов и методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаками здоровьесбережения [1].

В отношении здоровья в России студенты медицинских вузов входят в группу повышенного риска. Причиной этого является необходимость улучшить деятельность вуза с целью сохранения здоровья студентов и одновременная интенсификация учебного процесса с целью повышения качества и уровня готовности к профессиональной деятельности. Актуальность данной проблемы определяется, в первую очередь, ухудшением в последние десятилетия состояния здоровья студентов. Это явление ассоциируется с низким экономическим уровнем жизни большинства студентов, условиями учебной деятельности, низкой активностью по отношению к собственному здоровью. Во многом это обусловлено тем, что существующая система образования не рассматривает сохранение и улучшение состояния здоровья как одна из ценностей собственной деятельности, в итоге это ведет к ухудшению у всех участников образовательного процесса [2]. Здоровьесберегающие технологии включают в себя систему ценностей и установок, формирующие потребность в повышении двигательной активности, предотвращение нарушений функций организма (опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения), снижении силы сокращения мышц и приобретении гигиенических качеств. Особая роль отводится физкультурно-оздоровительной деятельности, соблюдению режима дня, качеству питания, чередованию труда и отдыха, что содействует предупреждению возникновения вредных привычек и разных заболеваний. В учебном процессе вузов отслеживание здоровьесбережения

внедряется недостаточно последовательно, т.к. отсутствует функциональное понимание значения сохранения здоровья. В вузах учебные планы и программы учебных дисциплин системы профессиональной подготовки специалистов не проектируются с позиций медицинских, психофизиологических и педагогических основ сохранения здоровья человека. Непонимание благоприятного воздействия физкультурной деятельности на состояние здоровья, низкая мотивация к занятиям физической культурой, неразвитость навыков самоконтроля и во многом неадекватное восприятие состояния своего организма приводят к формальному отношению студенческой молодежи к собственному здоровью, его сохранению и укреплению.

Существует несколько подходов к классификации здоровьесберегающих технологий. Наиболее проработанной и используемой в образовательных учреждениях является классификация, предложенная Н.К.Смирновым. Среди здоровьесберегающих технологий, применяемых в медицинском вузе, он выделяет несколько групп, в которых используется разный подход к охране здоровья, а соответственно, и разные формы работы [3].

К первой группе относятся медико-гигиенические технологии. Это совместная деятельность педагогов и медицинских работников. Также к медико-гигиеническим технологиям относятся контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий.

Ко второй группе относятся физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ), которые направлены на физическое развитие. Реализуются на занятиях физической культуры и секциях на внеурочных спортивно-оздоровительных мероприятиях.

К третьей группе относятся экологические здоровьесберегающие технологии (ЭЗТ), которые направлены на создание природосообразных, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей, гармоничных взаимоотношений с природой.

К четвертой группе относятся технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). Их реализуют специалисты по охране труда, защите в чрезвычайных ситуациях, архитекторы, строители (учебных корпусов), инженерно-технические службы, пожарной инспекции и т.д. Поскольку сохранение здоровья рассматривается при этом, как сохранение жизни, требования и рекомендации этих специалистов подлежат обязательному учету и интеграции в общую систему здоровьесберегающих технологий.

К пятой группе относятся здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ), которые делятся на три подгруппы:

- организационно-педагогические (ОПТ), определяющие структуру учебного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления и гиподинамии и пр. дезадаптивных состояний.

- психолого-педагогические технологии (ППТ) связаны с непосредственной работой на уроках физической культуры. Сюда же входит и психолого-педагогическое сопровождение всех элементов образовательного процесса.

- учебно-воспитательные технологии (УВТ), которые включают в себя программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся, мотивации их к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ), предупреждению вредных привычек, предусматривающие также проведение организационно-воспитательной работы со студентами после занятий.

Отдельное место занимают еще две группы технологий, традиционно реализуемые вне вуза, но в последнее время все чаще включаемые во внеурочную работу вуза:

1. Социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии (САЛРТ) – формирование и укрепление психологического здоровья студентов; повышение ресурсов психологической адаптации личности (социально-психологические тренинги, программы социальной и семейной педагогики);
2. Лечебно-оздоровительные технологии (ЛОТ) составляют самостоятельные медико-педагогические области знаний: лечебную педагогику и лечебную физкультуру, воздействие которых обеспечивает восстановление физического здоровья учащихся [4].

Все вышеперечисленные здоровьесберегающие технологии необходимо использовать системно и в комплексе. Предлагаем к рассмотрению базовую модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в вузе. Она состоит из шести блоков.

1 блок – здоровьесберегающая инфраструктура образовательных учреждений.

2 блок – рациональная организация учебного процесса.

3 блок – организация физкультурно-оздоровительной работы.

4 блок – просветительско-воспитательная работа со студентами, направленная на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни.

5 блок – организация системы просветительской и методической работы с преподавателями и специалистами для повышения квалификации работников вуза.

6 блок – профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья.

Основываясь на предлагаемую модель, коллектив медицинского вуза может разрабатывать свои технологии по здоровьесбережению будущих специалистов.

Список литературы

1. Горелов А.А. Анализ показателей здоровья студентов специальной медицинской группы / А. А. Горелов, В.А. Кондаков // Научные проблемы гуманитарных исследований, 2008. – 98 с.
2. Дубровский В.М. Лечебная физическая культура / В.М. Дубровский. Москва: Владов, 2008. – 124 с.
3. Ивахненко Г.А. Здоровьесберегающие технологии в российских вузах / Г.А. Ивахненко // Вестник института социологии. – 2013. – №6. – С. 100-111.
4. Сущность и роль здоровьесбережения и медико-социальные проблемы физиологического старения населения России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.scienceforum.ru/2014/583/1353> (дата обращения 06.03.2018).

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР БЛАГОПОЛУЧИЯ РЕБЕНКА

Брагина Е.В.

Вечерняя (сменная) общеобразовательная школа №12, г.Курск, Россия

Аннотация. На сегодняшний день такое явление нашей действительности, как социально неблагополучная семья, стало явлением весьма распространенным. Какими бы факторами ни было обусловлено неблагополучие семьи, оно в той или иной степени негативно сказывается на развитии ребенка. Большинство проблем, возникающих у детей в процессе социализации, имеет корни именно в неблагополучии семьи. Семейное неблагополучие порождает массу проблем в поведении детей, их развитии, образе жизни, приводит к нарушению ценностных ориентаций, ведет к повышенной агрессивности детей, дисбалансу в сфере общения, педагогической запущенности.

Ключевые слова: неблагополучная семья; пример поведения; психологический климат; благоприятная атмосфера; личность ребенка.

FAMILY AS A FACTOR OF CHILD'S WELL-BEING

Bragina E.

Evening (shift) comprehensive school No. 12”, Kursk, Russia

Abstract. Today, such a phenomenon of our reality as a socially dysfunctional family has become a very common phenomenon. Whatever factors may be caused by family distress, it has a negative impact on the development of the child to one degree or another. Most of the problems that arise in children in the process of socialization, has its roots in the trouble of the family. Family trouble generates a lot of problems in the behavior of children, their development, lifestyle, leads to a violation of value orientations, leads to increased aggressiveness of children, an imbalance in the sphere of communication, pedagogical neglect.

Keywords: dysfunctional family; example of behavior; psychological climate; favorable atmosphere; personality of the child.

У каждого из нас есть свои ценности, то, чем мы дорожим больше всего, что любим, оберегаем, о ком заботимся, но самое дорогое – это наши дети. Именно в них мы вкладываем все лучшее, что есть в нас самих. Кажется, кто из родителей не хочет, чтобы его ребенок был самым образованным, порядочным, в общем самым-самым.

А все ли родители мечтают об этом? К большому сожалению, нет. Многие просто не хотят заботиться о своих детях. Как правило, это неблагополучные семьи, семьи зависимые от алкоголя, находящиеся в социально-опасном положении.

Поведение и нравственные ценности членов семьи ребенка напрямую связаны с его дальнейшей жизнью. Если в семье есть люди с вредными привычками, риск приобщения к ним несовершеннолетнего резко возрастает. Зависимыми не рождаются, ими становятся. Ребенок учится жить, видя пример родителей и других родственников, с раннего возраста стремится заслужить одобрение взрослых тем, что он ведет себя и думает так, как они этого хотят, или же, наоборот, он отвергает их ценности. Образ жизни родителей оказывает на их чад огромное влияние, и в течение своей жизни дети неоднократно возвращаются к родительскому примеру [1].

А если в семье частые конфликты, рукоприкладство, унижение, нет дружбы и взаимопонимания, родители на грани развода или разведены? Что делать в данной ситуации маленькому беззащитному ребенку? Дети самостоятельно не могут справиться со стрессом. И тогда им на помощь приходит уличная компания со всеми ее «прелестями». Ведь только родители могут объяснить ребенку, что «хорошо», а что «плохо». Неблагополучная семья – наиболее страшный фактор риска, где растут будущие наркоманы, алкоголики и люди без будущего.

Родителям необходимо усиленно работать над собой, чтобы в результате стать лучше, но не для себя, а для ребенка. Пример образа жизни родителей, их привычки и взгляды оказывают гораздо больше влияния на ребенка, чем поучительные беседы.

Народная мудрость, характеризуя человека, огромное значение придает именно семье, в которой рос ребенок. Если о ком-то сказали: «Он (или она) из

хорошей семьи», - означает, что этот человек трудолюбивый, добрый, к нему можно обратиться «и в горе, и в радости». С таким человеком приятно общаться.

Психологический климат в семье определяется внутрисемейными отношениями, и от усилий каждого члена семьи зависит, каким он будет, благоприятным или нет.

Для того чтобы в семье была благоприятная атмосфера, все должны любить друг друга, относиться с уважением и доверием, быть готовыми прийти на помощь в любой момент. Родители должны проводить со своими детьми как можно больше времени, совместно организовывать досуг, заниматься домашними хлопотами, подчеркивать хорошие поступки своих чад, обсуждать все негативные моменты и оказывать поддержку в любой ситуации. Такая атмосфера способствует гармонизации внутрисемейных отношений и уменьшению количества возникающих конфликтов [2; 4].

Согласно исследованиям специалистов Всемирной организации здравоохранения, проведенным в разных странах, нарушения психического здоровья чаще встречаются у детей, которые испытывают недостаток общения с родителями и агрессивное отношение с их стороны, а также у несовершеннолетних из неблагополучных и конфликтных семей. Проблемы в семье – вот главная причина озлобленности подростков, неспособности найти выход из сложной ситуации.

Дети из неблагополучных семей чаще остальных попадают в зону риска по многим причинам. Плохие оценки и неуспеваемость связана с пропусками занятий без уважительных причин на фоне отсутствия контроля со стороны родителей; повышенная болезненность в результате несоблюдения правил здорового вида жизни; асоциальное поведение подростков как результат конфликтов в семье, злости и рукоприкладства. Незанятость в системе дополнительного образования также происходит по вине родителей, которые не продемонстрировали ребенку своих интересов и увлечений, не пояснили преимуществ их профессии. В итоге в неблагополучной семье вырастает педагогически запущенный ребенок, не успевающий в школе, демонстрирующий двойную мораль, агрессию и ненависть к окружающим, нежелание учиться и трудиться. Печально то, что молодые люди из таких семей испытывают большие проблемы в собственных семьях, которые строят по образу и подобию своих родителей [3; 5].

У детей не развиваются неврозы, если родители справляются со своими проблемами, создают дружескую атмосферу в семье, любят детей, отзывчивы к их нуждам и запросам, просты и непосредственны в общении, позволяют детям выражать свои чувства, действуют согласовано в вопросах воспитания.

Каждый ребенок обладает большими защитными ресурсами. И, несмотря на неблагоприятные жизненные обстоятельства, может стать полноценным человеком. Сегодня уже не вызывает сомнений тот факт, что

эффективность профилактической работу зависит от степени вовлеченности в нее родителей. Никакие современные методики, используемые в профилактической работе, не принесут результата, если данные установки не находят поддержки в семье.

Список литературы

1. Грошева Р.Н. Актуальные проблемы воспитания детей и подростков девиантного поведения. Методическое пособие. – М., 2011.
2. Деменкова О.А. Как защитить наших детей / Постоева Е.С., Загуменных Н.А., Завалишина О.В. // Психолого-педагогические и медико-социальные проблемы профилактики вредных привычек и зависимостей: сб.статей. – Курск, 2014. – С.37-40.
3. Рожков М.И. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением. – М., 2006.
4. Спиваковская А.С. Детско-родительские отношения. – СПб., 2006.
5. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: Книга для педагогов и родителей. – М., 2004.

НАРУШЕННАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР АЛЛЕРГИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Василенко Т.Д., Блюм А.И., Каменева А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены материалы на тематику качества привязанности ребенка к матери и как она влияет на адаптивность ребенка, на его психосоциальное благополучие, а в случае ненадежной привязанности, нарушенных внутрисемейных отношений, приводит к дезадаптации и аллергическим реакциям у ребенка.

Ключевые слова: привязанность, аллергия, отношения с матерью, психосоматика, психосоматические реакции.

BROKEN ATTACHMENT AS A PREDICTOR OF AN ALLERGY OF UNCERTAIN GENESIS

Vasilenko T.D., Blum A.I., Kameneva A.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents materials on the quality of the child's attachment to the mother and how it affects the adaptability of the child, his

psychosocial well-being, and in case of unreliable attachment, broken family relationships, leads to maladaptation and allergic reactions in the child.

Keywords: attachment, allergies, relationships with the mother, psychosomatics, psychosomatic reactions.

В течение последних лет психология замечает значительный рост распространенности психосоматических заболеваний, в особенности аллергических реакций среди детей. В связи с этим, следует отметить, что существенную роль в возникновении психосоматических реакций у детей влияют многочисленные факторы: нарушенная привязанность, семейные конфликты, стрессовые ситуации, а также реагирование на данные ситуации со стороны матери по типу дефицита адаптационных возможностей; все вышеуказанные факторы и приводят к запуску психосоматических реакций у детей. Поэтому, многие исследования направлены на изучение этих факторов, воздействующих на организм ребенка. В связи с этим взаимообусловленность негативных факторов, которые связаны с нарушением личностного и психосоматического развития детей с аллергическими заболеваниями, приводит к необходимости специальной психологической помощи ребенку.

В исследовании Даниловой В.И., Танташевой А.М., где рассматривается пищевая аллергия на искусственное вскармливание аллергической реакции у детей. Было обнаружено в ходе исследования, что по обнаружению этиологического фактора пищевой аллергии, так называемого «продукта – виновника», достоверных данных для установления непосредственного этиологического фактора получить не удалось [2]. Этот момент может свидетельствовать о том, что есть и другие факторы, которые вызывает аллергию неясного генеза.

В психологии привязанность является понятием, представляющим отношение ребенка к близкому значимому человеку. Формирование привязанности необходимо для развития ребенка, поскольку формирует у него чувство безопасности, способствует развитию самооценки, его дальнейшей социализации и адаптации к окружающей среде. Качество и выбор объекта привязанности зависят от поведения родителей по отношению к ребенку [7]. Под привязанностью подразумевают устойчивую эмоциональную связь между двумя людьми, зачастую с матерью, характеризующуюся желанием поддерживать состояние близости, а также то, как близкий взрослый ребенка (мать) способен устойчиво и адекватно воспринимать и реагировать на эмоциональные и физические нужды младенца, т. е. быть чувствительным к ним [4; 6, 11, 12; 13].

Для детей, имеющие аллергические реакции, характерна непосредственно качественно другая социальная ситуация развития по сравнению с относительно здоровыми детьми, которая может определяться как ограничением активности ребенка, так и дискретностью в социальном

окружении, но за пределами семейной системы ребенка, т.е. данные основания могут приводить к неблагоприятным исходам развития личности. [1, 3, 9].

Имеет смысл сказать о том, что детско-родительские отношения непосредственно влияют на большое количество факторов, влияющих в свою очередь на корректное протекание, как психических процессов, так и соматических. Иными словами, любое критическое или же безучастное отношение взрослого к личности ребёнка понижает его самооценку, невротизирует его, вызывая различные патологии развития, что в конечном итоге приводит к результатам, прямо противоположным.

Также на процессы формирования и течения различных форм аллергических заболеваний влияет эмоциональный фактор. Источником эмоциональных переживаний, влияющих на возникновение аллергических заболеваний, является не только в одностороннем порядке нарушенная привязанность, но и социальная ситуация в самой семье в целом, в которой находится ребёнок. Первостепенной же важной социальной группой в формировании личности ребёнка является семья. Таким образом, формируется следующий вывод: неблагоприятные условия развития ребёнка в семье являются причиной различных психосоматических реакций, примером которых могут служить аллергические реакции. Так же имеет место обратный процесс влияния психосоматического заболевания на различные аспекты жизнедеятельности ребёнка и семьи в целом.

Дети, имеющие аллергические реакции, имеют ряд особенностей, нарушающие их адаптивность, и, как следствие, происходит появление рецидивов заболевания аллергического спектра. У данных детей обнаруживается гипертрофированная зависимость от взрослого, высокий уровень тревожности, трудности в реализации способов и средств общения с окружающими людьми [5; 10].

Несмотря на достижения фармакотерапии, распространенность аллергических реакций возрастает, и за последнее время внимание к психологическим детерминантам в манифестации, протекании расстройства вызывает интерес со стороны отечественных и иностранных исследователей [8, 9].

На сегодняшний день концепция аллергических заболеваний представлена единой интегральной моделью, отражающей всю совокупность физиологических, биологических, а так психологических факторов влияющих на процессы формирования и протекания аллергических патологий.

Все вышеперечисленные факторы завязаны на стрессовых ситуациях, который переживает ребенок, но он самостоятельно не может разрешить проблемные ситуации, их помогает разрешить значимый человек (мать) через понятие привязанности. Именно стрессовые жизненные события, отсутствия социальной поддержки, а именно небезопасного типа привязанности могут быть спровоцированы обострением аллергической реакции организма ребенка. У людей с психосоматическими расстройствами выявлялись

тревожный и избегающий тип привязанности [11, 12]; больные сообщали о недостаточном получении социальной поддержки.

Аллергическая симптоматика является некой реакцией системы иммунитета, выражающейся через гиперактивную реакцию по типу защиты на стрессовые ситуации, с которыми сталкивается ребенок, посредством ненадежной привязанности, нарушенными внутрисемейными отношениями. Иными словами, аллергические реакции выступают предупреждающим звеном для иммунитета, которое, впоследствии, обороняет от опасных факторов окружающей среды. Проблема аллергических заболеваний является междисциплинарной, и её рассмотрение невозможно в рамках одного подхода. Одним из главных факторов, влияющих на формирование и протекание различных форм аллергических заболеваний, является эмоциональный фактор. В свою очередь физические аллергены являются второстепенным фактором в механизме возникновения и развития аллергических заболеваний. Также выявление и нейтрализация исключительно психологических причин возникновения аллергии в определённых случаях, приводит к тому, что аллергические реакции проходят без использования специальных методов лечения аллергии, что в очередной раз свидетельствует о том, что проблема аллергических заболеваний не является сугубо медицинской.

Список литературы

1. Арина, Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? [Текст] / Г.А. Арина, Н.А. Коваленко // Школа здоровья: сб. статей. 1995. – Т.2. – № 3. – С. 116-125.
2. Данилова, В.И. Раннее искусственное вскармливание как фактор риска развития пищевой аллергии [Текст] / В.И. Данилова, А.М. Танташева // Смоленский медицинский альманах: сб. статей. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 81 – 85.
3. Залевский, Г. В. Антропологическая психология: биопсихосоциально-этическая модель развития личности и ее здоровья [Текст] / Г. В. Залевский, В. Г. Залевский, Ю. В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал: сб. статей. 2009. – № 33. – С. 99-103.
4. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей [Текст] / Исаев Д.Н. – Санкт-Петербург. Речь, 2005. –400 с.
5. Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков [Текст] / В.В. Ковалев. – Москва, 1985. – 288 с.
6. Shaffer R., Emerson P. The development of social attachment in infancy. / Monograph of the Society for Research in Child Development. –1964. –V.29
7. Лисина, М. И. Проблемы онтогенеза общения [Текст] / М.И. Лисина. – Москва, Педагогика, 1986. – 144 с.
8. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие [Текст] / Р.Ж. Мухамедрахимов. – Санкт-Петербург, 2-е издание, исправленное. Речь, 2001. – 288 с.

9. Недельская, С.Н. Социально-психологическая адаптация детей с бронхиальной астмой к школьному обучению [Текст] / С.Н. Недельская С.Н., Е.В. Раскина, Е.Ю. Акулова // Здоровье ребенка: сб. статей. – 2013. – №1. – С.85-88.
10. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику [Текст] / Николаева В.В. - Москва, Издательство Московского университета, 1987. – 168 с.
11. Смирнова, С. В. Психологические особенности матери как фактор формирования психосоматического заболевания ребенка (на примере бронхиальной астмы) [Текст] / С.В. Смирнова, Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал: сб. статей. 2009. – № 32. – С. 78-81.
12. Ainsworth M. Attachments beyond in Infancy / M. Ainsworth // American Psychologist. – 1989. – Vol. 44. – P. 709-716.
13. Bowlby J. Attachment and loss: in 3 v. Vol. 3: Loss: Sadness and depression / J. Bowlby. – New York: Basic Books, 1980. – P. 234.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА

Глухих Л.С.

**Индивидуальный предприниматель Л.С. Глухих, г. Челябинск,
Россия**

Аннотация. В данной статье рассмотрены понятие и структура представления о болезни, указаны основные заболевания, входящие в группу болезней органов кровообращения. Автором предлагается алгоритм клинико-психологической диагностики представлений о болезнях органов кровообращения у клиентов с использованием гештальт-подхода.

Ключевые слова: психологическая диагностика, представление о болезни, органы кровообращения, гештальт-подход.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF REPRESENTATIONS ABOUT DISEASES OF THE CIRCULATORY BODIES IN ADULTS USING THE GESTALT APPROACH

Glukhikh L.S.

Individual Entrepreneur L.S. Glukhikh, Chelyabinsk, Russia

Abstract. This article discusses the concept and structure of the concept of the disease, indicates the main diseases that are included in the group of circulatory diseases. The author proposes an algorithm for the clinical and psychological diagnosis of perceptions of diseases of the circulatory system in clients using the Gestalt approach.

Keywords: psychological diagnosis, understanding of the disease, circulatory organs, gestalt approach.

Использование клинико-психологической диагностики представлений о болезнях органов кровообращения занимает важное место в медицинской психологии. Согласно МКБ-10, такими болезнями являются: острая ревматическая лихорадка; хронические ревматические болезни сердца; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением; ишемическая болезнь сердца; легочное сердце и нарушения легочного кровообращения; другие болезни сердца; цереброваскулярные болезни; болезни артерий, артериол и капилляров; болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках; другие и неуточненные болезни системы кровообращения [1].

Далее остановимся на рассмотрении психологического понятия представлений о болезнях. По мнению отечественного специалиста И.Б. Бовиной, представление о болезни – это сочетание неких образов у человека или формируемое в сознании представление восприятия своего заболевания [3]. А.Ш. Тхостов и А.С. Нелюбина утверждают, что такие представления могут быть связаны с определенными поведенческими проявлениями в ситуации заболевания человека, которое характеризуется в совладании с ситуацией процесса соматического или психиатрического лечения, соблюдении рекомендаций врачей [5].

Нам представляется важным сказать и о структуре представления о болезни. И.Б. Бовина и Е.Б. Березина разделили ее на два компонента: центральный (ядро) и периферический. Центральный компонент включает в себя разнообразные понятия, заложенные различными культурами и социумом. Данный компонент является стабильным и устойчивым. Он тесно связан с физиологическими проявлениями заболеваний. В периферическую часть могут входить понятие личностного опыта заболевшего взрослого человека, а также индивидуальные соматические и психические особенности болезни (например, «повышение давления») и различные виды или способы лечения (например, терапевтическое, кардиологическое, хирургическое, психотерапевтическое лечение). Психологические представления о болезни имеют также понятийный (научное и житейское знание о болезни, ее течении и исходе) и образные компоненты (мыслительный образ восприятия болезни) [2; 3].

Мы предполагаем, что гештальт-подход основан на уникальных теоретических и прикладных тезисах и постулатах. Гештальт-терапия является одним из направлений в области немедицинской психотерапии, которая включает в себя теории контакта и поля, диалоговый и феноменологический подходы [4]. За период с 2015 по 2017 годы, нами были пройдены первая и вторая ступени профессионального обучения в области гештальт-подхода в Санкт-Петербургском институте гештальта. В течение 2015 по 2019 годы нами было осуществлено более 80 консультаций взрослых с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе. По результатам этой работы был создан уникальный алгоритм клинико-психологической диагностики представлений о болезнях органов кровообращения взрослых клиентов с использованием гештальт-подхода:

1. Работа на этапе преконтакта:

– беседа с клиентом перед записью на клинико-психологическую диагностику;

– сбор психологического и медицинского анамнеза, который предполагает описание: шифра медицинского диагноза по МКБ-10; соматических жалоб пациента; семейного и личного анамнезов; типа невротического механизма внутри семейной системы (интроецирующий, ретрофлектирующий, проецирующий и конфлуэнтный типы); социального положения клиента; его основных потребностей в связи с наличием заболевания (запрос на психологическую коррекцию или немедицинскую психотерапию); наличия острой ситуации высокой интенсивности (например, необходимость срочного хирургического вмешательства или внезапной госпитализации в кардиологическое отделение стационара); наличия хронической ситуации низкой интенсивности (например, длительные боли в сердце, постоянное повышенное артериальное давление); характерные выгоды симптома (например, ради чего организовано сопротивление лечению; выявление первичной или вторичной выгоды болезни); определения невротической, пограничной или психотической структуры организации личности; особенностей проявления функций Id, Personality и Ego.

2. Работа на этапе контактирования:

– клинико-психологическая диагностика центрального компонента представления о болезни: определение наличия конфлуэнции первого и второго рода; интроекции; зеркальной проекции, проекции катарсиса, дополнительной проекции; зеркальной ретрофлексии, ретрофлексии катарсиса; дефлексии; профлексии; эгоизма; девальдизации; особенностей поляриностей (представление о болезни и здоровья; смерти и жизни в целом); присутствие стыда и/или чувства вины перед обществом;

– клинико-психологическая диагностика периферической части (компонента) представления о заболевании: определения индивидуальных соматических и психологических симптомов болезни; определение образов/метафор/фантазий в отношении своего заболевания; медицинских

(понимание этиологии, патогенеза болезни, ее течения, прогноза), мифологических (например, вера в Бога, злых духов и различные мифы; обращение за помощью к экстрасенсам, магам, колдунам, целителям; наличие у клиента магического мышления) и обыденных видов представлений о болезни (рациональный тип, связанный с пониманием своей болезни: иррациональный тип, характеризующийся искаженным пониманием своего заболевания).

3. Работа на этапе финального контакта: поддержание эмоциональной открытости у клиента в момент проведения психодиагностики;

4. Работа на этапе постконтакта: подведение итогов клинико-психологической диагностики; написание психологического заключения; назначение повторного приема психолога; информирование клиента о полученных результатах; составление плана дальнейшей психокоррекционной или психотерапевтической работы

Подводя итог всему вышесказанному, важно отметить, что психодиагностика представлений о болезнях органов кровообращения у взрослых является актуальной и в нынешнее время. В ближайшем будущем мы планируем составить психотерапевтическую или психокоррекционную программу для такой категории клиентов с использованием гештальт-подхода.

Список литературы

- 1 Арутюнов, Г.П. Кардиология. Национальное руководство / Г.П. Арутюнов, Р.С. Акчурина, Б.Г. Алекаян; под ред. Е.В. Шляхто. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 800 с.
- 2 Березина, Е.Б. Социальные представления о соматических болезнях / Е.Б. Березина // Психология телесности: теоретические и практические исследования (г. Пенза, 25.03.2008 года): Материалы международной заочной научно-практической конференции. – Пенза: ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2008. – С. 60-64.
- 3 Бовина, И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни в молодежной среде / И.Б. Бовина // Психология телесности: теоретические и практические исследования. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://psyjournals.ru> (дата обращения – 25.10.2019).
- 4 Робин, Ж.-М. Гештальт-терапия / Ж.-М. Робин; Пер. с французского И.Я. Розенталь; под ред. Д.Н. Хломова, Н.Б. Кедровой. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2007. – 64 с.
- 5 Тхостов, А.Ш. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни / А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина // Вестник Томского государственного университета. Серия «Психология». – 2008. – №317. – С. 243-246.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ЖЕНЩИН,
ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ СВОИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ****Глушкова В.П., Луценко К.М.****Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования, касающихся изучения социально-психологических особенностей у женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей.

Ключевые слова: социально-психологические особенности, женщины, отказавшиеся от своего новорожденного ребенка.

**SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WHY
WANT TO ABANDON THEIR NEWBORN CHILDREN****Glushkova V.P., Lutsenko K.M.****Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

Abstract. The article presents the results of a study relating to the study of socio-psychological characteristics in women who abandoned their newborn children.

Keywords: socio-psychological characteristics, women who abandoned their newborn child.

В настоящее время, большое внимание исследователей уделяется психологическому состоянию женщин в период беременности, так как в контексте дородового и послеродового периода провоцируются не только физиологические, но и психоэмоциональные изменения в состоянии женщины [1; 5; 7; 8]. При этом недостаточно изученными остаются социально-психологические особенности женщин, изъявивших желание отказаться от своего новорожденного ребенка. Ранние отказы от новорожденных детей - один из источников социального сиротства в современной России. Еще несколько десятилетий назад этому феномену не придавалось такое важное значение, поскольку оно не имело столь широких масштабов. По данным статистики около 1% новорожденных ежегодно остаются без попечения родителей уже в родильных домах вследствие отказа от них матерей. Лишь небольшая часть отказов связана с тяжелой соматической патологией у ребенка (врожденные пороки развития) [2; 3; 4; 6].

Обозначившаяся тенденция приводит нас к необходимости анализа проблемы, связанной с изучением социально-психологических особенностей

женщин находящихся в ситуации принятия решения об отказе от новорожденного ребенка [8; 9; 10].

Социальные особенности: семейное положение женщины, образование, отношение женщины к беременности, количество беременностей, наблюдение на учете по беременности, жилищно-бытовые условия. В качестве психологических особенностей, влияющих на отказ от новорожденного, мы рассматриваем следующие факторы: копинг-стратегии и локус контроля.

Целью настоящего исследования является изучение социально-психологических особенностей женщин, отказавшихся от своих детей.

В качестве основных методов исследования были использованы беседы и наблюдения, экспериментально-психологический метод (выявление психологических особенностей женщин), а также, методы статистической обработки. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0. Исследование проводилось на базе областного перинатального центра с использованием следующих методик: методика исследования локуса контроля Дж. Роттера, методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма.

В основную группу (N=15) включены женщины, высказавший намерение отказаться от ребенка, в контрольную группу (N=15), в которую включены женщины без намерения отказаться от ребёнка.

Таблица 1

Значения средних тенденций показателей локуса контроля в общей выборке испытуемых (в баллах) (n=60).

Переменная	Среднее значение		n		Медиана		Мода		Стандартное отклонение	
	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К
Локус контроля	28,4	24,1	23	27	29,5	24	31	21	6,67	6,61

При оценке значимости различий показателей локуса контроля между группами женщин, находящихся в послеродовом периоде и проявляющим нормальное отношение к своим детям и женщин, находящихся в ситуации принятия решения об отказе от своего новорожденного ребенка по критерию Манна-Уитни были получены результаты, свидетельствующие о наличии значимых различий между данными группами при уровне значимости $p=0,01$ ($U= 0,001$).

Анализ средних значений показателей локуса контроля приведен в таблице 2. По полученным результатам выявлена тенденция, согласно которой, высокие показатели локуса контроля ($X_{cp.} = 28,44+6,67$) в экспериментальной группе соответствуют экстернальному, в контрольной

группе (24,04+6,61) показатели локуса контроля соответствуют интернальному.

Интерпретируя полученные на данном этапе нашей работы результаты, можно отметить, что значимые различия показателей локуса контроля в экспериментальной и контрольной группах свидетельствуют о наличии специфического влияния ситуации беременности.

Данные по показателям копинг-стратегий в группе женщин находящихся в послеродовом периоде и проявляющим нормальное отношение к своим новорожденным детям можно распределить следующим образом: у 62% испытуемых преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на решение проблем, у 14% испытуемых преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на эмоциональное реагирование, у 24% испытуемых (5 человек) преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на избегание проблемных ситуаций. В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что данные по показателям копинг-стратегий в группе женщин, находящихся в ситуации отказа от новорожденного ребенка, можно распределить следующим образом: у 18% испытуемых преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на решение проблем, у 34% испытуемых преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на эмоциональное реагирование, у 48% испытуемых преобладают показатели по копинг-стратегиям, ориентированным на избегание проблемных ситуаций. В группе женщин, находящихся в послеродовом периоде и проявляющим нормальное отношение к своим новорожденным детям преобладают копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемной ситуации, а в группе женщин, находящихся в ситуации отказа от новорожденного ребенка- копинг-стратегии, ориентированные на избегание проблемной ситуации, также у них отмечается незначительное преобладание копинг-стратегий, ориентированных на эмоциональное реагирование, чем в контрольной группе.

Таблица 2

Значения средних тенденций показателей копинг-стратегий в общей выборке испытуемых (в баллах) (n=60)

Переменная	Среднее значение		n		Медиана		Мода		Стандартное отклонение	
	К	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К	Э
Решение	49,3	43,2	31	17	48,5	43,1	37	43	10,9	12,9
Эмоциональное реагирование	38	43,7	12	9	38,2	42,5	48	36	11,7	11,5
Избегание	41,6	47,4	7	24	41,5	47,4	56	34	10,4	12,5

Социальные особенности: все женщины, изъявившие желание отказаться от своих новорожденных детей не замужем, или проживают с сожителем, на учете по беременности не состояли, беременность по счету не первая, проживают без соответствующих социально-бытовых условий. Таким образом, выявлены следующие социально-психологические особенности: неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, преобладание неадаптивных копинг-стратегий, экстернальный локус контроля способствует низкому уровню готовности к материнству и высокому уровню вероятности отказа от своего новорожденного ребёнка.

Список литературы

1. Абрамченко, В. В. Современные методы подготовки беременных к родам. – СПб., 1991.
2. Абрамченко; В. В. О психологической готовности беременной к родам / В. В. Абрамченко // Готовность организма к родам / Под ред. Ю. И. Новикова. – Л., 1976.– С. 32-35.
3. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. –350 с.
4. Авдеева, Н. Н. Зависимость типа привязанности ребенка ко взрослому от особенностей их взаимодействия / Н. Н. Авдеева, Н. А. Хаймовская // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 1. – С. 39-48.
- Авдеева, Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве / Н. Н. Авдеева // Вопросы психологии. – 1997. – № 4. – С. 3-12.
5. Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.С. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. – 1994. –№ 5. –С. 31-36.
6. Брутман В.И., Северный А.А. Нежеланная беременность как фактор риска психической патологии будущего ребенка // Актуальные вопросы детской психоневрологии: Материалы республиканской конференции. – Томск. – 1992. – С.29 - 30.
7. Брутман, В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика: психологического состояния женщин во время: беременности и после родов// Вопросы психологии. –2002. –№ 1. –С. 59 - 68.
8. Василенко Т.Д. Переживание беременности как фактор принятия социальной роли матери в контексте жизненного пути личности. // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки.–2011.– № 1. –С. 93-97.
9. Волкова, В.В. Проблемы психологической детерминации юного материнства // Проблемы психологии личности: возрастной, социальный и культурно-исторический аспект. Петропавловск-Камчатский, 2004.– С. 9-23.

10. Григорьян И.Г. Особенности психологической готовности студенток к материнству: автореф...дис. кан. псих. наук. Москва: ПГСГА. – 2012. – 23 с.

ВОЗРАСТ - АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА. ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ

Горшунова Н.К., Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. Согласно ранее проведенным исследованиям, начиная с 1999 года декларируется, что в 2000 году популяция населения мира старше 60 лет достигнет 35 миллионов человек. В 2030 году их число должно составить 21% от мировой популяции населения. Старение – особый период человеческой жизни, сопровождающийся многообразными функциональными изменениями, увеличением хронических заболеваний, их осложнений, выраженными нарушениями здоровья, среди которых важнейшее место занимают психологические трансформации. Большинство возникающих при старении проблем ведет к социальной изоляции, инвалидности, потере социально-экономического статуса и депрессии. Чем старше становится человек, тем больше он подвергается стрессам, снижается качество жизни, увеличивается стрессочувствительность и падает стрессоустойчивость. Указанные проблемы актуальны, при их развитии требуется исследование психологических нарушений при хронических заболеваниях у людей старших возрастных групп.

Ключевые слова: старение, стрессочувствительность, стрессоустойчивость, психологические нарушения, качество жизни.

AGE-ASSOCIATED FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE HUMAN ORGANISM. PSYCHOLOGY OF AGING

Gorshunova N. K., Grigoryan M. F.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. According to previous studies, since 1999, it is declared that in 2000 the world population over 60 years will reach 35 million people. Aging is a special period of human life, accompanied by a variety of functional changes, an increase in chronic diseases, their complications, severe health disorders, among which the most important place is occupied by psychological transformations. Most

aging problems lead to social isolation, disability, loss of socioeconomic status, and depression. The older a persons becomes, the more they are exposed to stress and decreases the quality of life, increases stress sensitivity and decreases stress resistance. These problems are relevant, their development requires the study of psychological disorders in chronic diseases in people of older age groups.

Keywords: aging, stress sensitivity, stress resistance, psychological disorders, quality of life.

Начиная с 60-летнего возраста, существенно изменяются процессы психологического старения, темпы которого сугубо индивидуальны. Первоначально изменяется способность к адаптации, сохранение которой обеспечивает устойчивость и надежность организма [4]. Учение канадского физиолога Г.Х. Селье об адаптационном синдроме и значении стрессов в поддержании целостности организма остается главной концепцией формирования поддержания или нарушения психологического статуса при старении. При физиологической плавной инволюции адаптационные реакции организма снижаются минимально, их нарушение зависит от сохранности стрессоустойчивости и стрессочувствительности [2].

Второй тип старения – преждевременный происходит у пожилых и старых людей, страдающих различными заболеваниями, чаще при мультиморбидности. Пациенты старших возрастных групп с полиморбидностью, как правило, имеют сниженный уровень стрессоустойчивости и высокий биологический возраст, превышающий его должный показатель.

Преодоление нарастающих проявлений болезней в сочетании с прогрессирующими инволютивными изменениями разных органов и систем неизбежно ведут к выраженным нарушениям психологического реагирования, формированию тяжелых психологических проблем, таких как тревожные состояния, депрессии, снижение качества жизни [1; 4].

Психологическое старение имеет в своей основе инволютивные изменения ЦНС. среди признаков психологического старения на первый план выдвигаются сенсорные нарушения, изменения психомоторных реакций, восприятия нового, изменяется эмоциональное поведение, а также другие аспекты поведения. Из числа психологических трансформаций при старении наиболее важны снижение способности к замедлению всех психических процессов, в том числе умственно - познавательной деятельности, остроты и скорости восприятия, нарушения внимания, памяти. При старении страдает эмоционально - волевая сфера, что приводит к развитию депрессивности, тревожности, сосредоточению на болезни, проблемах здоровья [3]. У людей старшего возраста часто изменяются характерологические качества, появляются мнительность, подозрительность, наблюдается уход в себя.

Психологическое старение проявляется снижением интеллекта, ригидностью мышления, инертностью при овладении новыми знаниями. В целом старение изменяет жизненные приоритеты, вызывает развитие внутриличностного кризиса, ведущего к изменению стиля жизни и образа мыслей. Установка на негативные события рассматривается при старении как существенный фактор риска.

В психологии предлагается классифицировать типы старости по социально-психологическим принципам (И.С. Коэн). Выделяются активная творческая старость; старость с хорошим состоянием психологической приспособленности; женский тип старости, ориентированный на домашнюю работу, воспитание детей; старость с ориентацией на поддержание здоровья или мужской тип; отрицательные типы старости, при которых среди старых людей выделяются недовольные своим состоянием и окружением, критики, одинокие, неудачники, разочарованные.

В последнее десятилетие развивается новое направление психологии – психология старения. При рассмотрении среди многочисленных специфических синдромов старения в ней рассматриваются различные психо-эмоциональные состояния, требующие особых мер их коррекции. Среди них делирий, деменция, депрессия и поведенческие нарушения, нарушения сна и бодрствования. Указанные понятия включаются в синдром старческой астении или хрупкости, предусматривающего использование особых приемов диагностики, правил и тактики ведения. С возрастом синдром хрупкости наблюдается более, чем у 50 % старых больных и ухудшает их психологический статус, снижая качество жизни [2; 5].

Целью настоящей работы стало исследование психологического статуса больных пожилого возраста с мультиморбидностью, в которую входили следующие заболевания: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз и хроническая сердечная недостаточность II-III ФК.

В исследование были включены 50 больных пожилого возраста (средний возраст - $67,2 \pm 1,5$ года). Среди методов исследования в комплексную оценку психологического статуса включались определение стрессоустойчивости с помощью теста на индивидуальную чувствительность к стрессу по 10-ти балльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006г.). По данному методу базовая стрессоустойчивость (БСУ) в пределах от 70 до 100 баллов считается удовлетворительной. Рассчитывался показатель динамической чувствительности (ДЧ) к стрессам, устойчивость к стрессу считалась пониженной при показателе менее 35 баллов, нормальной - от 35 до 85 баллов, повышенной при показателе - более 86 баллов.

Использовалась гериатрическая шкала депрессии: (Geriatric Depression Screening Scale). В соответствии с данной шкалой средняя тяжесть депрессии определяется у пациентов с количеством баллов от 11 до 20, тяжелая депрессия у пациентов – с количеством баллов от 21 до 30.

Оценку качества жизни респондентов проводили с помощью международного опросника - SF-36 по 8 шкалам: физического (ФФ), ролевого физического (РФФ), ролевого эмоционального (РЭФ) и социального (СФ) функционирования, психологического (ПЗ), и общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж).

При анализе результатов установлен низкий уровень БСУ у 41,6% ($120 \pm 8,9$ баллов, $p < 0,05$) обследованных пожилого возраста и средний уровень БСУ ($73,4 \pm 5,6$ баллов, $p < 0,05$) у 58,4% респондентов. Таким образом, в пожилом возрасте повышается чувствительность к стрессу более чем у половины обследованных лиц, что является одним из вариантов риска хронизации заболевания.

При исследовании лиц пожилого возраста преобладает средняя степень тяжести у 56,7% ($17 \pm 0,5$ баллов, $p < 0,05$), тяжелая определена у 20,5% ($23,6 \pm 0,9$ баллов, $p < 0,05$) и найдена легкая форма депрессии у 22,8% ($5,1 \pm 0,7$ баллов, $p < 0,05$) респондентов.

Достоверные отличия качества жизни найдены по шкалам ролевого физического функционирования ($p < 0,05$), ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,05$), и общего здоровья ($p < 0,05$), более низкие показатели указанных шкал установлены у лиц с высокими показателями стресса. Среди них стоит особенно выделить такие психологические нарушения как ролевое эмоциональное функционирование и показатели шкалы общего здоровья, которая свидетельствует об их участии в формировании патологического состояния.

Влияние различных видов функционирования друг на друга подтверждены с помощью корреляционного анализа. Показаны средней силы связи БСУ у лиц пожилого возраста с показателями психического здоровья ($r = 0,59$; $p < 0,05$) и жизнеспособностью ($r = 0,53$; $p < 0,05$), обратная связь установлена с ролевым эмоциональным функционированием ($r = -0,52$; $p < 0,05$).

Таким образом, методы примененного психологического анализа, позволившие определить влияние снижения стрессоустойчивости, увеличения стрессочувствительности, склонность к изменениям ментального состояния по шкале депрессии характеризующее склонность больных пожилого возраста с хронической патологией, мультиморбидности и снижения показателей качества жизни доказывают важную роль нарушений психологического статуса хронического больного пожилого возраста и значимого места психологических нарушений в формировании синдрома старческой астении.

Список литературы

1. Вознесенская Т.Г. Депрессия в пожилом возрасте // *Consilium medicum*. – 2009. – Т. 11. – №. 2. – С. 74-79.
2. Григорьян М.Ф., Горшунова Н.К. Анализ стрессочувствительности у лиц пожилого возраста и его влияние на качество жизни // *Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни*. Сборник

- материалов Международной научно-практической конференции. - Курск: 2016. – С. 86-93.
3. Драпкина О.М., Ашихмин Я.И., Ивашкин В.Т. Роль шаперонов в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и кардиопротекции // Российские медицинские вести. – 2008. – Т. 13.– № 1. – С. 56-69.
 4. Москалёв А. А. Эволюционные представления о природе старения // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23. – № 1. – С. 9-20.
 5. Association between Quality of Life and Spiritual Well-Being in Community Dwelling Elderly/ Jabar Heydari- Fard, Masoumeh Bagheri-Nesami and Reza, Ali Mohammadpour // Life Science Journal. – 2012. – 9(4). –р. 3198-3204.

ВЫРАЖЕННОСТЬ УЧЕБНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Григорьян М.Ф., Денисов А.А.

Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования уровня учебного стресса среди обучающихся 1 и 6 курсов лечебного факультета. В ходе изучения применялся метод анкетирования, использовали десятибалльную шкалу Щербатых. В опросе приняли участие 75 человек обучающихся Курского государственного медицинского университета, среди которых 30 человек студенты 1 курса, а 45 человек – 6 курса. В результате исследования была выявлена и подтверждена необходимость в проведении адаптационных мероприятий и психологической поддержки обучающихся не только младших, но и старших курсов обучения.

Ключевые слова: эустресс, дистресс, стрессоры, студенты, учебный процесс.

RESEARCH OF THE PHENOMENON OF STUDENT STRESS AMONG STUDENTS OF MEDICAL FACULTY

Grigoryan M.F., Denisov A.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of the level of educational stress among students 1 and 6 courses of the Faculty of Medicine. During the study, the questionnaire method was used, the ten-point scale of the Shcherbatykh was used. The survey involved 75 people enrolled in the Kursk State Medical University,

including 30 people are 1st year students, and 45 people are 6th year students. As a result of the study, the need for adaptation measures and psychological support for students of not only junior, but also senior courses of study was identified and confirmed.

Key words: eustress, distress, stressors, students, educational process.

Введение. Учебная деятельность в системе высшего образования является одним и наиболее эмоционально и интеллектуально напряженным процессом. Зачастую она связана с сверхпороговыми эмоциональными нагрузками в процессе достижения поставленных целей и выполнения задач, а также преодоления складывающихся трудных ситуаций, особенно часто возникающих в период сессии и в процессе допуска к экзаменам. Академические стрессовые факторы способствуют развитию эмоциональных реакций, негативно сказывающихся на не только психическое, но и соматическое состояние организма, которые становятся преградой на пути эффективной учебной деятельности. К стрессорам у студентов, получающих первое высшее образование, можно отнести конфликтные ситуации с преподавателями, академическая неуспеваемость, недостаточный уровень подготовки к занятию, нехватка временных ресурсов, необходимость в освоении большого объема информации и т.д. [1; 2].

Немецкий ученый Ганс Селье дает определение стрессу как неспецифическая реакция макроорганизма на влияние какого-либо фактора внешней среды. Возникновение стресса у обучающихся является следствием накопленных проблем и непрерывной борьбы с повседневными вызовами. Он отнесен к однотипной нейрогуморальной реакции организма, которая возникает под действием раздражителей [3].

Каждый индивид обладает собственным порогом чувствительности к стрессу, который можно определить в качестве уровня напряженности, при котором эффективность деятельности повышается (эустресс), после чего возникает истощение, в результате которого эффективность деятельности резко снижается (дистресс) [4].

В источниках научной литературы, размещенной в открытой печати, опубликовано большое количество результатов исследований, которые отражают уровень учебного стресса обучающихся первого курса. По вопросу времени возникновения стресса у студентов существуют различные мнения. Большинство авторов считают, что его развитие приходится на первую половину срока обучения, что закономерно, поскольку имеет место смена деятельности, общение с новыми людьми, необходимость в самоутверждении и установке новых социальных контактов. Помимо этого обучающимся необходимо справляться с интенсивными нагрузками в процессе обучения [5].

Цель исследования заключается в проведении сравнительного анализа учебного стресса среди студентов 1 и 6 курсов лечебного факультета.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 обучающихся, среди них 30 человек первокурсники (средний возраст $17,9 \pm 0,1$ года), оставшиеся 45 – студенты 6 курса (средний возраст $22,3 \pm 0,1$ года). Об основных причинах стресса, а также о его проявлениях судили при помощи теста на учебный стресс – десятибалльная шкала Щербатых (Щербатых Ю.В., 2006г.). Полученные данные обработаны с помощью параметрических методов статистической обработки. О статистической значимости различий между сравниваемыми группами судили при помощи Критерия Сьюдента. Значимость признавалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены данные, которые оформлены в виде таблицы 1.

Таблица 1
Проявления учебного стресса

№ п/п	Причина стресса	M±m, баллы	
		1 курс	6 курс
1.	Ощущение беспомощности, невозможности справиться с проблемами	4,9±0,6	4,1±0,4
2.	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	4,7±0,6	4,6±0,6
3.	Повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания	4,0±0,4	4,4±0,4
4.	Раздражительность, обидчивость	3,4±0,4	4,0±0,4
5.	Плохое настроение, депрессия	4,2±0,5	4,4±0,4
6.	Страх, тревога	4,4±0,4	4,5±0,5
7.	Потеря уверенности, снижение самооценки	3,6±0,6	3,4±0,4
8.	Спешка, ощущение постоянной нехватки времени	6,9±0,5	5,9±0,4
9.	Плохой сон	8,2±0,6	4,8±0,5
10.	Нарушение социальных контактов, проблемы в общении	1,8±0,3	2,8±0,3
11.	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	2,8±0,4	1,9±0,2
12.	Затрудненное дыхание	1,5±0,2	1,6±0,3
13.	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	2,0±0,3	2,8±0,4
14.	Напряжение или дрожание мышц	2,5±0,4	2,6±0,4
15.	Головные боли	3,6±0,5	3,4±0,4
16.	Низкая работоспособность, повышенная утомляемость	4,6±0,6	4,7±0,4

$p < 0,05$

Как правило, учебный стресс проявляется в виде бессонницы и дефицитом времени, что особенно характерно для обучающихся 1 курса. Это

связано с низкой степенью адаптации к новым условиям учебного процесса, неграмотным распределением времени и приводит к ощущению беспомощности.

Наиболее эффективные методы снятия стресса по мнению респондентов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Основные приемы снятия стресса

Метод	1 курс	6 курс
Сон	63,3%	80%
Общение с друзьями или любимым человеком	56,7%	68,9%
Физическая активность	30%	46,7%
Вкусная еда	56,7%	62,2%
Просмотр телевизора	6,6%	17,8%

Среди психосоматических признаков проявления стресса выделены сердцебиение (66,7% 1 курс, 80% 6 курс), скованность, дрожание мышц (43,3% 1 курс, 37,8% 6 курс) и различные боли (50% 1 курс, 33,3% 6 курс).

Средний уровень волнения перед экзаменом у обучающихся 1 курса составляет $7,2 \pm 0,6$ баллов, 6 курса $8,5 \pm 0,2$ баллов. Это связано с тем, что будущие выпускники обязаны сдавать аккредитацию, которая в будущем напрямую влияет на ход дальнейшей карьеры

Выводы. Таким образом, к основным причинам развития стрессов у обучающихся можно отнести чрезмерные учебные нагрузки, которые возникают в результате необходимости освоения большого количества информации по различным учебным дисциплинам. Как следствие студенты сталкиваются со спешкой и постоянной нехваткой времени. Чаще всего обучающиеся восстанавливаются крепким сном и общением с близкими людьми.

Результаты исследования полностью обосновывают необходимость проведения адаптационных мероприятий и психологической поддержки студентов на протяжении всего срока обучения.

Список литературы

1. Карякина С.Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. –2010. –№ 2. –С. 210-215.
2. Матюшкина Е.Я. Учебный стресс у студентов при разных формах обучения // Консультативная психология и психотерапия. –2016. –Т. 24.– № 2. –С.47-63.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982.– 111 с.

4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии.– 2009. –№ 3. –С. 16 - 26.
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИЗМЕНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Гриднев М.А., Логачева Е.А., Шутеева Т.В.

**Курский государственный медицинский университет, г.Курск,
Россия**

Аннотация: Целью настоящего исследования явилась оценка астенических нарушений у больных рассеянным склерозом, на фоне терапии препаратами изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС). Были обследованы 40 пациентов, разделенные на 4 группы, в зависимости от получаемого ПИТРС. Все группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности лечения и степени инвалидизации. Исследование психической сферы проводилось при помощи субъективной шкалы оценки астении (MFI-20). В результате исследования во всех группах были выявлены пациенты с астеническими проявлениями, однако более выраженные нарушения оказались у пациентов получающих интерфероны.

Ключевые слова: рассеянный склероз, астения, интерферон, глатирамера ацетат, MFI-20.

THE INFLUENCE OF DISEASE-MODIFYING THERAPY ON THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Gridnev M.A., Logacheva E.A., Shuteeva T.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The aim of this study was to assess asthenic disorders in patients with multiple sclerosis, on the background of disease-modifying therapy (DMT). 40 patients were examined, divided into 4 groups, depending on the received DMT. All groups were comparable in age, sex, duration of treatment and degree of disability. The study of the mental sphere was carried out using a subjective scale of assessment

of asthenia (MFI-20). As a result of the study, patients with asthenic manifestations were identified in all groups, but more pronounced disorders were found in patients receiving interferons.

Keywords: multiple sclerosis, asthenia, interferon, glatiramer acetate, MFI-20.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое заболевание центральной нервной системы аутоиммунной природы, которое проявляется многоочаговой неврологической симптоматикой и характеризуется образованием множественных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге. Заболевание характеризуется волнообразным течением с периодами обострения и полной или частичной ремиссии. РС поражает в основном молодых людей в возрасте от 20 до 40 лет, редко дебютирует в детском возрасте и у лиц старше 50-ти лет. В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн. больных РС. Женщины болеют в 1,5-2 раза чаще мужчин [4].

Астения (греч. *asthenia* - бессилие, слабость) - психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушением сна. Астения является полиморфным синдромом. Среди функциональных причин астении выделяют психические заболевания (депрессия) и реактивные состояния (переутомление, стресс, состояние после инфаркта, алкогольная абстиненция и др.) [6].

Клиническая картина рассеянного склероза не ограничивается двигательными, чувствительными, координаторными, когнитивными расстройствами, тазовыми нарушениями.

По мере прогрессирования заболевания нарастают нервно-психические симптомы, которые в настоящее время рассматриваются в качестве важных элементов в клиническом течении рассеянного склероза, достаточно часто усугубляют нарастающую инвалидизацию и существенно снижают жизненный фон больных. Установлено, что выраженность инвалидизации существенно ухудшает психо-эмоциональное состояние больных. Повышение степени инвалидизации приводит к ухудшению качества жизни [2].

Существует мнение, что когнитивно-мнестические изменения при РС развиваются на далеко зашедших стадиях, при значительной инвалидизации пациентов [5]. Однако в последнее время выяснилось, что нарушения в психической сфере при РС появляются уже на ранних стадиях заболевания.

По данным литературы у 74% больных рассеянным склерозом выявляются астенические нарушения, при этом более выраженные нарушения выявляются у пациентов находящихся на лечении интерферонами [1].

Цель исследования: определить наличие и степень выраженности астенического синдрома у больных РС, в зависимости от вида ПИТРС.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов с диагнозом рассеянный склероз (16 мужчин, 14 женщин). Средний возраст составил $39,2 \pm 7,6$ года. Диагноз был поставлен в соответствии с критериями Мак Доналда. Среднее значение EDSS – 3 ± 1 . (большинство больных - 3 б.), т.е. больные амбулаторны

У 21 человека заболевание манифестировало пирамидными нарушениями, у 9 – нарушениями зрения, у 10 выявлялись расстройства координации движений.

Ремиттирующий тип течения был диагностирован у 30 больных, у 10 - вторично-прогрессирующее течение.

31 человек находились на лечении ПИТРС (глатирамера ацетат, интерферон В-1В, интерферон В-1А). Все пациенты получали курсовое симптоматическое лечение в соответствии с клиническими рекомендациями и проявлениями заболевания (антиоксиданты, нейрометаболиты, вазоактивные препараты, лечебная физкультура, физиолечение). Пациенты были разделены на 4 группы: у 11 пациентов проводилось терапия Глатирамера ацетатом, у 10- Интерфероном В-1А, у 10 – Интерфероном В-1В. Не получали ПИТРС 9 человек. Длительность лечения у всех больных составляла более 1 года. Это давало возможность объективно оценить влияние ПИТРС разного механизма действия на выраженность симптоматики.

Для выявления астенического синдрома, определения его типа и степени выраженности применялась субъективная шкала оценки астении (MFI-20). MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) - опросник состоит из 20 утверждений, разделенных на субшкалы, оценивающие различные аспекты психо-эмоциональной сферы пациента: общую астению, пониженную активность, снижение мотивации, физическую астению и психическую астению. Максимальный балл отражает наибольшую степень выраженности астении. Количество баллов отдельных составляющих ее пунктов может быть переменным в интервале от 4 до 20 баллов. Сумма более 12 баллов, по любой из субшкал, свидетельствует о наличии астенического синдрома.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 8.0.

Результаты: Полученные данные представлены в графиках 1 и 2.

График 1. Результаты оценки исследуемых групп по субшкалам шкалы MFI-20.

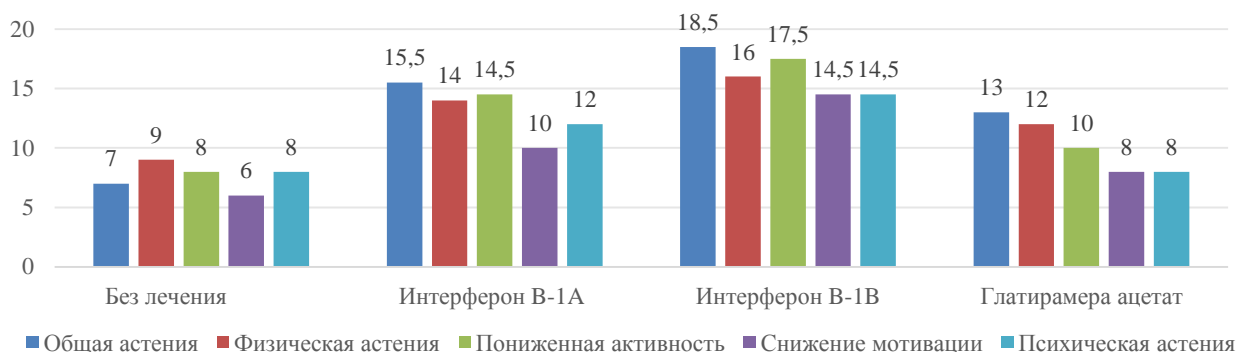
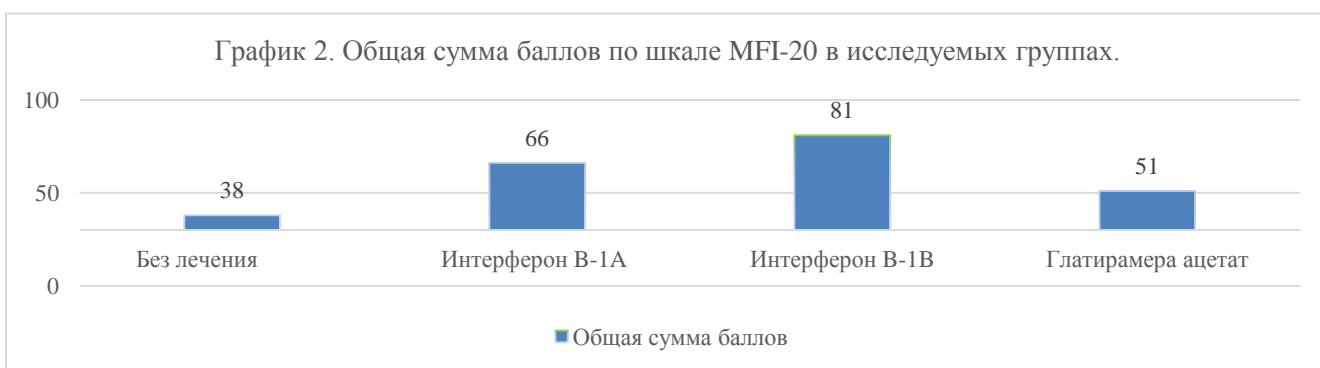


График 2. Общая сумма баллов по шкале MFI-20 в исследуемых группах.



В результате обследования пациентов по данным субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) в группе пациентов без лечения наблюдалась тенденция к развитию физической астении (9 баллов), пониженной активности и психической астении (по 8 баллов), остальные показатели оставались в пределах нормы, однако общая сумма баллов была выше средних нормальных значений (38 баллов).

В группе пациентов, получающих интерферон В-1В, выраженные нарушения выявлялись во всех субшкалах – общей астении – 18,5 баллов, пониженной активности – 17,5 баллов, физической астении (16 баллов), сниженной мотивации и психической астении (14,5 баллов). В этой группе так же отмечался самый высокий суммарный общий балл -81.

В группе пациентов, получающих интерферон В-1А, так же выявлялись нарушения во всех видах астении, однако менее выраженные, чем в группе пациентов получающих интерферон В-1В. В субшкале общей астении – 15,5 баллов, пониженной активности – 14,5 баллов, физической астении (14 баллов), сниженной мотивации 10 баллов и психической астении 12 баллов. Сумма баллов по всем субшкалам составила 66. Такие различия можно объяснить дозозависимым эффектом интерферонов.

Умеренные расстройства выявлялись у пациентов, получающих глатирамера ацетат. По субшкале общей астении средний показатель составил 13 баллов, физической астении – 12 баллов, пониженная активность – 10 баллов, снижение мотивации 8 баллов, психическая астения 8 баллов. Общая сумма баллов – 55.

В результате исследования установлено, что большая выраженность всех видов астении выявлена у пациентов, получающих интерферон В-1В (81), и интерферон В-1А(66), в меньшей степени у пациентов, которые находились на лечении глатирамера ацетатом (55). У пациентов, не получающих ПИТРС также отмечена тенденция к астеническим нарушениям (38б.).

Во всех группах в меньшей степени имели место снижение мотивации и психическая астения.

Выводы:

По результатам нейро-психологического тестирования установлено, что больные могут не осознавать, что страдают астенией и предъявляют жалобы только по основному заболеванию. Астения ухудшает соблюдение режима терапии, отрицательно влияет на течение и прогноз заболевания.

Нейропсихологические расстройства усиливают степень инвалидизации и социальной дезадаптации больных, ухудшая психо-эмоциональный фон больных.

Психологический настрой оказывает важное влияние на успешность медицинской и социальной реабилитации. Установлено, что лечение нейрометаболическими препаратами и антидепрессантами редуцирует психоэмоциональные расстройства [3].

Результаты исследования указывают на необходимость выявления и объективизации астенических проявлений у всех пациентов с РС, особенно получающих специализированную терапию интерферонами, с целью их своевременной коррекции астенических нарушений, оптимизации процесса реабилитации и улучшения качества жизни пациентов.

Список литературы

1. Коновалов О.Е. Изучение качества жизни пациентов с рассеянным склерозом при помощи опросников MSIS-29 и MOS SF-36 [Текст]/ Коновалов О.Е., Тарбаева Е.А // The journal of scientific articles «Health & education millennium». – 2013. – Т. 15, № 1. – С.23-25.
2. Ласков В.Б. Клинико-эпидемиологические особенности больных рассеянным склерозом в курской области [Текст] / Ласков В.Б., Логачева Е.А., Третьякова Е.Е., Гриднев М.А. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9. № 1. – С. 55-60.
3. Логачева Е.А. Современные подходы к коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом [Текст] / Логачева Е.А., Гриднев М.А., Шутеева Е.Ю., Шутеева Т.В.// Региональный вестник. – 2019. – № 15 (30). – С. 9-10.
4. Шмидт Т.Е. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е.Шмидт, Н.Н.Яхно. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 272 с. – С. 61-75.
5. Шутеева Т.В. Нарушения астенического круга у больных рассеянным склерозом [Текст] / Шутеева Т.В., Логачева Е.А., Полякова Е.Л.// В сборнике: Психология здоровья и болезни: клинико-психологический

- подход Материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. Курский государственный медицинский университет; Под редакцией Ткаченко П.В. – 2016. – С.319-321.
6. Шутеева Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявлений астенического синдрома [Текст] / Шутеева Т.В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 2. – С. 81-84.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖИЗНЕННОМ ПУТИ У СТУДЕНТОВ, СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Дервянко Ю.П., Ковалёва О.Л., Груша А.В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г.Белгород, Россия**

Аннотация: в данной статье представлены результаты изучения представлений о «жизненном пути» в контексте ценностно-смысловой сферы личности и переживание ею «временных» аспектов своей жизни. Нами была составлена и апробирована коррекционная программа, направленная на развитие представлений о жизненном пути у студентов склонных к девиантному поведению. Установлено, что коррекционно-развивающая работа по программе, направленной на развитие личных представлений о жизненном пути, способствует снижению склонности студентов к девиантному поведению.

Ключевые слова: представления о жизненном пути студентов, ценностно-смысловая сфера личности студентов, переживание временных аспектов своей жизни в студенческом возрасте, склонность к девиантному поведению.

DEVELOPMENT OF LIFESTYLE IMAGES IN STUDENTS INCLINED IN DEVIANT BEHAVIOR

Derevyanko Y.P., Kovaleva O.L., Grusha A.V.

Belgorod state national research University, Belgorod, Russia.

Abstract. This article presents the results of the study of ideas about the "life path" in the context of the value-semantic sphere of the individual and her experience of the "temporary" aspects of her life. We have compiled and tested a correction

program aimed at developing ideas about the life path of students prone to deviant behavior. It has been established that correctional and developmental work on a program aimed at developing personal ideas about the life path helps reduce students' tendency to deviant behavior.

Key words: ideas about the life path of students, the value-semantic sphere of the personality of students, the experience of the temporal aspects of their lives at college age, a tendency to deviant behavior.

Целостное представление о жизненных перспективах может являться одним из факторов, определяющих гармоничное, нормативное развитие личности студента. В концепции основателя теории жизненного пути С.Л. Рубинштейна это понятие трактуется, как история формирования конкретной личности, где помимо социальных внешних факторов значимое место занимает собственная активность личности, направленная на преобразование жизненного пространства индивида [4; 5]. Субъективная картина жизненного пути в трактовке Б.Г. Ананьева отражает этапы социального развития, и в свою очередь, наличие зрелой, целостной картины своего будущего и его этапов, характеризует человека как субъекта своей жизни [1].

Сегодня во всем мире происходят стремительные и фундаментальные перемены в социальной реальности и мировоззрении на уровне общественного и индивидуального сознания. Сама реальность становится все более девиантной [2]. Поэтому многие ученые считают, что именно ее следует изучать вместо проявления традиционного интереса к рациональности.

Наиболее чувствительна к социальным и психологическим изменениям в современном обществе молодежь, лица студенческого возраста, что актуализирует проблему коррекции склонности к девиантному поведению студентов. Несмотря на достаточное количество работ, посвященных проблеме девиаций, считаем недостаточным освещение представлений о жизненном пути студентов, склонных к девиантному поведению. Учитывая качественный анализ субъективного представления студентов о своей жизни и готовности выступать субъектом жизни, возможно вести коррекционно-профилактическую работу с их склонностью к девиациям.

Гипотезой нашего исследования выступило предположение о том, что в студенческой выборке всегда есть доля испытуемых с несформированными «временным» и «ценностно-смысловым» аспектами представлений о жизненном пути, что определяет их склонность к девиантному поведению. Включение таких испытуемых в программу групповой психологической коррекции, направленной на развитие личных представлений о жизненном пути, и соответствующая коррекционно-развивающая работа будет способствовать снижению склонности студентов к девиантному поведению.

Опытно-эмпирическое исследование проводилось в два этапа. На первом этапе исследования были обследованы 149 студентов НИУ «БелГУ».

В результате с помощью методики «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» А.Н.Орла установлено, что из 100% выборки только 27% студентов характеризуются склонностью к девиантному поведению и 73% – это студенты не склонные к девиантному поведению. Было выявлено, что по шкале «склонности к преодолению норм и правил» у студентов 1 группы присутствует склонность к неконформизму (55,8 баллов). Неконформисты, как правило, противопоставляют собственные нормы и ценности групповым, любят «нарушать спокойствие», ищут трудности, которые можно было бы преодолеть. Студентам, не склонным к девиантному поведению, в большей мере характерен конформизм. Конформисты, как правило, склонны следовать стереотипам и общепринятым нормам поведения. Склонность к аддиктивному поведению у склонных к девиантному поведению студентов выражена в средней степени (57,7 баллов), им свойственна предрасположенность к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем, тогда как у студентов не склонных к девиантному поведению 48,8 баллов. Различия значимы ($t_{эмп}=3,2$, $p \leq 0,01$). У склонных к девиантному поведению студентов были выявлены агрессивные тенденции (60,5 баллов). Важно отметить, что некоторая агрессивность является нормальной чертой студенческого возраста. По шкале «склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению» у студентов выявлены результаты в границах нормы. В показателях шкалы волевого контроля эмоциональных реакций обнаружены следующие тенденции. Обе группы студентов характеризуются слабым волевым контролем эмоциональной сферы и нежеланием или неспособностью контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Делинквентных тенденций у студентов не выявлено.

Временной компонент жизненных представлений студентов изучался с помощью методики «Семантический дифференциал времени» Ч. Осгудав модификации Л.И. Вассерман с сотрудниками. В ходе изучения переживания времени студентами, склонными к девиантному поведению, мы выяснили, что, при оценке прошедшего времени получены положительные показатели по факторам: «Активность времени» (ср. знач. прош.вр.=3), «Эмоциональная окраска времени» (ср. знач. прош.вр.=2), «Величина времени» (ср.знач.прош.вр.=1), «Структура времени» (ср.знач.прош.вр.=1), «Ощущаемость времени» (ср. знач.прош.вр.=1). Такое время можно описать как радостное, светлое, реальное, близкое, спокойное, объемное, яркое и активное. При оценке «настоящего» времени получены положительные показатели по факторам: «Активность времени» (ср.знач.наст.вр.=4), «Эмоциональная окраска времени» (ср.знач.наст.вр.=6), «Величина времени»

(ср.знач.наст.вр.=3), «Структура времени» (ср.знач.наст.вр.=3), «Ощущаемость времени» (ср.знач.наст.вр.=1). При оценке «будущего» времени получены отрицательные показатели по факторам: «Активность времени» (ср.знач.наст.вр.=-5), «Эмоциональная окраска времени» (ср.знач.наст.вр.=-5), «Величина времени» (ср.знач.наст.вр.=-4), «Структура времени» (ср.знач.наст.вр.=-3), «Ощущаемость времени» (ср.знач.наст.вр.=-2).

Ценностно-смысловое измерение жизненных представлений студентов исследовалось с помощью теста смысло-жизненных ориентаций (СЖО, Д.А. Леонтьев). У студентов, склонных к девиантному поведению, отсутствуют значимые цели в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность. В большей степени они живут сегодняшним или вчерашним днем [3]. Студенты субъективно не удовлетворены прожитым отрезком жизни и считают, что они недостаточно самореализовались (Результат жизни 24 балла). Они слабо верят в свои силы и в способность контролировать события своей жизни (Локус-Я– 20,4 баллов).

Так, полученные нами данные свидетельствуют о том, что будущее время оценивается такими студентами негативно. Отсутствие надежды, низкая поведенческая активность и мотивация жизнедеятельности может способствовать возникновению депрессивных состояний. В таких случаях время кажется печальным, тусклым, тревожным, серым и темным. Такое время можно описать как пассивное, застывшее, пустое, маленькое, плоское, мелкое и узкое. Настоящее и прошлое время такие студенты видят, как радостное, светлое, реальное, близкое, спокойное, объемное, яркое и активное. Испытуемые группы, склонные к девиантному поведению, живут сегодняшним или вчерашним днем. Их поведение характеризуется отсутствием целей на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Установленные сведения подтверждают необходимость разработки программы коррекции представлений о жизненном пути студентов, склонных к девиантному поведению.

Второй этап исследования – это формирующий эксперимент. Из группы студентов со склонностью к девиантному поведению, сформированной на первом этапе исследования, численностью 40 человек были выделены экспериментальная и контрольная группы по 20 человек в каждой группе (распределение испытуемых по группам выполнено случайным образом). Цель программы: коррекция представлений о жизненном пути студентов в пространствах: ценностно-смысловой сферы личности и переживания личностью «временных» аспектов своей жизни.

После завершения курса групповых коррекционных занятий в экспериментальной группе, мы провели контрольный срез в обеих группах показателей временного компонента представлений о жизненном пути студентов

Между студентами контрольной и экспериментальной групп были установлены значимые различия по фактору «Ощущаемость времени» ($p < 0,04$). После коррекционного воздействия представления студентов об ощущаемости жизни в настоящем стало более благоприятным: время воспринимается более реальным, близким и открытым. Была обнаружена динамика у студентов экспериментальной группы «Эмоциональная окраска времени» ($p < 0,04$) в оценке прошедшего, настоящего и будущего времени, по фактору «Величина времени» ($p < 0,03$) в оценке настоящего.

Оценка ценностно-смыслового измерения жизненных представлений после проведения программы коррекции показала следующие изменения: у студентов экспериментальной группы произошли положительные значимые сдвиги в показателях шкал «результат» ($p < 0,04$) и «локус контроля – Я» ($p < 0,02$). По шкале «цели» и шкале «локус контроля – жизнь» статистически значимых различий выявлено не было $p > 0,05$. По шкале «процесс» были обнаружены более высокие значения по средним значениям в контрольной группе чем в экспериментальной ($p > 0,05$), по шкале «осмысленность жизни» более высокие значения средних в экспериментальной группе ($p > 0,05$).

По результатам обработки эмпирических данных тестов после воздействия у студентов обнаружены незначительные изменения по всем шкалам. Отметим, что экспериментальная группа отличается однонаправленными изменениями на уменьшение выраженности значений, в контрольной группе такие изменения незначительны в отдельных шкалах, но в целом сохраняются без изменений.

Авторами была разработана и апробирована программа коррекции представлений о жизненном пути студентов, склонных к девиантному поведению. Подтверждено, что включение испытуемых в программу групповой психологической коррекции, направленной на развитие личных представлений о жизненном пути, и соответствующая коррекционно-развивающая работа будет способствовать снижению склонности студентов к девиантному поведению.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
2. Гишинский Я.И. Девиантология / Большая российская энциклопедия. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://bigenc.ru/law/text/1943679> (дата обращения: 10.10.2019).
3. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций личности (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
4. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2004. – 678 с.
5. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. – М.: Наука, 1997. – 190 с.

ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ

Деревянко Ю. П., Бурцева А. В.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г.Белгород, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования по проблеме профессионального самоопределения будущих специалистов на этапе получения высшего профессионального образования. Выделены такие компоненты саморегуляции, как способность к моделированию своей деятельности и поведения, умение адекватно оценивать результаты своей деятельности и автономность в выстраивании системы деятельности, которые способствуют формированию эффективного профессионального самоопределения студентов в данной выборке. Представлены результаты исследования особенностей саморегуляции студентов с разным уровнем профессионального самоопределения. Исследование проводилось на базе НИУ «БелГУ», выборка состояла из 60 студентов факультета Психология.

Ключевые слова: Профессиональное самоопределение, саморегуляция, регулятивные способности, профессиональная идентификация, студенты.

FEATURES OF SELF-REGULATION OF STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PROFESSIONAL SELF-DETERMINATION

Derevyanko Yu. P., Burtseva A.V.

Belgorod state national research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article presents the results of research on the problem of professional self-determination of future specialists at the stage of higher professional education. Such components of self-regulation as the ability to model their activities and behavior, the ability to adequately assess the results of their activities and autonomy in building a system of activities that contribute to the formation of effective professional self-determination of students in this sample are highlighted. The results of the study of the features of self-regulation of students with different levels of professional self-determination are presented. The study was conducted on the basis of NRU "Belgu", the sample consisted of 60 students of the faculty of Psychology.

Keywords: Professional self-determination, self-regulation, regulatory abilities, professional identification, students.

В настоящее время проблема исследования профессионального самоопределения студентов носит актуальный характер. Развитие технологий, инновационные изменения в области образования, трансформация труда и мира профессий влекут за собой радикальную переоценку ценностей профессионального развития. Нередко, выпускники выходят на конкурентный рынок профессионального труда с определенными профессиональными навыками и умениями, но не имеют достаточного уровня готовности и стремления расти и развиваться в этой профессии, не имеют устойчивых позитивных профессиональных установок и принятия себя в социуме в качестве будущего специалиста. При этом именно высокая степень готовности к профессиональному самоопределению позволяет осознанно и самостоятельно сформировать систему профессионально-ценностных ориентаций, обрести профессиональную самоидентичность, определить пути личного и профессионального самоосуществления.

Е.А. Климов подчеркивал, что профессионализм это «не просто некий высший уровень знаний, умений и результатов человека в данной области деятельности, а определенная система организации сознания, психики человека...»[3].

Э.Ф. Зеер отмечает, что студенчество, как период активной профессиональной социализации, является одним из важнейших этапов формирования профессионального самоопределения. В процессе получения высшего образования происходит постепенное включение студентов в профессиональную среду и насыщение ее личностными смыслами, ценностями, идеалами и мотивами. На этом возрастном этапе появляется все больше социальных ролей и норм взрослой жизни, с вытекающей отсюда большей мерой самостоятельности и социальной ответственности. Возрастает роль личного контроля, оформляется способность и потребность в самоуправлении и саморегуляции, усиливаются требования к умению самостоятельно организовывать и планировать свою жизнь и профессиональную деятельность, подводить свои возможности к требованиям этой деятельности. Важно в этот период, чтобы молодые люди воспринимали себя не просто студентами, учащимися, а видели некоторую перспективу своего профессионального будущего, осознавали себя формирующимся специалистом, собственная активность которого является решающим фактором его профессионального развития [2].

Д.П. Заводчиков и П.О. Манякова отмечают, что неопределенность и изменчивость социально-профессиональной среды современного общества усугубляют проблему планирования, целенаправленного формирования и проявления профессиональной субъектности человека. В связи с этим, требуются не только сформированные механизмы адаптации личности к изменяющимся условиям, но и интеграция всех психологических структур и навыков саморегуляции, активность и инициативность индивида,

способствующая созданию динамического равновесия и позволяющая описывать, прогнозировать и предсказывать профессиональное становление в их взаимосвязи с временной изменчивостью [1].

Результат теоретического изучения работ О.А. Конопкина, В.И. Моросановой, Ю.Д. Муфтаховой, А.К. Осницкого по проблеме нашего исследования показал, что осмысление роли и влияния механизмов саморегуляции в процессе профессионального обучения поможет отыскать пути и способы формирования целостной системы саморегуляции, способствующей успешному профессиональному самоопределению [4; 5; 6; 7].

В нашем исследовании мы предположили, что особенности саморегуляции студентов взаимосвязаны с особенностями их профессионального самоопределения. В качестве показателя успешности процесса профессионального самоопределения в данном исследовании взят уровень профессиональной идентичности, которая является личностной характеристикой профессионала, связанной с представлениями о себе, своём месте в профессиональной среде, его личностными ценностями, смыслами. Для диагностики особенностей профессионального самоопределения нами были использованы методика «Личный профессиональный план» (ЛПП) (автор Е.А. Климов, в адаптации Л.Б. Шнейдер) позволяющая с помощью рефлексии и воображения дать обобщенную и целостную оценку перспектив профессионального развития, и опросник профессиональной идентичности студентов – будущих психологов (автор У.С. Родыгина).

Для изучения особенностей развития саморегуляции и регуляторно – личностных свойств студентов был использован опросник «Стиль саморегуляции поведения - ССП-98» (автор В.И. Моросанова).

На первом этапе исследования мы определили уровень профессиональной идентичности у студентов и соотношение студентов с различным уровнем профессиональной идентичности, описали содержательные характеристики профессионального самоопределения каждой группы. Результаты исследования уровня профессиональной идентичности представлены на рисунке 1.

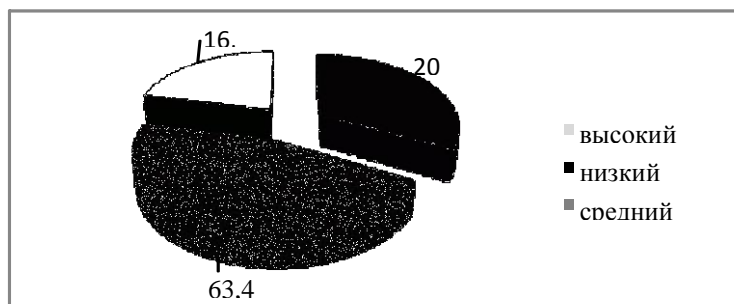


Рис.1 Распределение студентов – психологов с различным уровнем профессиональной идентичности; (в %)

Высокий уровень профессиональной идентичности (выраженная активная профессиональная идентичность) был определен у 20% респондентов. Данные студенты осуществляют поиск дополнительных, индивидуальных путей профессиональной подготовки, для них характерно стремление к практической реализации выбранных профессиональных целей, их отличает самостоятельность и осознанность в выполнении деятельности, сопряжённой с профессиональным становлением. Они самоорганизованны и дисциплинированы, у них активно формируется индивидуальный стиль деятельности. Тождественность с профессией у них устанавливается в модальности «могу».

У 16,6% испытуемых, напротив, был определен низкий уровень развития профессиональной идентичности (невыраженная пассивная профессиональная идентичность). Данных субъектов деятельности можно охарактеризовать как «мечтающих», у них не сформировано чёткое, прагматичное представление о своём дальнейшем профессиональном пути, однако они осознают свои дальние и ближние профессиональные цели, стремятся понять свое дело и овладеть им во всех аспектах, освоить необходимые трудовые функции. Тождественность с профессией у них устанавливается в модальности «хочу».

Большинство студентов (63,4%) обнаружили средний уровень развития профессиональной идентичности (выраженная пассивная профессиональная идентичность). Студенты данной группы достаточно успешно усваивают основные знания и требования профессии, они вполне осознают собственные возможности в части выполнении данной профессиональной деятельности, однако осуществляют ее по шаблону, их характеризует парадигмальное и ситуативное самоопределение. Тождественность с профессией у данных студентов устанавливается в модальности «знаю».

Для того чтобы в полной мере иметь представление о содержательных особенностях профессионального самоопределения у студентов – психологов обратимся к анализу таких параметров профессионального самоопределения, как «эмоциональное отношение» и «осознанная активность» в каждой из выделенных групп (см. табл.1).

Таблица 1

Выраженность параметров профессиональной идентичности у студентов с различным уровнем профессиональной идентичности; (ср.знач.)

Наименование показателя	Высокий уровень проф. идентичности	Средний уровень проф. идентичности	Низкий уровень проф. идентичности
«Эмоциональное отношение»	0,75	0,78	-0,8

«Осознанная активность»	1,5	-0,34	-1,3
----------------------------	-----	-------	------

Как видно из результатов, представленных в таблице, для студентов с высоким уровнем профессиональной идентичности характерно преобладание позитивных эмоций (ср.знач.=0,75) и высокая осознанная активность (ср.знач.=1,5) по отношению к будущей профессии, однако отметим, что показатель позитивного эмоционального отношения к будущей профессии у студентов со средним уровнем профессиональной идентичности несколько выше (ср.знач.=0,78), в то время как показатель осознанной активности – значительно ниже (ср.знач.= -0,34). По нашему мнению, это может быть связано с тем, что у студентов с высоким уровнем профессиональной идентичности сформировано более реалистичное представление о будущих сложностях, необходимости систематического самообразования и дополнительного образования в выбранной профессиональной сфере, из-за чего эмоциональное восприятие будущей профессии более сглажено.

Наиболее неблагоприятна, по нашему мнению, ситуация в группе с низким уровнем профессиональной идентичности: в этой группе в большей мере, чем в остальных, в восприятии будущей профессии преобладают негативные эмоции (ср.знач.= -0,8), данные студенты отличаются пассивным отношением к приобретаемой профессии. Безусловно, в данной группе студентов вопрос относительно их успешности в осваиваемой профессии стоит особенно остро и требует принятия необходимых мер по оптимизации процесса профессионального самоопределения.

Обратимся далее к анализу результатов исследования саморегуляции в группах испытуемых с различным уровнем профессиональной идентичности (см.табл.2).

Таблица 2

Выраженность показателей саморегуляции поведения в группах испытуемых с разным уровнем профессиональной идентичности; (ср.знач.)

Уровень проф. идентичности	Высокий	Средний	Низкий
Шкалы Стиль саморегуляции поведения			
«Планирование»	5,83	5,39	5,4
«Моделирование»	4,9	3,84	3,3
«Программирование»	4,5	4,76	4,4
«Оценивание результатов»	5,75	5,28	3,6

«Гибкость»	6	5,63	4,5
«Самостоятельность»	6,5	5	3,9
Общий уровень саморегуляции	30	27,1	21,9

Испытуемые с низким уровнем развития профессиональной идентичности в целом характеризуются гораздо менее развитой саморегуляцией ($t=4,783$; $p < 0,05$), в отличие от испытуемых с высоким уровнем профессиональной идентичности, характеризующихся большей адаптивностью и успешностью в изменяющихся условиях, активной позицией и стремлением к осознанному управлению своей жизнью.

Сопоставляя результаты двух групп по шкале «Самостоятельность», мы можем сделать вывод, что испытуемые с высоким уровнем профессиональной идентичности гораздо более автономны в организации собственной активности ($t=5,141$, $p < 0,05$). Они в большей мере способны самостоятельно планировать и реализовывать свою деятельность, контролировать ход её выполнения и конечные результаты, чем испытуемые с низким уровнем профессиональной идентичности, нуждающиеся во внешнем контроле.

Выявленные различия по шкале «Оценивание результатов» в двух группах позволяет сделать вывод о том, что испытуемые с высоким уровнем профессиональной идентичности обладают более развитой и адекватной самооценкой ($t=4,195$, $p < 0,05$), у них сформированы устойчивые субъективные критерии оценки успешности достижения собственных результатов. Обладают умением адекватно оценить сам факт рассогласования на пути к намеченной цели, видят ошибки и гибко реагируют на изменение условий. У испытуемых второй группы данные умения гораздо менее выражены.

Также анализ показателей выявил статистически значимые различия по шкале «Моделирование», что говорит о различии индивидуальной развитости представлений о системе внешних и внутренних значимых условий ($t=3,872$; $p < 0,05$). Студенты с высоким уровнем профессиональной идентичности в большей степени способны выделять значимые условия достижения целей, как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем, разработанные ими программы действий адекватны планам деятельности, что, в конечном итоге, сказывается на соответствии получаемых результатов принятым целям.

Проведенный корреляционный анализ показал связь между уровнем профессиональной идентичности и осознанной активностью и общим уровнем саморегуляции ($t=0,325$; $p < 0,05$), что позволяет нам сделать вывод, что высокий уровень саморегуляции способствует благополучному профессиональному самоопределению. Осознанная активность в овладении профессией как компонент профессионального самоопределения имеет несколько более выраженную положительную взаимосвязь с уровнем

саморегуляции ($t=0,482$; $p<0,01$), что свидетельствует, вероятно, о ведущем механизме формирования профессионального самоопределения через развитие осознанной регуляторной системы деятельности и поведения.

Если говорить о том, какие аспекты системы саморегуляции имеют наибольшую корреляцию с показателями профессионального самоопределения, то, важно отметить, что это способность к моделированию своей деятельности и поведения ($t=0,351$; $p<0,01$), способность адекватно оценивать результаты своей деятельности ($t=0,361$; $p<0,01$) и автономность в выстраивании системы деятельности по достижению определённого результата ($t=0,480$; $p<0,01$).

В целом, по результатам проведённого исследования особенностей саморегуляции студентов с разным уровнем профессионального самоопределения, мы можем сделать вывод о том, что группа испытуемых с высоким уровнем саморегуляции является самой малочисленной, в то время как большую часть составили испытуемые со средним и низким уровнем саморегуляции. Если говорить о содержательных особенностях саморегуляции в группах студентов с высоким и низким уровнем профессиональной идентичности, мы можем сказать, что основные различия связаны с «качественными» характеристиками системы саморегуляции. Студенты с высоким уровнем профессиональной идентичности отличаются самостоятельной, активной позицией по отношению к приобретаемой профессии, которая проявляется в конкретных действиях и поступках, направленных на более эффективное её освоение, гибко и быстро могут подстроиться под изменившиеся условия, скорректировать план действий, мобилизоваться в ситуации неудачи.

Список литературы

1. Заводчиков, Д.П. Взаимосвязь саморегуляции и личной профессиональной перспективы студентов / Д.П. Заводчиков, П.О. Манякова // Образование и наука. – 2018. - №1. – С.116-135.
2. Зеер, Э.Ф. Психология профессий: Учебное пособие для студентов вузов / Э.Ф. Зеер. – М., 2005.–149 с.
3. Климов, Е.А. Введение в психологию труда / Е.А. Климов. – М., 1988. – 286 с.
4. Конопкин, О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2008. – №3. – С.22-34.
5. Моросанова, В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции / В.И. Моросанова. – М.: Наука, 2014. – 311 с.
6. Муфтахова, Ю.Д. Профессиональное самоопределение студента / Ю.Д. Муфтахова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2013. – №16. – С.68-71.
7. Осницкий, А.К. Развитие саморегуляции на разных этапах профессионального становления / А.К. Осницкий, Н.В. Бякова, С.В. Истомина // Вопросы психологии. – 2013. – №1. – С.3-12.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВАХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АГРЕССИИ

Деревянко Ю. П., Мацнева Ю.К.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. В статье дан краткий теоретический обзор по проблеме жизненной перспективы личности. Предпринята попытка выявления представлений о жизненной перспективе у больных алкоголизмом с разным уровнем агрессии. Установлена связь сформированности жизненной перспективы больных алкоголизмом с их доминирующими формами агрессии и ценностными ориентациями.

Ключевые слова: жизненная перспектива; больные алкоголизмом; агрессия; агрессия у больных алкоголизмом; ценностные ориентации.

IDEAS ABOUT LIFE PROSPECTS OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM WITH DIFFERENT LEVELS OF AGGRESSION

Derevyanko Yu. P., Matsneva Yu.K.

Belgorod state national research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article gives a brief theoretical review of the problem of the life perspective of the individual. An attempt is made to identify ideas about life prospects in patients with alcoholism with different levels of aggression. The connection between the formation of life prospects of patients with alcoholism with their dominant forms of aggression and value orientations is established

Keywords: life perspective; patients with alcoholism; aggression; aggression in patients with alcoholism; value orientations.

Эпоха социальных перемен и кризисов, усложнение условий и возрастание темпов жизни требует от человека более осмысленного отношения ко времени, выбора правильной линии жизни, поскольку умение прогнозировать и строить планы влияют на жизненный выбор, организацию и осуществление деятельности [1].

В настоящее время всё большее внимание в психологии уделяется так называемой «жизненной» проблематике – анализу развития личности во времени, – определяемой как «психология жизненного пути». При этом особое значение приобретает феномен «жизненной перспективы личности» при анализе ситуаций восприятия собственного будущего, прогнозирования жизненных событий, постановки целей и выбора способов их достижения (К.А. Абульханова-Славская, Т.Н. Березина, Н.В. Гришина, Е.И. Головаха, А.А. Кроник, Д.А. Леонтьев и др.).

Под жизненной перспективой Т.М. Титаренко и В.Г. Панок понимают потенциальную возможность развития личности, неизбежность определенных изменений в будущем, поскольку речь идёт об изменяющейся личности в изменяющемся мире [3].

Выстроенная жизненная перспектива способствует снижению степени неопределённости за счёт конкретизации образа будущего, осознания сильных и слабых сторон намеченного, а также регуляции деятельности в настоящем. Дисбаланс в жизненной перспективе, неустойчивость и изменчивость целей, недостаточная способность личности к прогнозированию создают предпосылки для формирования различных форм девиантного поведения, в том числе и аддиктивного [4].

Возрастание числа аддиктивного поведения в современном обществе обуславливает необходимость разработки новых подходов и форм к изучению и профилактике аддикций, среди которых наиболее разрушительную силу имеет алкогольная зависимость.

Проблема алкогольной зависимости в большинстве своём касается интеллектуальных слоёв общества, разрушая личность и приводя к деградации её психики. Нормы и правила в сознании человека с алкогольной зависимостью постепенно стираются, что в результате приводит к проявлению неконтролируемой агрессии и различным формам девиантного поведения [2].

Актуальность исследования данной проблемы обусловлена наличием противоречий между потребностью российского общества в новых подходах и формах к изучению и профилактике алкогольной зависимости и недостаточной степенью изученности данной проблемы в современной психологии. Кроме того, современные исследования посвящены изучению особенностей жизненной перспективы в контексте возрастных различий, личностных характеристик (А.К. Акименко, А.А. Гольцова, И.А. Ральникова, Т.Ю. Рубцова), условий и содержания деятельности (В.А. Москвин, К. Муздыбаев), особенностей эмоционального реагирования на события (А.К. Болотова Е.Е. Бочарова и др.). Результаты данного исследования могут пролить свет на новые грани как проблемы алкогольной зависимости, так и генеза жизненной перспективы у аддикта.

В связи с этим, целью данного исследования стало изучение представлений о жизненных перспективах больных алкоголизмом с разным уровнем агрессии.

Методики были подобраны с целью изучения жизненной перспективы больных алкоголизмом, оценки уровня их агрессии: методика диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс и А. Дарки), методика «Осознанность жизненных целей» (Е. Карапешта), тест смысловых ориентаций (методика СЖО) Д.А. Леонтьева, а также методика «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах» (УСЦД) (Е.Б. Фанталова).

В исследовании приняли участие 35 респондентов, среди них 15 женщин и 20 мужчин в возрасте 35-45 лет.

В результате проведённого исследования было установлено, что большинство респондентов (63%) имеют высокий уровень агрессии. Повышение уровня агрессии при алкогольной зависимости непосредственно связано со стадиями заболевания. Средний и низкий уровни представлены в равном процентном соотношении (17% и 20%).

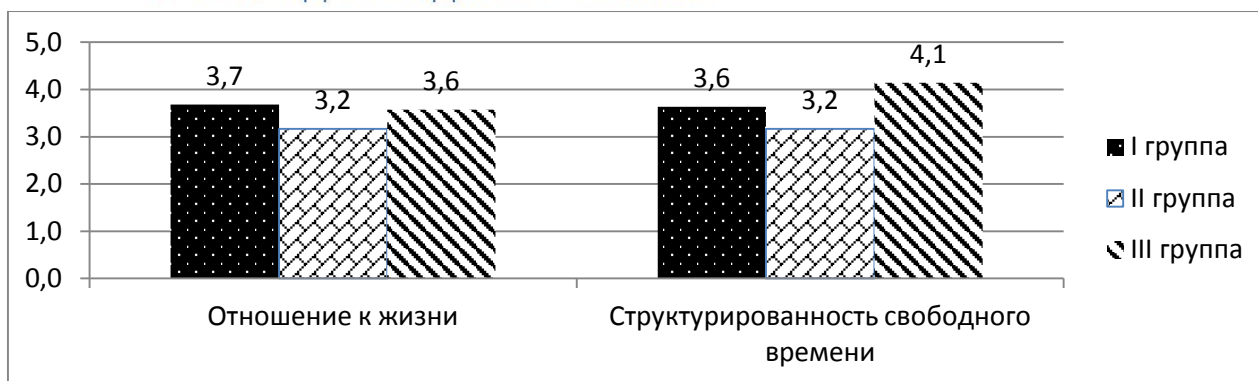
Далее мы выявили различные формы агрессивности и враждебности у больных алкоголизмом. Так, преобладающими формами являются вербальная агрессия (ср.знач.=6,4), раздражение (ср.знач.=6,2) и подозрительность (ср.знач.=5,6). Как следствие, респонденты предпочитают выражать свои негативные чувства через крик/визг, словесные ответы (угрозы, нецензурная лексика), а также разрушение окружающих предметов.

Кроме того, в ходе беседы выяснилось, что респонденты данной категории негативно настроены по отношению к окружающим, не доверяют им, считая, что «все против них», «все они хотят причинить им вред». Они готовы к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

Дальнейшее исследование проводилось в группах, основанием деления которых выступил уровень агрессии: I группа – высокий, II группа – средний, III группа – низкий.

В результате оценки осознанности больными уровня сформированности их собственных жизненных целей были получены следующие результаты (рис.1.).

Во всех трёх группах наблюдается высокий уровень осознанности личности при формировании жизненных целей и её ответственности за их достижение (ср.знач.=3,7; ср.знач.=3,2; ср.знач.=3,6). Респонденты характеризуются разносторонними интересами, сформированным представлением о том, что значит интересная жизнь, у некоторых из них есть определённые краткосрочные и долгосрочные цели в жизни, к которым, по их словам, они решительно идут.



Примечание: I группа – высокий уровень агрессии, II группа – средний высокий уровень агрессии, III группа – низкий высокий уровень агрессии.

Рис 1. Сформированность жизненных целей у больных алкоголизмом с разным уровнем агрессии (ср. знач.)

Однако в ходе беседы было установлено, что у респондентов с высоким уровнем агрессии отсутствуют конкретные представления о будущем, не выработаны четкие планы по достижению задуманного, что не соответствует выше изложенным результатам. Так, некоторым опрошенным будущее кажется «непонятным», «далеким», а жизненные цели расплывчаты, без четких представлений о том, как их достичь. В свою очередь респонденты со средним и низким уровнем агрессии нацелены на будущее, имеют разработанные планы, точные представления о будущих событиях, считают его радостным, ярким, но при этом тревожным. Они ожидают от будущего благоприятных событий, однако опасаются, что их планы могут измениться, а надежды не оправдаться. Это можно объяснить стремлением респондентов давать социально желаемые ответы, тем самым подчёркивая собственную значимость и важность.

Анализ структурированности свободного времени показал, что респонденты всех трёх групп предпочитают праздную жизнь, полную развлечений и гедонизма (ср.знач.=3,6; ср.знач.=3,2; ср.знач.=4,1). Не задумываясь, проводят своё свободное время бессмысленно, можно сказать, что тратят его впустую. Однако стоит отметить, что в группе респондентов с низким уровнем агрессии наблюдается тенденция к среднему уровню, что проявляется в определённой концентрации на жизненных планах и целях, желании проводить время с пользой.

Далее мы проанализировали представленность в сознании больных алкоголизмом с разным уровнем агрессии прошлого, настоящего и будущего.

В результате анализа было выявлено, что будущее имеет наибольшую значимость для больных алкоголизмом с низким уровнем агрессии (ср.знач. = 23,6). Наличие целей в жизни у респондентов данной категории придают их жизни некую осмысленность, направленность и временную перспективу. Больные алкоголизмом с высоким и средним уровнем агрессии ориентированы на настоящее или прошлое (ср.знач. = 17,4; ср.знач. 20,2). Для

них характерно проявление гедонистического отношения к жизни, удовлетворение сиюминутных потребностей. Они живут сегодняшним днём, не задумываясь о будущем.

Следует отметить, что респонденты с высоким уровнем агрессии не верят в собственные силы и сомневаются в своей возможности контролировать события собственной жизни (ср.знач.=16,8). Основываясь на результатах беседы, можно говорить о наличии у респондентов убеждений в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, они считают свободу иллюзией, а попытки планировать будущее не всегда возможной.

Что касается респондентов со средним и низким уровнем агрессии, то они воспринимают сам процесс своей жизни как насыщенный, интересный, эмоциональный и наполненный смыслом (ср.знач.=22,2; 22). При этом они не склонны жить только настоящим, сегодняшним днём, в отличие от респондентов I группы. Они воспринимают отрезок уже прожитой жизни как продуктивный, осмысленный, значимый для дальнейшего развития (ср.знач.=19,5; 20,1).

Анализ ценностных ориентаций больных алкоголизмом показал, что наиболее важными ценностями для респондентов являются интересная работа (74%), здоровье (68%) и материально обеспеченная жизнь (50%). При этом совершенно отвергается такая ценность, как свобода и независимость в поступках. Наиболее доступными ценностями для респондентов являются активная деятельная жизнь, красота природы и искусства и возможность творческой деятельности.

Далее мы проанализировали несколько областей жизнедеятельности респондентов разных групп на наличие у них рассогласованности и дезинтегрированности в мотивационно-личностной структуре.

Во всех трёх группах наблюдается низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, относительная удовлетворенность текущей жизненной ситуацией ($R=23,4$; $R=23$; $R=23$). В ходе анализа был выявлен внутренний конфликт в группе с высоким уровнем агрессии в таких сферах, как «интересная работа», «уверенность в себе», «счастливая семейная жизнь». В группе со средним уровнем агрессии присутствует конфликт в сфере «любовь» и «счастливая семейная жизнь». В свою очередь в группе с низким уровнем агрессии - «любовь» и «уверенность в себе». Это значит, что данные ценности играют важную роль в жизни респондентов, но в то же время малодоступны для них.

В результате однофакторного дисперсионного анализа были установлены статистически значимые различия между группами по шкалам: физическая ($F=9,61$; $p \leq 0,001$), косвенная ($F=3,89$; $p \leq 0,05$) и вербальная агрессия ($F=11,15$; $p \leq 0,001$), раздражение ($F=8,22$; $p \leq 0,001$), отношение к жизни ($F=33,62$; $p \leq 0,001$) и структурированность свободного времени ($F=25,44$; $p \leq 0,001$), цели ($F=3,29$; $p \leq 0,05$) и локус контроля-жизнь ($F=4,25$;

$p \leq 0,05$). Кроме того, установлены статистически значимые различия между группами в ценностях активная деятельностная жизнь ($F=3,35$; $p \leq 0,05$) и любовь ($F=3,43$; $p \leq 0,05$).

Полученные результаты позволяют говорить о вероятностном влиянии уровня агрессии не только на проявление различных её форм, но и на осознанность личностью уровня сформированности своих жизненных целей, её убеждённость в собственной способности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

По итогам корреляционного анализа были получены статистически значимые связи между различными формами агрессии, сформированностью жизненных целей и представленностью прошлого, настоящего, будущего в картине жизни больных алкоголизмом.

Тесная прямая связь физической агрессии со структурированностью свободного времени больных ($r=0,359$; $p \leq 0,05$) и уровнем контроля над жизнью ($r=0,671$; $p \leq 0,001$) указывает на прямо пропорциональную зависимость данной формы агрессии от предпочтения человеком праздной жизни, стремлением и желанием постоянно держать под контролем свою жизнь и происходящие в ней события.

Следует отметить наличие обратной тесной связи контроля над жизнью с вербальной агрессией ($r=-0,395$; $p \leq 0,05$), обидой ($r=-0,492$; $p \leq 0,01$) и подозрительностью ($r=-0,422$; $p \leq 0,05$). Как следствие, проявление выраженной способности к личному контролю, ориентация на успех начинаний, уверенность в способности самостоятельно конструировать свою жизнь способствует снижению уровня вербальной агрессии в отношении окружающих людей, зависти и ненависти за их действия, недоверия и осторожности в отношениях с другими людьми.

Обратная тесная связь контроля над собой и обидой ($r=-0,342$; $p \leq 0,05$), позволяет говорить о том, что, чем лучше сформировано представление человека о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, представлениями о смысле собственной жизни, тем *ниже выражена* зависть и ненависть к окружающим за их действия, огорчение, которое вызывает негативные эмоции к «обидчику» и жалость к самому себе.

Таким образом, сформированность жизненной перспективы больных алкоголизмом связана с их доминирующими формами агрессии и её общим уровнем. У больных алкоголизмом с высоким уровнем агрессии отсутствуют конкретные представления о будущем, не выработаны четкие планы по достижению задуманного, они ориентированы на настоящее или прошлое. Респонденты данной категории проявляют гедонистическое отношение к жизни, при этом не верят в собственные силы и сомневаются в своей возможности контролировать события собственной жизни.

Снижение уровня агрессии посредством формирования общечеловеческих ценностей у больных алкоголизмом, нравственных переживаний, адекватной самооценки и конструктивных способов

общения позволит им активизировать ценностно-смысловой компонент сознания, научиться самоанализу, самоконтролю и саморегуляции, тем самым способствуя гармонизации их жизненной перспективы.

Список литературы

1. Абульханова, К.А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. – СПб.: Алетейя, 2002. – 299 с.
2. Белоконева, Я.Н. Молодежь и алкоголь: теоретико-эмпирический анализ // Материалы V Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум». [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013006373> (дата обращения: 21.02.2019).
3. Панок, В.Г. Социальная активность личности старшеклассника / В.Г. Панок, Ю.А. Привалов // Институт психологии им. Г.С. Костюка АПН Украины, Центр социальных экспертиз и прогнозов Института социологии НАН Украины. – К., 1999. – 131 с.
4. Ральникова, И.А. Жизненные перспективы личности в научной парадигме психологического знания / И.А. Ральникова // Известия АлтГУ. – 2011. – № 2-1. – С. 53-60.

ОБУЧЕНИЕ МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ МУЛЬТИПРОФИЛЬНОГО СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА

Долгина И.И., Соболева Н.И., Долженкова И.Г.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация: в статье представлены данные оценки практического навыка физикального исследования молочной железы студентами шестого курса лечебного факультета и ординаторами второго года обучения по специальностям «онкология» и «общая врачебная практика». Рассмотрены основные проблемы выполнения навыка, определены типовые ошибки, предложены возможные пути решения рассматриваемой проблемы.

Ключевые слова: профилактика рака молочной железы, физикальное обследование молочной железы, симуляционное обучение, оценка сформированности навыка.

**TRAINING IN MEASURES OF PREVENTION OF MALIGNANT
NEOPLASMS OF THE BREAST IN THE CONDITIONS OF
MULTIPROFILE SIMULATION CENTER****Dolgina I.I., Soboleva N.I., Dolzhenkova I.G.****Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

Abstract. The article presents the evaluation of the practical skill of physical examination of the breast by students of the sixth year of the faculty of medicine and residents of the second year of training in the specialties "Oncology" and "General medical practice". The basic problems of skill performance are considered, typical errors are defined, possible ways of the solution of the considered problem are offered.

Keywords: prevention of breast cancer, physical examination of the breast, simulation training, assessment of skill formation.

Изменение демографической ситуации последних десятилетий, сопровождающееся неуклонным ростом популяции лиц старше 60 лет, в сочетании с неблагоприятными условиями внешней и внутренней среды организма человека, ростом распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний сопровождается и возрастанием смертности от какой-либо причины, в том числе и от онкологических заболеваний. Значительный вклад в ее структуру вносят онкологические заболевания. Так по результатам анализа Росстата в 2018 году 297996 человек причиной смерти стали злокачественные новообразования. Существенное место среди причин смерти от онкологических заболеваний занимают злокачественные новообразования молочной железы – 7,43% (22150 человек). При этом, по данным МНИОИ имени П.А. Герцена, выявление онкопатологии молочной железы на ранних стадиях составляет лишь 1,7%, тогда как в стадии «запущенности» (III-IV ст.) – около 30 (28,4) %.

С целью уменьшения смертности от хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения осуществляется переход с болезнецентрической на здравоцентрическую модель, требующий активизации мер профилактики на всех уровнях. Одним из направлений профилактики служит широкое внедрение мер скрининга, в том числе рака молочной железы [1; 6]. Раннее выявление ее онкопатологии среди прочего включает в себя физикальное обследование молочных желез подготовленным врачом, а также обучение пациенток методам самообследования [2]. Если оценке мер профилактики в первичном здравоохранении посвящено большое количество работ, то сведения о владении навыками обследования молочной железы у выпускников медицинского вуза немногочисленны, противоречивы,

не представляют возможных решений имеющихся вопросов, что и определяет интерес к дальнейшему исследованию.

Цель работы: оценка сформированности навыков физикального обследования молочной железы у выпускников лечебного факультета медицинского вуза и ординаторов второго года обучения по специальностям «онкология» и «общая врачебная практика» в условиях симуляционного обучения.

Материалы и методы.

В исследование были включены студенты 6 курса лечебного факультета – 35 человек (средний календарный возраст (СКВ) – $23,31 \pm 0,06$ лет), ординаторы второго года обучения по специальности онкология – 8 человек (СКВ – $25,23 \pm 0,16$ лет) и общая врачебная практика – 15 человек (СКВ – $25,03 \pm 0,08$ лет). Во всех группах, обследованных преобладали женщины. Для решения поставленных в работе вопросов проведен анализ выполнения обучающимися алгоритма обследования молочной железы в соответствии с развернутым чек-листом паспорта станции «Физикальное обследование пациента (молочная железа)» (максимальная оценка – 35 баллов).

При выполнении физикального обследования молочных желез оценивались следующие действия: подготовка к исследованию, осмотр молочных желез и сосковоареолярных областей с описанием их характеристики, пальпация молочных желез в положении женщины с поднятыми вверх и скрещенными за головой руками, пальпация молочных желез в положении стоя, пальпация регионарных лимфатических узлов с обеих сторон, пальпация молочных желез в положении лежа, завершение обследования, сообщение пациентке результатов осмотра и плана дальнейшего обследования, заполнение графического протокола [6].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования

Среднее время выполнения манипуляции студентами 6 курса составляло $18,32 \pm 1,24$ минуты. Выработанность навыка приводила к достоверному сокращению времени выполнения процедуры у ординаторов второго года по специальности «онкология» и «общая врачебная практика» – $7,12 \pm 0,21$ минуты ($p < 0,001$) и $7,68 \pm 0,36$ минуты соответственно ($p < 0,001$).

Аналогичная тенденция была отмечена в изучении общего количества баллов. Так выпускники медицинского вуза справлялись с заданием со средней оценкой $23,89 \pm 1,47$ балла. Учитывая, тот факт, что многие из студентов 6 курса после прохождения процедуры первичной аккредитации специалистов приходят работать в первичное звено здравоохранения, подобный результат является недостаточно удовлетворительным, не соответствует задачам раннего выявления патологии молочной железы.

Проведение подготовки клинических ординаторов в условиях мультипрофильного симуляционного центра нашло свое отражение в успешном выполнении изучаемого навыка клиническими ординаторами обеих специальностей: $33,81 \pm 0,68$ балла по специальности «онкология» ($p < 0,001$) и $32,19 \pm 1,03$ балла по специальности «общая врачебная практика» ($p < 0,001$).

Типовые ошибки, совершаемые обучаемыми, были сопоставимы, отличалась лишь частота их совершения. Так отсутствие оценки выделений молочной железы с дальнейшей диагностикой в группе клинических ординаторов достигало 32,75%, а у студентов – 71,42%; допустили ошибки в заполнении документации с дальнейшим направлением на дообследование пациента – 25,86% ординаторов и обучающихся 85,71%; 15,52% ординаторов и 28,57 студентов не проводили пальпацию разных групп лимфоузлов; у 6,9% ординаторов и 31,42% студентов отсутствовал визуальный осмотр сосков и сосудистого рисунка; в 5,17 % случаев у ординаторов и 91,17% студентов были допущены ошибки в технике выполнения пальпации молочной железы. Только 13,79% ординаторов не совершали никаких ошибок и получили максимальный балл, среди студентов 6 курса аналогичных результатов не зафиксировано.

Таким образом, оценка выполнения навыка физикального обследования молочной железы вскрыла проблемы, отражающие недостаточное выявление патологии молочной железы в первичном здравоохранении.

Решение выявленных проблем подразумевает качественную перестройку образовательного процесса с внедрением системного спирального учебного плана для формирования у обучающихся устойчивого алгоритма действий по правильному осмотру и дальнейшей диагностике разного рода состояний, в том числе и онкологических заболеваний [1]. Следующий инструмент – книга учета практической подготовки, как документ, определяющий основополагающий вектор подготовки каждого обучающегося, должна способствовать тому, что каждый студент сможет в той или иной степени освоить навык физикального обследования пациента, предусмотренный Государственными образовательными стандартами [2].

Системный спиральный учебный план вторичной профилактики рака молочной железы подразумевает начало формирования навыка физикального обследования молочной железы у обучающихся на кафедре пропедевтики в виде внедрения визуального осмотра грудной железы с последующей отработкой пальпации на соответствующих манекенах, что позволит не только повысить уровень самодиагностики, но и диагностики на ранних стадиях в процессе прохождения всех производственных практик на клинических базах [3]. Комплексная и мультифокальная ориентация процесса обучения в последующем на клинических кафедрах будет способствовать закреплению и повышению объема профессиональных знаний студентов на каждом уровне, а наиболее выражено – на старших курсах. Этому в значительной степени будет способствовать внедрение в образовательный процесс высоко реалистичных

роботов-симуляторов с возможностью разбора особенностей клинической картины той или иной патологии молочной железы и забора материала для исследования [4].

Непосредственно занятия с использованием симуляционного оборудования должны включать 3 этапа: введение, демонстрация с многократным тренингом и заключение [5].

На этапе введения определяется цель и задачи освоения конкретного навыка, знакомства с окружающей обстановкой, симуляционным оборудованием, знакомство с алгоритмом действия, техникой применения. Обязательным условием перехода на новый этап является устойчивая теоретическая база.

Во время демонстрации и тренингов, важную роль играет правильное освоение изучаемого навыка под контролем преподавателя. Разбор каждого этапа проведения манипуляции с обоснованием ценности выполняемого и получением обратной связи. На данном этапе предусматривается отработка навыков на манекенах и роботах с последующим осмотром реального больного.

На заключительном этапе проводятся брифинги с оценкой и самооценкой выполняемых навыков, разбором ошибок, выявлением и устранением трудностей у обучающихся в выполнении манипуляций. Существенное значение приобретает анализ специально смоделированных видеороликов с распространенными ошибками, при оценке которых студент выступает в роли эксперта, что в полной мере позволяет проанализировать рассматриваемый материал.

Внедрение инновационных образовательных технологий, формирование спирального учебного плана, а также комплексный подход, разработанный совместно с клиническими кафедрами, сможет повысить качество практической подготовки не только студентов и ординаторов по специальностям «онколог», «акушер-гинеколог», «врач общей практики», но и повысить профессиональные компетенции врачей всех клинических специальностей, увеличить показатели ранней диагностики среди населения, что в последующем отразится на качестве жизни пациентов.

Список литературы

1. Зуков Р.А., Гаврилюк Д.В., Дыхно Ю.А. Опыт освоения навыков обследования молочной железы с использованием симуляционных моделей / Материалы конференции «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. Вузовская педагогика». – Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. – 2015. – С. 405-408.
2. Королева Л.Ю. Сравнительная оценка владения студентами физикальными навыками до и после внедрения в образовательный процесс

- симуляционных технологий// Виртуальные технологии в медицине. – 2019. – №2 (22). – С. 29-30.
3. Курчик Г.А., Буркова Н.В., Пармон Е.В. Инновационные технологии организации самостоятельной работы студентов// Виртуальные технологии в медицине. – 2019. – №2 (22). – С. 26.
 4. Омарова А.К., Акполатова Г.М., Капанова Д.С. Опыт симуляционного обучения в учебно-клиническом центре // Виртуальные технологии в медицине. – 2019. – №2 (22). – С. 27-28.
 5. Репин И.Г. Крылов В.В., Матяш О.В. Проведение мультидисциплинарных тренингов на кафедре обеспечения симуляционной подготовки перед проведением первичной специализированной аккредитации// Виртуальные технологии в медицине. – 2019. – №2 (22). – С. 46.
 6. Шукин Ю. В., Дьячков В. А. Порядок выполнения основных практических навыков при обследовании терапевтического пациента: учебное пособие для студентов по специальности «Лечебное дело». – Самара: ООО «Издательство Ас Гард». – 2014. – 106 с.

АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ САМООЦЕНКИ У РЕБЕНКА

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Поляков Д.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ роли семьи и ее механизмов в формировании самооценки у ребенка. Анализ взаимодействия ребенка в семье, формирующие его самооценку проводился с помощью анкетирования. Установлено, что главную роль в развитии самооценки играет семья, стиль семейного воспитания, эмоциональное отношение родителей к ребенку.

Ключевые слова: семья, ребенок, отношение, влияние, самооценка.

ANALYSIS OF THE FORMATION OF SELF-ASSESSMENT IN A CHILD

Dorofeeva S.G., Sheluhina A.N., Poljakov D.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the analysis of the role of the family and its mechanisms in the formation of the self-esteem of the child. The analysis of the interaction of the child, shaping his self-esteem was conducted using questionnaires. It is established that the main role in the development of self-esteem plays a family style of family education, emotional attitude of parents to the child.

Key words: family, child, relation, effect, self-esteem.

Актуальность. Семья – важный феномен, который сопровождает человека в течение всей его жизни. Значимость ее влияния на личность, ее сложность, многогранность и проблематичность обуславливают большое количество различных подходов к изучению семьи, а также выделить основные определения и термины, встречающихся в научной литературе. Предметом изучения становится семья как социальный институт, малая группа и система взаимоотношений.

Семью создают отношения «родители – дети». Семья основана на единой общесемейной деятельности, которая характеризуется общностью людей, связанных бракосочетанием супругов, родительства, преемственностью семейных поколений, традиций, а так же социализацией детей и поддержанием существования членов семьи [2, с.65].

Для того, чтобы получить целостное представление о семье, необходимо учитывать складывающиеся в ней взаимоотношения по типу: муж – жена; жена – дети; дети – родители; дети – дети. Могут быть разные варианты семьи, но полноценной семьей является такая, которая имеет в наличии все основные типы взаимоотношений внутри социального института. Психологическим фундаментом личности, способной найти свое место в мире, является адекватная самооценка.

Самооценка – это элемент самосознания, который характеризуется эмоционально насыщенными оценками самого себя как личности, собственных способностей нравственных качеств и поступков, выступающие важным регулятором поведения. Самооценка может быть высокой или низкой, оптимальной и неоптимальной, правильной или ложной, различаться по степени устойчивости, самостоятельности, критичности. Различают общую и частную самооценку. К частной самооценке относят оценку каких-то деталей своей внешности, отдельных черт характера. В общей, или глобальной самооценке отражается одобрение или неодобрение, которое переживает человек по отношению к самому себе. Человек может оценивать себя адекватно и неадекватно (завышать либо занижать свои успехи, достижения).

Самооценку с раннего детства формирует воспитание, как процесс и результат целенаправленного влияния на развитие личности, её отношений, черт, качеств, взглядов, убеждений, способов поведения в обществе. На становление самооценки ребенка огромное влияние оказывает стиль воспитания в семье, принятые в ней ценности. Самооценка ребенка – это не врожденная характеристика организма, а сложное личностное образование, которое подвержено процессам формирования и становления в структуре всех личностных характеристик. Совокупность множества факторов влияет на развитие и становление личности ребенка [2, с.61].

Цель: провести анализ влияние роли семьи в формировании самооценки у ребенка.

Материалы и методы исследования. Респондентами выступили профессорско-преподавательский состав кафедры пропедевтики внутренних болезней (в количестве 15 человек). Сотрудники данного структурного подразделения графически изобразили механизмы, взаимодействия ребенка в семье, формирующие его самооценку.

Полученные результаты. В ходе данной работы выявлено, что главную роль в развитии самооценки у ребенка играет семья, стиль семейного воспитания, эмоциональное отношение родителей к ребенку. Первостепенная роль в формировании личности принадлежит родителям, оценка которых становится частью его самооценки. На начальном этапе развития, отношение ребенка к себе связано с родительским отношением. Родительские позиции и отношение к детям в этом возрасте может положительно или отрицательно повлиять на их установки [3, с.247].

Выводы. Влияние семьи на формирование самооценки ребенка огромно. Родительское отношение к детям может положительно или отрицательно сказаться на ее развитии. Самооценка устанавливается с детского периода и идет с человеком на протяжении всей его жизни.

Список литературы

1. Конопля Е.Н., Поляков Д.В., Шелухина А.Н. Воспитательная работа – условие формирования профессионально значимых компетенций // «ЯЗЫК. Коммуникация. Культура». Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием (19-25 мая 2014 г.) – Курск: КГМУ, 2014. – С. 61 - 64.
2. Конопля Е.Н., Поляков Д.В., Шелухина А.Н. Воспитательная работа – условие формирования профессионально значимых компетенций // «ЯЗЫК. Коммуникация. Культура». Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием (19-25 мая 2014 г.) – Курск: КГМУ, 2014. –С. 61-64.
3. Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Семья – базис в формировании самооценки у ребенка // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. –Курск, 2017. –С. 247- 249.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ различных психологических особенностей у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой в период обострения заболевания. Анализ психологического статуса проводился с помощью анкетирования больных, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении КГБ № 6 города Курска. В ходе исследования выявлено, что физический статус больных связан с их психо-эмоциональным состоянием.

Ключевые слова: дыхательная патология, статус, качество жизни, эмоции, психологические изменения, волнение.

CLINICAL-FUNCTIONAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH RESPIRATORY PATHOLOGY

Dorofeeva S.G., Sheluhina A.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the analysis of psychological changes in patients with COPD and bronchial asthma during exacerbation of the disease. Analysis was carried out using questionnaires of patients treated in the pulmonology department in hospital № 6. It is revealed that the physical status of patients is directly linked to their emotional well-being.

Key words: respiratory pathology, status, quality of life, emotions, psychological changes, excitement.

Актуальность. Проблемы психических расстройств у больных, связанная с соматической патологией, включающей заболевания органов дыхания, с каждым годом растет. Многочисленные результаты различных исследований свидетельствуют о высокой частоте (50-60%) и значительной выраженности психических расстройств у соматических больных.

Цель: провести анализ различных характеристик психофизиологического состояния у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой в период обострения заболевания.

Материалы и методы. В ходе исследования использовались метод анкетирования и статистический анализ. Было проведено анкетирование 70 больных, которые проходили стационарное лечение в 2018 году в пульмонологическом отделении «КОКБ № 6» г. Курска [1, с.63]. Из них было 29 мужчин (41,4%) и 41 женщина (58,6%). Возраст больных находился в

диапазоне от 23 до 71 года. Средний возраст женщин составил 54,1 лет (m=2,7), мужчин 56,3 лет (m=4,8).

Результаты исследования. Данные об изменении особенностей психо-соматических реакций больных приведены в таблице. Были оценены показатели: волнение, тревожность, резкая смена настроения, физиологические показатели (ЧСС, ЧДД) [2, с.194].

Таблица 1

Особенности психо-соматических реакций больных ХОБЛ и БА

Особенности	Мужчины		Женщины		Всего	
	Р, %	m	Р, %	m	Р, %	m
Одышка	88,9	3,14	86,4	3,43	87,1	3,24
Увеличение ЧСС	66,7	4,71	77,3	4,2	74,3	5,8
Увеличение ЧДД	66,7	4,71	72,7	4,45	72,8	6,1
Волнение и тревожность	44,4	4,9	59,0	4,9	57,1	8,2
Снижение физической активности	55,5	4,9	77,3	4,2	71,4	6,7
Резкая смена настроения	17,2	3,77	48,6	5,0	35,7	6,4
Ухудшение состояния после легкой физической нагрузки	54,4	5,0	82,7	3,9	71,4	6,7
Ухудшение здоровья за последний год	20,0	4,05	29,2	4,55	25,7	9,3

Вывод. В ходе исследования выявлено, что физический статус больных непосредственно связан с их психо-эмоциональным состоянием. Прослеживается прямая зависимость, которая демонстрирует отрицательное влияние негативных эмоций, возникших вследствие настоящего заболевания, на физиологию пациентов [3, с.247]. Доказательством этому является усиление одышки, ЧСС, ЧДД и ухудшение самочувствия на фоне повышенного волнения и тревожности. У женщин также отмечается весомый вклад - резкая смена настроения.

Список литературы

1. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Психологическое состояние больных с ХОБЛ и БА // Психология здоровья и болезни. Курск, 2015. –С. 67- 69.
2. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г. Психологические аспекты больных ХОБЛ и бронхиальной астмой // «Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход» материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко. –Курск, 2018.– С. 194- 196.

3. Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Семья – базис в формировании самооценки у ребенка // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. Курск, 2017.–С. 247- 249.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ ПОКОЛЕНИЯМИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ представления молодого поколения о старости. Анализ положительных и отрицательных характеристик возраста старости проводился с помощью метода анкетирования студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, возраста 20-22 лет.

Ключевые слова: взаимодействие, возраст, старость, отношения, поколение, конфликт.

INTERACTION BETWEEN GENERATION IN MODERN CONDITION

Dorofeeva S.G., Sheluhina A.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents an analysis of the performance of the younger generation about old age. Analysis of positive and negative characteristics of old age was conducted by method of question students of the medical faculty of the Kursk state medical University, age 20-22 years.

Key words: interaction, age, senility, relationship, generation, conflict.

Актуальность. Изучение проблемы межпоколенного взаимодействия всегда актуально, так как структура нашего общества устроена таким образом, что мы находимся, и всегда будем находиться в постоянном контакте с представителями различных поколений. В окружении семьи, на работе, в общественном транспорте мы постоянно имеем взаимодействие с другими людьми, носящие различный характер.

Проблема межпоколенных взаимодействий остается вечной, которая существует со времен возникновения человеческого общества. Проблема

отношений между различными поколениями волновала исследователей долгое время многих столетий. Человеческое общество существует и продолжает развиваться благодаря взаимодействию поколений.

Поколение – группа людей, которая ограничена возрастными рамками, живущая в определенный исторический период, в определенных социокультурных условиях. Межпоколенные отношения характеризуются сложным многоуровневым и многокомпонентным системным, опосредованным культурно-историческим развитием общества, процесс, суть которого заключается в осознанной, ценностно-осмысленной и эмоционально окрашенной интра- и интерпсихической активности субъектов – представителей разных поколений – людей разного возраста.

Конфликт — это столкновение противоположных целей, позиций, мнений и взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия. Форма отношений между потенциальными или актуальными субъектами социального действия, мотивация которых обусловлена противостоящими ценностями и нормами, различными интересами и возникшими потребностями.

Цель: провести анализ представления молодого поколения о старости.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 100 студентов 3 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Средний возраст составил 20-22 лет (из них девушек -70; юношей - 30). В ходе работы использовался метод анкетирования и статистический анализ. Студентам необходимо было описать возраст, который они относят к старости и назвать положительные и отрицательные стороны этого возраста. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу [1, с.194].

Результаты. Проанализировав данные анкетирования, было выделено 67 положительных и 43 отрицательных различных характеристик возраста старости. В следствии чего было выделено 3 основных критерия: внешний вид, материальное положение (достаток), деятельность. При анализе описания деятельности многие студенты большое внимание выделили как положительную характеристику старости: наличие трудоспособности, ведение домашнего хозяйства, забота о саде, игра с внуками, путешествия, увлечения.

При анализе описания внешнего вида, многие студенты выделили как отрицательную характеристику. К положительным критериям студенты относят: чистоплотность, ухоженность, следование моде. К отрицательным: наличие морщин, пигментные пятна на коже, седина. Отметим, что больше половины студентов, отвечавших на вопросы, - это девушки. Вероятно, поэтому, описание изменений внешности носит отрицательные представления о старости [2, с.249].

Проблема материального благополучия, по мнению студентов, не самая острая для старости. Многие студенты считают, что благоприятным для

старости является жизнь в достатке, наличие своего собственного жилья и социальная защищенность.

Вывод. В ходе работы удастся представить картину, с одной стороны, что молодежи мало известно, что значит состариться, поэтому она относит старость к далеким и мрачным перспективам, о которых приятнее мыслить позитивно. С другой стороны, все опрошенные молодые люди имеют дедушек, бабушек. Видимо, позиция студентов, выражающаяся в стремлении видеть желательное, вместо действительного, сталкивается с эгоцентрической позицией пожилых людей [3, с.307]. В итоге перед нами иллюстрация существенного расхождения социальных представлений, ведущих к малой возможности взаимопонимания между поколениями. Одним из выходов можно предложить лучшее узнавание старшего поколения молодым через более неформальные контакты и помощь, порождающие взаимопонимание.

Список литературы

1. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г. Психологические аспекты больных ХОБЛ и бронхиальной астмой // «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход» материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко. – Курск, 2018. – С. 194-196.
2. Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Семья – базис в формировании самооценки у ребенка // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. – Курск, 2017. – С. 247- 249.
3. Тертерян Л.И., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Психологические аспекты влияющие на успешность овладения русским языком у иностранцев // Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации: сборник материалов II Международной научно-методической конференции-вебинара. – Курск, 2017. –С. 303-307.

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дорофеева С.Г., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ основных характеристик психологических нарушений у больных с ишемической болезнью сердца. Анализ нарушений связанный с нейро-психическими изменениями проводился с помощью анкетирования больных и статистического метода.

Установлено, что качество жизни больных с ишемической болезнью сердца взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания.

Ключевые слова: нарушения, анализ, качество жизни, эмоциональное состояние, психологические изменения, статус.

ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Dorofeeva S.G., Konoplya E. N., Mansimova O. V., Sheluhina A.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the analysis of the main characteristics of psychological disorders in patients with coronary heart disease. The analysis of disorders associated with neuro-mental changes was carried out using questionnaires of patients and statistical method. It has been established that the quality of life of patients with coronary heart disease is interrelated with the features of the clinical course of the disease.

Key words: disorders, analysis, quality of life, emotional state, psychological changes, status.

Актуальность. Проблемы основных характеристик психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с каждым годом растет. Болезнь носит стрессогенный фактор, и сопровождается разнообразной гаммой эмоций, меняет планы, перспективы на будущее, изменяет мотивацию и имеет помимо медицинских, также психологические и социальные аспекты. Изменение личности при заболевании зависит от длительности болезни, его степени тяжести и интеллектуальных способностей человека.

Цель исследования: провести анализ основных характеристик психологических проблем у больных с ишемической болезнью сердца и определить перспективы помощи больным с данной патологией.

Материалы и методы. В ходе исследования было проведено изучение качества жизни 148 пациентов. Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Пациенты, находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении в ОБУЗ КГБ № 6 города Курска, с диагнозами: 1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК; 2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты [1, с.165]. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ «BioStat» и MicrosoftExcel.

Вывод. В ходе работы было установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания. Показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов, с ИБС: ПИКС (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, по сравнению с теми, у кого инфаркта не было с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК [2, с.17]. Выявлены данные с низким значением КЖ «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК без инфаркта миокарда в анамнезе, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в высокой степени.

Было также определено, что субъективная оценка КЖ пациентов с ИБС определяется не только степенью тяжести соматического состояния, но и комплексом различных психологических факторов - личностными особенностями, эмоциональным состоянием, характером межличностных взаимодействий. Ведущими психологическими характеристиками больных ИБС, сопряженными с низким уровнем КЖ, являются недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, такие характеристики межличностных отношений как уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание; а также ситуативная и личностная тревожность, мягкость [3, с.304].

Тенденция к снижению качества жизни у больных ИБС отмечается в случае преобладания таких личностных особенностей как доминантность, подозрительность, внутреннее напряжение, радикализм, чрезмерная чувствительность к болезни, доминирования в сфере межличностного взаимодействия конкурентности, холодности, критичности, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, пессимизма. Тенденция к повышению КЖ выявлена у пациентов с оптимистическим объяснительным стилем. С высокими значениями КЖ сопряжены эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние. Перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС: медикаментозная терапия и психологическая коррекция к дополнению в блок стандартных лечебных и реабилитационных мероприятий с целью повышения качества жизни больных.

Список литературы

1. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Антиоксиданты в программе профилактики преждевременного старения // «Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни». Курск, 2016. –С. 165- 171.
2. Лукашов А.А. Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Анализ психологических особенностей личности при хронической соматической патологии // «Интегративные тенденции в медицине и

- образовании» сборник научных статей. – Том 3. –Курск: МКУ «ИЦ «ЮМЭКС», 2019.– С. 17 - 20.
3. Тертерян Л.И., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Психологические аспекты влияющие на успешность овладения русским языком у иностранцев // «Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации» сборник материалов II Международной научно-методической конференции-вебинара. – Курск, 2017. –С. 303-307.

К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА РЕШЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Евтушенко А.С., Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема оценки эффективности психотерапии, уделяется внимание особенностям ориентированной на решение краткосрочной психотерапии, которые позволяют ей быть одним из наиболее эффективных подходов в психотерапии.

Ключевые слова: ориентированная на решение краткосрочная психотерапия (ОРКТ), эффективность психотерапии.

EFFICIENCY FOR SOLUTION OF SHORT-TERM THERAPY

Evtushenko A.S., Selin A.V.,

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. This article discusses the problem of assessing the effectiveness of psychotherapy, focuses on the features of a solution-oriented short-term therapy, which allows it to be one of the most effective approaches in psychotherapy.

Key words: solution-oriented short-term therapy (SFBT), therapy effectiveness.

Насколько эффективна та или иная модель психотерапии? – вопрос, волнующий ученых уже не первый год. Как понять, что наиболее эффективно в оказании психотерапевтической помощи людям? Возможно, все дело в методах, упражнениях, техниках используемых психотерапевтом, его личности, месте, времени, а возможно и в самом клиенте. Как прийти к

общему выводу и прекратить распри между психологами и психотерапевтами различных подходов? Следует отметить, что существуют значительные трудности в оценке эффективности психотерапии. Сложность заключается в учете множества переменных, например, индивидуальные особенности, как самого клиента, так и психотерапевта, наличие альянса и его качество, а также вопрос измерения оценки результата. Ответом на последний может являться субъективная оценка успеха самим клиентом, изменения, заметные психотерапевту, а также третьими лицами (друзьями, родными и т.д.). Существует ли наиболее эффективный психотерапевтический подход и может ли им быть ОРКТ?

Основатель и директор Международного центра клинического мастерства Скотт Миллер в своей статье «Теряя веру» пытается ответить на данный вопрос. Он пишет об успешности краткосрочной терапии, описывая случай, когда буквально бездомный клиент, находившийся на сессии в алкогольном опьянении, спустя несколько сессий начинает менять свою жизнь до неузнаваемости и по прошествии двух лет из одинокого человека без определенного места жительства, становится успешным бизнесменом, планирующим свадьбу. Таких примеров было много в Центре краткосрочной психотерапии, где работал Скотт Миллер, однако, не смотря на ошеломительный успех, два независимых исследования позволили сделать вывод, что эффективность работы в данном подходе не более, чем в любом другом. То есть, тот способ работы, выбранный психотерапевтами данного центра, оказался мало связан с эффективностью. Наиболее важным и ценным для эффективности работы оказались само качество психотерапевтических отношений между клиентом и психотерапевтом, наличие ресурсов у клиента и личность психотерапевта. Последнее подтверждается различием результатов эффективности у разных психотерапевтов, работающих в едином подходе.

Однако, автор указывает на не новость этих выводов. Сол Розенцвейг в 1936 году говорит об «эффекте птицы Додо», ссылаясь на книгу Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес», где птица Додо – один из персонажей, который в конце гонки говорит такую фразу – «все выиграли и каждый должен иметь призы». Сравнение с данным произведением является метафорой, обозначающей то, что на эффективность влияет не различие подходов, а их сходство.

В итоге автор обращает внимание на то, что следует прекратить «гонку» за первое место по эффективности психотерапии, что, безусловно, может потешить самолюбие психотерапевта того или иного подхода, и следует сместить фокус внимания с себя (психотерапевта) на клиента и его переживания во время сеанса. Проще говоря, обратить внимание на обратную связь со стороны клиента. То есть, субъективная оценка клиента больше говорит об эффективности работы, чем оценка психотерапевта [4].

Стоит отметить особенности ориентированной на решение краткосрочной психотерапии. В данном подходе фокус внимания смещается с проблемы на решение. Большое внимание уделяется сильным сторонам клиента, тому, что человек уже сделал для того, чтобы решить свою проблему. Даже то, что он обратился к психологу или психотерапевту говорит о том, что клиент сделал шаг навстречу решению. То есть, у клиента есть все, для того, чтобы решить проблему, нужно лишь обратить его внимание на это. Также особенностью ОРКТ является идея сотрудничества и уход от идеи сопротивления, так как сопротивление предполагает нежелание клиента что-либо менять. Сотрудничество же предполагает передачу роли ведущего клиенту, а психотерапевт остается в роли ведомого, он подстраивается под клиента, позволяет управлять процессом. Психотерапевт может направить клиента, используя новый, ориентированный на решение язык. Это происходит с помощью комплиментов, особенно непрямы: «Как тебе удалось это? Как эта идея пришла тебе в голову?». Такие выражения помогают подкрепить те результаты, которые уже достигнуты, и обратить внимание на возможность повторения аналогичных действий в дальнейшем процессе поиска решения. Такую же роль играют вопросы об исключениях, что позволяет клиенту понять то, что он уже реально справляется со своей проблемой, пусть даже это происходит в некоторых случаях, однако все же происходит. Важной является и мысль о неизбежности изменений. Суть не в том, произойдет ли изменение вообще, а когда оно произойдет. Ведь жизнь не стоит на месте и абсолютной стабильности не существует. Любое качество этого изменения – в положительную сторону или отрицательную – может позволить сделать вывод, который поможет в любом случае: оставить то, что работает и модифицировать то, что не работает. Здесь не нужно углубляться в проблему, искать скрытые смыслы или причины ее возникновения. Суть в том, чтобы дать возможность подумать о решении здесь и сейчас. Важной задачей работы психотерапевта и клиента является образ будущего результата – цель, ради которой клиент пришел. Это поможет четко отслеживать те минимальные изменения, которые точно ведут к тому результату, который необходим [2; 3].

Образ будущего результата создается с помощью «чудесного вопроса», который выглядит таким образом: «Представьте, что когда вы отправитесь спать сегодня ночью (пауза), произойдет чудо и все проблемы, которые привели вас сюда, решатся (пауза). Но поскольку вы будете спать, вы не узнаете, что чудо произошло, пока не проснетесь следующим утром. Что будет по-другому утром, что подскажет вам, что чудо произошло, и проблема решилась?». Такая формулировка, связанная с чудом, позволяет клиенту вообразить себе тот результат, который он хочет, позволяет уже погрузиться в решение, представить себя без проблемы, поверить, что это реально. Благодаря этому, клиент восстанавливает утраченные ресурсы и обретает новые [1].

Все эти особенности, присущие ОРКТ дают возможность клиенту быстро, в течение в среднем шести сессий, решить его проблему, а также сместить фокус внимания на те вещи, которые ему помогают в жизни каждый день. Важность обратной связи, а также сотрудничества, в том числе и предоставление ведущей роли клиенту, позволяют ему быть уверенным в его заслуге над решением проблемы и знать, что все в его силах в любой жизненной ситуации.

Список литературы

1. Инсу Ким Берг, Норман Реусс Чудесный вопрос / Представь себе: сборник материалов по краткосрочной и системной терапии. –2019. –№2. – С. 8-12.
2. Лаврова Е.В., Куминская Е.А., Альмухаметова Т.Н. Обзор исследований эффективности разных психотерапевтических подходов//Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е. Василюка: сборник материалов [электронное издание] / под ред. В.В. Архангельской, А.А. Голзицкой, Н.В. Кисельниковой, Е.А. Семеновой. – М.: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2018. –С. 157-164.
3. Фредрик Баннинк Десять принципов ОРКТ/Представь себе: сборник материалов по краткосрочной и системной терапии. 2019. №3, С. 18-22.
4. Scott d. Miller Losing Faith: Arguing for a New Way to Think About Therapy// Psychotherapy in Australia. – 2004. – Vol 10, №2. – P. 44-51.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТНОКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ДИЗАЙНЕРОВ КОСТЮМА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ВУЗА

Ерохина Е.В.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Народное искусство выражает «дух» народа, его характер и психологию, эстетические и национальные ценности. Художественное своеобразие произведений народного творчества определяется их связью с исторически сложившимися традициями, которые и служат проектной основой для формирования этнокультурных компетенций будущих дизайнеров в образовательном процессе вуза.

Ключевые слова: психологические основы, этнокультурные компетенции, дизайнеры одежды, традиции.

PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS OF THE FORMATION OF ETHNOCULTURAL COMPETENCE OF FUTURE FASHION DESIGNERS IN THE EDUCATIONAL PROCESS OF THE UNIVERSITY

Erokhina E.V.

Kursk State University, Kursk, Russia

Abstract. Folk art expresses the "spirit" of the people, their character and psychology, aesthetic and national values. The artistic originality of works of folk art is determined by their connection with historically established traditions, which serve as a design basis for the formation of ethnocultural competencies of future designers in the educational process of the University.

Keywords: psychological foundations, ethno-cultural competences, fashion designers, traditions.

С давнего времени психологической основой воспитания посредством искусства считалось наиболее продуктивным. С детства в человеке закладывали потребность в эстетическом развитии, которое заключается в связи – красоты, гармонии и любви, поэтому на современном этапе главной целью в системе образования вуза, является принцип формирования духовных ценностей, нравственно-эстетических потребностей учащихся [5].

Фундаментальной задачей работы по этнокультурному компоненту является формирование духовно-нравственного отношения к своей семье, городу, стране, к природе родного края, к культурному наследию своего народа.

Актуальность формирования этнохудожественной культуры будущих дизайнеров обусловлена тем, что современный дизайнер призван являть собой истинного носителя национального самосознания, способствующего посредством своей художественно-творческой деятельностью духовному развитию подрастающих поколений, воспитанию у них эстетического вкуса, внимательного отношения к истории и культуре собственной страны.

В рамках современного образовательного процесса вуза следует не только развивать абстрактное мышление, воспитывать художественный вкус и запоминать основную профессиональную терминологию, но и ориентировать будущих дизайнеров к готовности получать более обширные знания, формируя навыки этнокультурных компетенций. Основные цели по формированию этнокультурных компетенций заключаются в систематическом расширении представления будущих дизайнеров о культуре и традициях своего и других народов, обогащении кругозора и развития воображения, постижения взаимовлияния культур и формирование на основе изученного новых открытий, необходимых для создания образов в проектной

деятельности. Часто используется инновация через традицию, которая даёт возможность возвращения, трансформации модных и культурных образов прошлого, их реабилитации в новом контексте. Таким образом, формируются компетентные специалисты – дизайнеры, способные обеспечить усовершенствование индустрии моды [6].

Существуют разные мнения о возможности сочетания произведений народного искусства, каким является традиционные национальные костюмы, с современными изделиями массового производства [4]. Одни считают такое сочетание вообще невозможным: оно представляется им эклектичным. Другие, наоборот, понимают, что произведения народного искусства вполне могут уживаться с современным моделированием, обогащая его. Знакомство с творчеством дизайнеров современной одежды вносит ясности в вопрос о том, что именно обуславливает особый интерес специалистов к освоению национальной одежды и позволяет успешно развивать одно из перспективных направлений современного моделирования.

Одно из актуальнейших направлений современной моды этностиль, который прочно закрепился в творческой практике модельеров-дизайнеров. Он подразумевает, как правило натуральные материалы, такие как шерсть, лён, хлопок, шёлк, украшения из дерева, кожи, ракушек, полудрагоценных камней. Такие вещи не только дарят телесный комфорт, но и позволяют человеку не терять связи со своими национальными истоками. Благодаря фантазийным идеям стиль живёт и развивается, выделяя отдельные течения. Главным в создании ансамбля считается базовый крой нарядов, качество материала, характерные орнаменты, типичные расцветки и разнообразные аксессуары. Для обозначения к модному течению дизайнеры иногда обогащают свои образы двумя-тремя элементами национального характера [1].

Эмоционально-образное начало народного прикладного искусства, народная фантазия особенно привлекательна для дизайнера. При разработке дизайна одежды с использованием этнических орнаментальных композиций, необходимо учитывать определенную зависимость между цветовым решением и естественным восприятием его человеком. Всё должно работать на цель, заинтересовать, вызвать нужные эмоции. Здесь срабатывает аффективный компонент, человек испытывает чувство восторга, эстетического наслаждения при напоминании о произведениях искусства разного народа. Важную роль здесь играет и этническая принадлежность и их тяготение к истокам именно своего народа. Наличие знаний об этнической культуре дают возможность добиться лучшего межэтнического понимания и взаимодействия [2; 3].

Таким образом, для формирования этнокультурных компетенций будущих дизайнеров костюма необходима организация исследовательской деятельности в образовательном процессе вуза, направленная на сбор,

изучение, анализ и использование материалов, раскрывающих особенности этнокультуры. Музейные практики и копирование элементов народного костюма позволяют наиболее подробно изучить культурное наследие. Знания и сложившиеся веками традиции являются обязательной основой для каждого художника - дизайнера, поскольку овладеть искусством нельзя, не освоив глубин накопленного народом творческого и технического опыта.

Список литературы

1. Воробьева Л. Интервью с модельером Жанной Паж. Этностиль как способ выделиться. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.mtermoda.ru/> (дата обращения 21.04.2018).
2. Денисова О.И. Основы теории и методологии дизайн-проектирования костюма: учебное пособие. – Кострома: КГТУ, 2009.
3. Медведев В. Ю. Роль дизайна в формировании культуры. Учеб. пособие. – 2-е изд. – СПб., СПГУТД, 2004.
4. Мерцалова М. Н. Поэзия народного костюма. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Молодая гвардия, 1998.
5. Никишина В.Б., Кузнецова А.А. Методика исследования редукции достижений в условиях педагогической деятельности (сорт): методология и технология стандартизации // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. № 26 (197). С. 154-161
6. Соловьева А.В. Условия формирования профессиональной компетентности студентов-дизайнеров в негосударственных ВУЗах // Теория и практика дополнительного образования. – М.: ИСМО РАО, 2010. – № 10. – С. 27-29.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАЕНИЯ

Зеленова И.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация: Медицина относится к одной из самых сложных областей человеческой деятельности, требующей большого напряжения душевных и физических сил, основательных знаний и практических навыков. Проблема ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения представляет собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом.

Ключевые слова: медицина, правонарушения, ответственность, здравоохранение, меры предупреждения, врачебные ошибки.

LEGAL RESPONSIBILITY FOR CARRYING OUT PROFESSIONAL ACTIVITIES IN THE HEALTH SYSTEM

Zelenova I.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract: Medicine belongs to one of the most complex areas of human activity, requiring a great strain of mental and physical strength, thorough knowledge and practical skills. The problem of liability of medical workers for professional offenses is one of the most difficult problems that medical practice has put before the law.

Keywords: medicine, offenses, responsibility, health care, preventive measures, medical errors.

Актуальность данной темы также обусловлена ростом претензий со стороны пациентов, недовольных качеством оказываемых медицинских услуг, а также увеличением уголовных дел по преступлениям, совершенным в системе здравоохранения.

Жизнь человека, его здоровье – высшие из наивысших ценностей. Именно они лежат в основе любого правового государства. На них базируются все остальные права и свободы [1].

Согласно статьи 2 Конституции РФ: «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства». Одними из таких прав являются: право на жизнь (ст. 20), право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41) [4].

Также в соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «**Здоровье** – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма»[9].

Но нередко, вред здоровью человека причиняется самими работниками системы здравоохранения.

Некоторые из этих случаев, становятся предметом рассмотрения в судах в порядке гражданского, административного или уголовного судопроизводства [5; 6].

Иными словами действия или бездействия работника здравоохранения могут быть признаны правонарушением, признаки которых совпадают с признаками конкретного состава правонарушения гражданского, административного или уголовного кодексов Российской Федерации [2; 3; 6; 7; 8].

Один из основных и наиболее известных постулатов юриспруденции гласит: «Незнание закона не освобождает от ответственности. А вот знание нередко освобождает». Но все ли делается сегодня для того, чтобы законы знали и должностные лица сферы здравоохранения, и их подчиненные - врачи, средний медицинский персонал, иные работники медицинской организации? Нет, далеко не все.

Рассмотри подробнее, что представляет собой правонарушение, виды правонарушений и правовые последствия их совершения.

Правонарушение – это виновное противоправное деяние дееспособного лица (лиц), которое наносит вред обществу.

Все правонарушения по степени общественной опасности делятся на проступки и преступления. Проступки могут быть дисциплинарными, гражданско-правовыми, административными. Преступления рассматриваются в рамках действующего уголовного законодательства.

Совершение правонарушения влечет за собой наступление юридической ответственности.

Юридическая ответственность – это правоотношение, каждая из сторон которого обязана отвечать за свои поступки перед другой стороной, государством и обществом.

Также под юридической ответственностью понимается обязанность лица претерпеть неблагоприятные последствия, предусмотренные нормами права, за совершенное правонарушение и выражается в наложении на него конкретной меры юридической ответственности.

Законодатель предусматривает несколько видов юридической ответственности за небрежное отношение работниками здравоохранения к своим обязанностям:

дисциплинарную (осуществляется администрацией поликлиник или больниц в соответствии с нормами трудового законодательства, например, в виде замечания, выговора или увольнения);

гражданско-правовую (осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства на основании поданного заинтересованным лицом искового заявления в суд, а санкция выражается в виде возмещения вреда морального или физического);

административную (осуществляется в соответствии с нормами кодекса об административных правонарушениях в отношении медицинских работников (организаций) и выражается в таких видах взысканий как: предупреждение и административный штраф);

уголовную (осуществляется в соответствии с нормами уголовного законодательства на основании возбужденного уголовного дела по факту совершенного преступления и выражается в таких видах наказаний как: лишение свободы, лишение права заниматься профессиональной деятельностью, исправительные работы и другие).

Остановимся более подробно на гражданско-правовой и уголовной ответственности.

Гражданско-правовая ответственность – представляет собой установленные нормами гражданского права юридические последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения лицом предусмотренных гражданским правом обязанностей, что связано с нарушением субъективных гражданских прав другого лица.

Гражданско–правовая ответственность заключается главным образом в наложении на правонарушителя имущественных санкций - возмещение убытков, возмещение вреда, в том числе морального вреда. Основаниями ее наступления могут быть случаи неэтичного отношения со стороны медицинского работника, несоблюдение врачебной тайны, причинение вреда здоровью некачественным оказанием медицинской помощи.

Согласно законодательству, под моральным вредом принято понимать физические и/или нравственные страдания, что были причинены лицу путем определенных направленных действий какой-либо стороны с нарушением неимущественных прав данного лица, либо же путем действий, под которыми подразумевается посягательство на иные нематериальные блага, принадлежащие ему же.

Под нравственными страданиями гражданина подразумевают испытываемые негативные чувства (стыд, унижение, гнев, отчаяние и пр.).

Условиями наступления гражданско-правовой ответственности являются:

1. Наличие вреда, причиненного пациенту (в материальной и (или) моральной форме).
2. Противоправный характер поведения медицинского персонала медицинской организации (действие или бездействие).
3. Причинно-следственная связь между совершенным противоправным деянием (бездействием) и наступившим вредом для пациента.
4. Вина причинителя вреда.

Практически во всех гражданских делах ответчиком выступает не врач, а непосредственно медицинская организация, в которой он работает. В случае удовлетворения исковых требований пациента или его родственников (в случае смерти пациента) вред возмещает медицинская организация, которая вправе потребовать от виновного врача в порядке регресса (т. е. обратного требования) всю уплаченную сумму в пользу истца, а именно расходы на

лечение, включая санаторно-курортное, приобретение лекарственных средств, уход специально нанятых людей, приобретение специальных транспортных средств и приспособлений для передвижения, в случае лишения трудоспособности и/или получения инвалидности, протезирование, переобучение для подготовки другой профессии.

Дополнительно может быть назначена сумма иска за причиненный моральный вред (например, вследствие причинения вреда здоровью, пациент стал инвалидом, потерял работу, так как на прежних условиях не может ее выполнять. Эта причина может стать поводом для возмещения морального вреда, так как пациент испытывал нравственные страдания. Сумма определяется судом исходя из принципов разумности и справедливости.

Уголовная ответственность - это вид юридической ответственности, которая предусмотрена законом за совершение преступления, наступающая для лица, его совершившего, после приговора суда и реализуемая в том или ином виде наказания.

К уголовной ответственности привлекается непосредственно медицинский работник. Однако, Уголовный кодекс Российской Федерации не содержит в себе отдельного перечня статей, которые предусматривают конкретную норму ответственности за совершение преступлений медицинскими работниками.

Поэтому юристы руководствуются составами статей, содержащихся в разных главах УК РФ и связанных с причинением человеку вреда здоровью и смерти [8]:

- Часть 2 статьи 109 УК РФ - предусматривает уголовную ответственность за причинение смерти человеку по неосторожности, инкриминируется в случае ненадлежащего исполнения медицинским работником своих обязанностей.
- Часть 2 статьи 118 УК РФ – предусматривает уголовную ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью человека.
- Часть 2 статьи 124 УК РФ – устанавливает ответственность за бездействие в виде неоказания больному соответствующей помощи.
- Часть 4 статьи 122 УК РФ – предусматривает наказание за заражение пациента ВИЧ инфекцией в результате ненадлежащего исполнения врачом своих обязанностей.
- Часть 1 статьи 235 УК РФ – устанавливает ответственность за занятие медицинской практикой без лицензии.
- Часть 3 статьи 123 УК РФ – предусматривает ответственность за незаконное осуществление аборта.
- Часть 2 статьи 293 УК РФ – предусматривает возможность привлечь врача за халатность действий в результате выполнения возложенных на него трудовых функций.
- и другие.

Количество поступающих в Следственный комитет Российской Федерации обращений пациентов и их родственников, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинских услуг, не снижается.

Об этом сказал председатель комитета Александр Бастрыкин на открывшемся 7 октября 2019 г. в Москве VII съезде Национальной медицинской палаты.

По его словам, число сообщений о таких преступлениях, поступивших непосредственно от контролирующих органов здравоохранения, выросло по итогам 2018 года на треть – с 315 в 2017 году до 426. В первом полугодии 2019 года поступило уже 187 таких сообщений.

По словам Александра Бастрыкина, следователи взвешенно подходят к оценке достаточности оснований для возбуждения уголовных дел – они возбуждаются по каждому третьему сообщению о преступлении.

В целом врачебное сообщество настороженно относится к практике возбуждения уголовных дел в отношении медиков, однако специалисты готовы признать, что ошибки случаются.

В чем же заключаются причины роста профессиональных преступлений среди медицинских работников?

«Системные сбои приносят свои плоды. Сокращения, дефицит кадров, увеличение нагрузки на врачей. Практически уничтожен младший медицинский персонал. Это не может не сказаться на объективном росте того, что называют врачебными ошибками. Уставший, невыспавшийся врач или медсестра, которые работают на нескольких ставках, естественно, более подвержены подобным вещам», - считает сопредседатель профсоюза медработников «Действие» Андрей Коновал.

Отдельно эксперт отмечает, что исключение составляют те случаи, когда врач ошибается из-за откровенной халатности. Такие преступления должны быть расследованы, а виновных необходимо наказывать.

В 2018 году большой общественный резонанс получило дело врача-гематолога Елены Мисюриной. Специалиста с многолетним стажем обвинили в причинении пациенту смерти по неосторожности из-за неправильно проведенной медицинской манипуляции. Женщину приговорили к двум годам лишения свободы.

На сторону врача встали ее коллеги, пациенты, представители Департамента здравоохранения Москвы. Под влиянием общественности дело отправили на доследование, а приговор в отношении Мисюриной был отменен.

Сама Елена Мисюрина сейчас продолжает работать, хотя фактически все еще находится под следствием.

Пока следственные органы и врачебное сообщество спорят о правовых, моральных и профессиональных ошибках, со страшными и порой непоправимыми последствиями сталкиваются пациенты.

Необходимо отметить, что предупреждение преступлений в сфере здравоохранения обладает определенными особенностями, поскольку специфичны и личность, и механизм преступного поведения медицинского работника в связи с его особыми функциональными задачами.

С правовой точки зрения для предупреждения преступлений, совершаемых медицинскими работниками, первостепенное значение имеют масштабные общегосударственные меры, которые сочетают в себе меры общего и специального предупреждения.

Меры общего предупреждения находятся во взаимосвязи с социально-экономическими причинами совершения преступлений и требуют:

- увеличения финансирования медицинских организаций;
- повышения заработной платы медицинским работникам с учетом квалификации, профессиональных качеств, личного вклада каждого медицинского работника;
 - существенного улучшения социально-бытовых условий медработников и предоставления им возможности удовлетворения своих материальных потребностей законным путем;
 - совершенствование правовой базы в сфере здравоохранения;
 - проведения общегосударственных мер по оздоровлению духовно-нравственной сферы работников здравоохранения;
 - повышения эффективности работы правоохранительных органов в осуществлении противодействия преступлениям в сфере здравоохранения;
 - создание региональной и государственной системы непрерывного мониторинга неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи.

Меры специального предупреждения преступлений в сфере здравоохранения включают:

- проведение регулярного анализа судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам;
- разработку учета и регистрации преступлений, совершаемых медицинскими работниками;
- проведение комплексной оценки нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, выявление противоречий и несоответствий их друг другу;
- совершенствование норм уголовного законодательства, предусматривающего ответственность медицинских работников;
- улучшение ведения медицинской документации с учетом ее юридического, медицинского и научно-педагогического значения (в т.ч. введение электронных историй болезни);
- введение в медицинских и юридических образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования Российской Федерации дисциплины «Медицинское право», включающей помимо изучения законодательства РФ о здравоохранении, детальный разбор

ситуаций и клинических случаев, встречающихся в практике медицинского работниками с точки зрения российского законодательства.

Укрепление здравоохранения Российской Федерации имеет статус важных задач в развитии национальной безопасности России.

Очевидно несовершенство законодательной базы в этой сложной сфере общественных отношений, почти полное отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья. Без формирования стройного и внутренне согласованного законодательства, которое позволит с максимальной отдачей регулировать отношения – граждан, юридических лиц и государства в этой сфере, решение данной проблемы фактически обречено на провал.

Необходимо, чтобы система законодательства в сфере охраны здоровья населения максимально соответствовала развивающимся общественным отношениям, чтобы здравоохранение было эффективным, надежно управляемым и контролируемым государством, безопасным и широко доступным всему населению страны, а реализация предложенных мер выражалась в конкретных законодательных актах.

Список литературы

1. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948). [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/ <https://www.psychologos.ru> (дата обращения 21.10.2019).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 21.10.2019).
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения 21.10.2019).
4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993). [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 21.10.2019).
5. Криминологическая ситуация и реагирование на нее. Под редакцией профессора А.И. Долговой. М., Российская криминологическая ассоциация, 2014. – 298 С.
6. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс для вузов. – М.: ИГ «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – С. 404.
7. Меры предупреждения правонарушений в сфере здравоохранения. Генералов Н.В. Актуальные вопросы судебной медицины и права. Сборник научно-практических работ. Казань 2011. Выпуск 2. [Электронный ресурс].

- Режим доступа: URL: <http://journal.forens-lit.ru/node/343>. (дата обращения 21.10.2019).
8. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения 21.10.2019).
 9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения 21.10.2019).
 10. Федеральный закон от 21.11.2011 « 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 21.10.2019).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЮДЕЙ С ПОЗИЦИЕЙ «CHILDFREE» В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Земзюлина И.Н., Северинова А.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей психологической безопасности людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте. Суть «childfree» заключается в добровольном отказе от деторождения людьми, находящимися в репродуктивном возрасте. Нами были использованы методы, направленные на изучение ценностей, индивидуальных приоритетов (опросник ценностей по методике Шварца) приверженцев этой позиции. Для статистической обработки данных использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Согласно полученным результатам исследования были установлены следующие особенности психологической безопасности: безопасность для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений являются первостепенной мотивационной целью. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей.

Ключевые слова: чайлдфри, репродуктивное поведение, психологическая безопасность, дети, юношеский возраст.

PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL SAFETY OF PEOPLE WITH THE POSITION OF "CHILDFREE" AT YOUTH

Zemzyulina I.N., Severinova A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of the psychological safety features of people with the “childfree” position in their youth. The essence of "childfree" is the voluntary rejection of childbearing by people of reproductive age. We used methods aimed at studying values, individual priorities (a questionnaire of values according to the Schwartz methodology), adherents of this position. For statistical data processing, the nonparametric Mann-Whitney test (U) was used. According to the results of the study, the following features of psychological safety were established: safety for other people and themselves, harmony, stability of society and relationships are the primary motivational goal. It is derived from basic individual and group needs.

Keywords: childfree, reproductive behavior, psychological safety, children, adolescence.

Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время такой образ жизни, как «childfree», среди молодых людей, к сожалению, становится с каждым годом более популярным. Childfree (англ. «child-» – ребёнок, «-free» – свобода, т.е. свободный от детей) – это осознанный отказ людей заводить детей и продолжать свой род [2]. К «childfree» относят людей, которые живут активной социальной жизнью и целенаправленно принимают меры для того, чтобы избежать зачатия и рождения детей. Интерес к данному феномену носит междисциплинарный характер [4]. По мнению некоторых авторов, одной из причин того, что молодые люди не хотят иметь детей, является стремление к психологической безопасности [1]. Проблема увеличения числа приверженцев позиции «childfree» затрагивает многие страны и в значительной мере негативно влияет на их демографические показатели [3]. Открытые источники литературы не дают исчерпывающей информации по поводу причин и роста числа молодых людей с данной позицией, а также скудно освещают способы борьбы и профилактики возникновения и формирования такого мировоззрения [5].

Исходя из вышесказанного **проблемой** нашего исследования является вопрос: каковы особенности психологической безопасности людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте? В связи с чем **объектом исследования** являлось отношение к родительству в юношеском возрасте, а **предметом исследования** – особенности психологической безопасности у людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте.

Целью исследования является изучение особенностей психологической безопасности людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте.

Задачи, которые мы поставили, чтобы ответить на указанный выше вопрос:

1. Провести теоретико-методологический анализ проблемы психологической безопасности у людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте;

2. Изучить особенности психологической безопасности людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте;

3. Изучить особенности психологической безопасности людей, желающих иметь детей;

4. Сравнить полученные результаты измерения особенностей психологической безопасности у людей с позицией «childfree» и людей, желающих иметь детей.

Центральной гипотезой нашего исследования выступает предположение о том, что особенности психологической безопасности людей юношеского возраста, имеющих позицию «childfree», отличаются от таковых у людей, желающих иметь детей.

Зависимые переменные исследования:

1) ситуация нарушенного репродуктивного поведения;

2) особенности психологической безопасности.

Методы исследования: беседа, опросник ценностей по методике Шварца. Исследование проводилось на базе федерального государственного бюджетного общеобразовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России) на факультетах клинической психологии и лечебного дела среди обучающихся 3-5 курсов. Текст опросников распространялся посредством социальной сети «ВКонтакте» (URL: <https://vk.com>), а также при личном общении с каждым испытуемым. Выборку составили 32 юношей и девушек, в возрасте от 19 до 23 лет, которые были разделены на две равные по количеству испытуемых группы (молодые люди с позицией childfree – группа № 1, молодые люди, желающие иметь ребёнка – группа № 2), по 16 человек соответственно. Для статистической обработки данных использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U). Все расчеты проводились в программе STATISTICA (версия 8.0). Статистически значимыми считали результаты $p \leq 0,05$.

Результаты исследований. Для проверки гипотезы был проведён статистический анализ с помощью критерия U Манна-Уитни результатов опросника ценностей по методике Шварца по показателю «Безопасность». При обработке результатов, обнаружены различия на достоверном уровне статистической значимости по показателям «Безопасность» (раздел опросника «Обзор ценностей», уровень нормативных идеалов) и «Безопасность» (раздел опросника «Профиль личности», уровень индивидуальных приоритетов), так как $p\text{-level} = 0,03$, $p\text{-level} = 0,05$ соответственно.

У людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте ценностная ориентация по показателю «Безопасность» выше на 1,1 по направлению

«Обзор ценностей и на 0,7 выше по направлению «Профиль личности», чем у людей, желающих иметь детей. Иными словами, у людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте безопасность для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений являются первостепенной мотивационной целью. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей.

По мнению Ш. Шварца, существует один обобщенный тип ценности «безопасность», а не два отдельных – для группового и индивидуального уровня. Связано это с тем, что ценности, относящиеся к коллективной безопасности, в значительной степени выражают цель безопасности и для личности (социальный порядок, безопасность семьи, национальная безопасность, взаимное расположение, взаимопомощь, чистота, чувство принадлежности, здоровье).

В результате проведенного исследования особенностей психологической безопасности у людей с позицией childfree и людей, желающих иметь детей нами были сформулированы следующие **выводы**:

1. В результате проведенного теоретико-методологического анализа проблема психологической безопасности у людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте актуальна.

2. У людей с позицией «childfree» в юношеском возрасте безопасность для других людей и себя, гармония, стабильность общества и взаимоотношений являются мотивационной целью. Она производна от базовых индивидуальных и групповых потребностей.

3. У людей, желающих иметь детей тенденции к психологической безопасности.

Список литературы

1. Бичарова М. М. «Чайлдфри» и «чайлдхейт» среди российской молодежи: к вопросу о причинах //Иновации в науке. – 2016. – № 12-2. – С. 37-41.
2. Грибенщиков К. В. Причины появления феномена сознательного отказа от деторождения в молодёжной //Аллея науки. – 2017. – Т. 3. – №. 9. – С. 299-302.
3. Грицай Л.А. Некоторые аспекты научного изучения феномена «чайлдфри» //Электронный научно-практический журнал Культура и образование. – 2013. – №. 2. – С. 12.
4. Исупова О. Г. Чайлдфри или добровольная бездетность//Демоскоп Weekly. – 2010. – С. 427-428.
5. Колодин Д. М., Качалова А. В. Явление чайлдфри в современном обществе // Научные исследования: от теории к практике. – 2015. – №. 3. – С. 145-146.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО - ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ

Калужских Т. Е.

Курский государственный политехнический колледж, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен теоретический обзор использования фототерапии и обоснование применения фототерапии для развития эмоционально – личностной сферы у студентов.

Ключевые слова: фототерапия, эмоции, эмоциональная сфера, фотография, развитие.

FEATURES OF PHOTOTHERAPY APPLICATION IN THE DEVELOPMENT OF EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE

Kaluzhskikh T.

Kursk State Polytechnic College, Kursk, Russia

Abstract. The article presents a theoretical review of the use of phototherapy and the rationale for the use of phototherapy for the development of emotional and personal sphere in students.

Keywords: phototherapy, emotions, emotional sphere, photography, development.

В настоящее время фототерапия не слишком широко распространена в России и возможности ее использования и применения освещены мало, недостаточно научных исследований в области фототерапии, в том числе практических.

О фотографии как самостоятельном инструменте терапии в психологии впервые заговорила канадский психолог, арт-терапевт и фотограф Джуди Вайзер в 1975 году. Джуди Вайзер выявила такие свойства фотографии, которые смогли сделать фототерапию отдельной, а не составной частью арт-терапии и открыть новые возможности ее применения для лечебно-коррекционной деятельности [3].

После того, как в 1990 году Джуди Вайзер провела свой первый мастер-класс по фототерапии не в Канаде, а за ее пределами, различные формы фототерапевтического подхода стали известнее и приобрели более широкое использование и изучение специалистами во всем мире.

Зарубежные формы подхода в нашей стране практикуют и распространяют А.И. Копытин (Санкт-Петербург) и О.И. Перевезенцева (Москва) [7].

Фототерапия определяется как набор связанных друг с другом психотерапевтических техник, использующих во время терапевтической сессии фотографии. Фотографии вызывают у клиента эмоциональный отклик. Фототерапия способна решать самые разные задачи: раскрытие потенциала личности, работа с детскими воспоминаниями, работа с семейными проблемами, борьба с дисморфофобическими расстройствами и проблемами половой идентификации, работа с самопринятием и самооценкой, работа с межличностными отношениями [7].

Фототерапия как психотерапевтическая методика связана с одной из форм визуального искусства – фотографией. Фотография применяется психологом в процессе работы с целью решения разнообразных психологических проблем, а также для гармонизации и развития личности, раскрытия личностного потенциала и выявления личностных особенностей.

Фототерапия основывается как на работе с готовыми фотоматериалами (например, фотоальбомами), так и на создании оригинальных авторских снимков. Снимки могут быть созданы совместно с психологом или психотерапевтом на занятии или самим клиентом за пределами фототерапевтического процесса (в том числе по заданию психолога или психотерапевта), также могут быть использованы снимки из семейных и личных альбомов клиента, снимки из социальных сетей клиента.

Таким образом, основное содержание фототерапии - это создание, а также восприятие фотографических образов, которое обязательно дополняется их обсуждением и разными видами творческой деятельности, включая изобразительное искусство, движение и танец, драматическое исполнение, художественные описания [4].

У фототерапии есть свои функции и методы, выделяемые главным представителем российской фототерапии А. И. Копытиным [8].

Фотография обязательно вызывает какую - либо эмоциональную реакцию, именно поэтому мы предполагаем, что фототерапия может быть применена для развития и коррекции эмоционально – личностных особенностей, а также для работы с различными эмоциональными состояниями: настроением, аффектом, стрессом, фрустрацией, тревожностью.

Эмоции представляют собой психическое явление отражения действительности в виде переживания значимости воздействия внешних и внутренних стимулов. Они призваны сохранять целостность личности и организма как единой системы. Эмоциональные состояния – это более сложное психическое явление, состоящее из одной или нескольких эмоций. Эмоциональная сфера человека включает широкий спектр его переживаний и чувств. Она выполняет ряд функций, таких как стимулирующая, регуляторная, оценочная, коммуникативная [2].

Эмоции тесно связаны с потребностями человека. Например, жизненные обстоятельства, ситуации или люди, способствующие удовлетворению

потребностей, вызывают у нас положительные эмоции, а те, что мешают, препятствуют – отрицательные [10].

Одним из факторов возникновения психологических проблем и дезадаптивного поведения является накопление невыраженных эмоций. Для обеспечения психологического благополучия личности важное значение имеет понимание и отслеживание своих эмоций, умение их адекватно проявлять и правильно интерпретировать. Особую важность в продуктивном взаимодействии с социумом представляет понимание эмоций другого человека.

Перспективной задачей нашей дальнейшей работы мы ставим исследование возможности применения фототерапии у студентов для развития эмоционально-личностной сферы, потому как переживание тех или иных эмоций, влияет на формирование личности студента, на перестройку его взглядов, отношение к действительности.

Возраст студенчества (16 – 20 лет для колледжа) - период адаптации к новым условиям обучения, связанный с изменением прежних стереотипов, который может обусловить и сравнительно низкую успеваемость, и трудности в общении [9].

Ведущий тип деятельности меняется с интимно-личностного общения со сверстниками на учебно – профессиональное, и этот переход требует адаптации, так как способен вызывать новые эмоциональные состояния, с которыми студент может не сразу совладать.

По мнению Обуховой, студент, стремясь к самоидентификации, продолжает открывать через постоянные внутренние рефлексии свое Я, свои особенности личности. Его легко ранить – ироничный взгляд, меткое саркастическое слово другого, особенно, более старшего по возрасту и авторитетного человека, – могут разом «обезоружить» молодого человека и «сбить» с него так часто демонстрируемый им апломб [9].

Эмоциональные состояния вызываются значимыми для личности студента воздействиями или же слабыми, но длительно действующими. Особенности этих состояний зависят прежде всего от психических свойств личности, ее мотивации и типа нервной системы. Эмоциональные состояния связаны с познавательными процессами, такими как восприятие, память, внимание и др. Они способны выполнять мотивирующую функцию в познавательной деятельности, так как они сопровождают и придают «окраску» познавательному отражаемому содержанию, оценивают и выражают субъективное его значение [5].

В эмоциональных процессах можно увидеть и раскрыть условия и задачи деятельности студента, именно в них студент способен проявить свое отношение к ним и вообще ко всему тому, что он познает и делает, что происходит вокруг [11].

Через познание и раскрытие эмоций у студентов происходит познание себя, формируются адаптивные механизмы деятельности, помогающие в обучении и межличностном взаимодействии.

Таким образом, мы приходим к выводу, что существует, с одной стороны потребность развития эмоционально – личностной сферы студентов, с другой стороны, есть новое направление – фототерапия с использованием и применением фотографий, которое может быть эффективно в удовлетворении возникшей потребности.

Проблема развития эмоционально-личностной сферы посредством фототерапии требует дальнейшего изучения и практического подтверждения. Для решения данной проблемы мы планируем разработать и провести комплекс тренинговых занятий со студентами колледжа [1; 6; 12].

Список литературы

1. Бурно, М.Е. Терапия творческим фотографированием // Практическое руководство по терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно. – М.: Академический проект, 2002.
2. Бутузова, Ю. А. Психологическая сущность эмоционального состояния личности / Ю. А. Бутузова // Омский научный вестник. – Серия 3. – 2011. – N 5 (101). – С.173-175.
3. Вайзер, Дж. Техники ФотоТерапии. Исследование секретов личных фотографий и семейных фотоальбомов / Вайзер Джуди. – М.: Генезис, 2017. – 282 с.
4. Гоголевич Т.Е. Некоторые возможности использования фотографии на основе терапии творческим самовыражением // Фототерапия: использование фотографии в психологической практике / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-центр, 2006.
5. Захарова, Л.Н. Личностные особенности, стили поведения и типы, профессионально самоидентификации студентов педагогического вуза // Вопросы психологии, 1998. – № 2.
6. Кевац, М.А. Фототерапия как инструментарий психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Том 23. – № 3. –С. 117–126.
7. Копытин, А.И. Руководство по фототерапии / А. И.Копытин. – М.: Когито-Центр, 2009. – 610 с.
8. Копытин, А.И. Тренинг по фототерапии [Текст] / А.И. Копытин. - СПб.: Издательство "Речь", 2003. – 96 с.
9. Обухова, Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М., Российское педагогическое агентство. –1996.
10. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. М., 1946. – С. 458-461.
11. Учебное пособие: Особенности развития личности студента, 2012. – 10,05 Мб., – 49с. Режим доступа: URL: <http://rudocs.exdat.com/docs/index-410760.html?page=49> дата обращения 21.04.2018).

12. Фототерапия, Использование фотографии в психологической практике: монография / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2006. – 192 с.

ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОЛОГИИ

Карнаухов В. А., Карнаухова В. В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. Обосновываются проблема и ключевое понятие здоровья человека. Даются онтологические аспекты феномена здоровья человека в психологии. Представлено содержание подходов к здоровью в современной психологии.

Ключевые слова: психология здоровья, онтологические аспекты феномена здоровья человека в психологии.

ONTOLOGICAL ASPECTS OF HUMAN HEALTH IN PSYCHOLOGY

Karnaukhov V.A., Karnaukhova V.V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The problem and the key concept of human health are substantiated. The ontological aspects of the phenomenon of human health in psychology are given. The content of approaches to health in modern psychology is presented.

Keywords: psychology of health, ontological aspects of the phenomenon of human health in psychology.

Обращение знания и практики к психологическим проблемам здоровья человека – одна из отличительных черт современной отечественной психологии [1].

На всех уровнях – методологическом, теоретическом и практическом – идет интенсивный поиск онтологических и феноменологических оснований, которые наиболее соответствуют исследуемому явлению.

В настоящее время наиболее разработанным является представление о здоровье, содержательные аспекты которого раскрываются в «пространстве» *медицинского дискурса*. Это обусловлено самим ходом исторических процессов, спецификой отечественной ментальности, объективными

процессами развития гуманитарных и естественных наук в нашей стране. Понятие здоровья человека определяется как естественное состояние организма, которое характеризуется уравновешенностью со средой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений. Под болезнью понимается отклонение от соматической (или психической) нормы. Поэтому стратегической целью в профессиональной деятельности врача становится решение задачи адаптации существования обратившегося за помощью человека к изменившимся условиям бытия.

Возможность рационального объяснения заболеваний, что влечет за собой разработки стратегий лечения, организации медицинских практик, признается достоинством медицинского дискурса.

Однако наряду с этим главный недостаток данного подхода – его избыточная рациональность и сопутствующая ей механистичность.

Духовно-экологический дискурс устраняет эти недостатки медицинского дискурса. При таком подходе начинает складываться «немедицинское» понимание болезни. Оно включает не только патологический характер нарушений, но также и «преимущества», некие ресурсы, которые открывают болезнь человеку. Стремление человека к выздоровлению угасает при таком его новом ощущении жизни. Человеку трудно лишаться тех преимуществ, которые возникли у него вместе с болезнью. Здоровье – это состояние, к переживанию которого человек стремится и которое, в чем он уверен, позволяет чувствовать себя «более человеком».

Такие понятия, как «болезнь-к-смерти» и «болезнь-к-жизни», «здоровье-к-жизни» и «здоровье-к-смерти», введенные А.А. Пузыреем, позволяют использовать соответствующие критерии оценки благополучия душевной жизни человека. «Здоровье», которое избавляет от болезни в критической ситуации, может оказаться чем-то нездоровым. ... «Болезнь» ведет к положительной личностной динамике, к организации качественно новой жизни [2]. Сама болезнь уже не может восприниматься критерием неблагополучия. Болезнь приобретает способность менять свой смысл в зависимости от того, будет ли означать переживаемое человеком состояние шаг в становлении его личности или, наоборот, ведет к дезинтеграции внутреннего мира, к разрушению личности.

Суть духовно-экологического дискурса здоровья можно сформулировать в причинно-следственном императиве: если человек становится на путь духовного развития, в этом случае здоровье и исцеление станут возможными; если же человек живет бездуховно, он заболевает и может умереть.

В духовно-экологическом дискурсе понятие здоровья становится соотносительным понятию личностной зрелости и перерастает в представление о здоровой личности. Психическое здоровье определяется как зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции. «Здоровье–болезнь» – дихотомия медицинского дискурса, при таком подходе

заменяется пространством, где выбираются уже другие критерии и точки отсчета. В центре такого подхода стоит анализ здорового функционирования личности как позитивного процесса, который обладает самостоятельной ценностью и который описывается через понятия "самореализации", "самоактуализации" (К. Гольдштейн, А. Маслоу, Ш. Бюлер), "полноценного человеческого функционирования" (К. Роджерс), "аутентичности" (Дж. Бьюдженталь), "стремления к смыслу" (В. Франкл), "саногенного мышления" (Ю.М. Орлов) и др. Само здоровье индивида – это производная характеристика самоактуализирующейся, самореализующейся личности, результатом самоосуществления саногенно мыслящего человека и т.п.

Такое понимание открывает возможности для обоснования методологически важного положения, согласно которому здоровье, как и болезнь, являются не натуральными, естественными феноменами (состояния тела и психики), а сложными артефактами, превращенными культурными формами, которые обусловлены как дискурсами массового сознания, так и социальными институтами, и технологиями, особенностями культурно-исторического развития человека.

Если в рамках медицинского дискурса человек объясняет достижение этого состояния медицинскими услугами, то в рамках духовно-экологического – услугами практического психолога или духовного лица.

Духовно-экологический дискурс, рожденный и осмысленный в пространстве традиций гуманистической психологии – продуктивная база для разработки методологических основ исследования психологического здоровья человека. В то же время он не открывает достаточных возможностей для дальнейшей операционализации базовых понятий с целью построения конкретных здоровьесберегающих технологий и их применения в практической сфере, так как не лишен концептуальных противоречий.

Концепция психологической культуры личности открывает необходимые предпосылки для создания нового, можно сказать, *культурно-психологического дискурса* здоровья [3].

Психологическая культура представляет собой совокупность специфических искусственных «психологических средств» – психотехнических «инструментов», которые позволяют актуализировать действие идеальных форм, несущих в себе всеобщее (родовое) человеческого общества. Овладевая такими «средствами», человек открывает в себе возможности проектировать, направлять и пластично координировать процесс самостроительства и самоосуществления в себе человека, предотвращать возникновение психологических трудностей и реализовывать справляющееся поведение. Психологическая культура является одновременно критерием и условием психологического здоровья личности.

Таким образом, задача совместного творчества человека, который переживает трудные события своей жизни, и психолога, который создает необходимые условия для актуализации нового смысла, состоит в том, чтобы

понять, как осуществляется связь между различными смысложизненными, мировоззренческими идеями, с одной стороны, и конкретными интересами, мотивационно-смысловыми отношениями личности, с другой. Смысловая организованность мира проистекает из того, что люди, которые его создают, живут и действуют «со смыслом», другими словами, ставят перед собой определенные цели, добиваются осуществления этих целей и воплощают их в действительность.

Список литературы

1. Карнаухова В. А. Личностные предикторы психологического здоровья / В. А. Карнаухова, Е. А. Евтушенко // Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the II international scientific conference on April 20–21, 2016. – Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2016. – P. 91-96.
2. Пузырей А. А. Психология. Психотехника. Психагогика. /А. А. Пузырей// – М.: Смысл, 2005. – 488 с.
3. Розин М.В. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / М. В. Розин // Мир психологии. –2000. –№ 1 (21). –С. 12-31.

ПЕРЕВЕРНУТЫЕ РОЛИ В СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Кетова Н.А., Иванникова Е.Ф.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В данной статье предпринята попытка описать взаимосвязь влияния перевернутых ролей в семейной системе на психосоматическое здоровье детей. Авторы считают, что формирование надежной привязанности между ребенком и матерью оказывает влияние на формирование адаптивных ролей в семейной системе. Авторы предполагают, что в процессе воспитания ребенка родители используют конструктивные и деструктивные позиции, которые оказывают воздействие на развитие и поведение ребенка. Конструктивные родительские позиции способствуют формированию надежной привязанности и в целом нормальному психическому развитию, которое соответствует возрастной норме ребенка, что в свою очередь обеспечивает отыгрывание своей детской роли и отсутствие необходимости в проигрывании взрослой роли. Деструктивные позиции родителей закладывают почву для развития у ребенка какого – либо симптома и развитие личности со слабой дифференциацией «я». Теоретический анализ литературы

показал, что перевернутые роли в семейной системе, могут оказывать деструктивное влияние на идентичность ребенка и его целостность.

Ключевые слова: привязанность, эмоциональные отношения, перевернутые роли, права ребенка.

INVERTED ROLE IN THE FAMILY SYSTEM AS A FACTOR OF THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOMATIC DISEASES IN CHILDREN

Ketova N.A., Ivannikova E.F.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. This article attempts to describe the relationship of the influence of inverted roles in the family system on the psychosomatic health of children. The authors believe that the formation of a reliable attachment between the child and the mother affects the formation of adaptive roles in the family system. The authors suggest that in the process of raising a child, parents use constructive and destructive positions that affect the development and behavior of the child. Constructive parental positions contribute to the formation of reliable attachment and, on the whole, to normal mental development, which corresponds to the age norm of the child, which in turn ensures acting out of its childish role and the absence of the need to play an adult role. The destructive positions of parents lay the ground for the development of a child's symptom and the development of personality with a weak differentiation of "I". A theoretical analysis of the literature showed that inverted roles in the family system can have a destructive effect on a child's identity and integrity.

Keywords: attachment, emotional relationships, inverted roles, rights of the child.

В декларации о правах ребенка одним из основных постулатов, является право ребенка на любовь, заботу и понимание родителей и других членов семьи, другими словами, ребенок нуждается в эмоциональном общении с близкими людьми. В дисфункциональных семьях там, где есть перевернутые роли, мы можем наблюдать, нарушение вышеперечисленного права ребенка в связи с большой неосознаваемой ответственностью по отыгрыванию роли, приписанной родителями ребенку, в свою очередь это может приводить к развитию психосоматических реакций, а затем и заболеваний у детей.

В научных исследованиях авторы по-разному рассматривают тему перевернутых ролей. Так, некоторые авторы, изучая социальные аспекты дисфункциональных семей с перевернутыми ролями рассматривают проблемы подготовки молодых пар к ответственному родительству [7], в том числе как фактор благополучия семьи [2], социокультурные условия в которых формируются функциональные и дисфункциональные семьи, а так же

перевернутые роли в семье [3]. Наиболее разработана проблематика дисфункциональной семьи в психологической науке. Так, Джон Боулби в своей работе, посвященной изучению привязанности младенцев, говорит о том, что для новорожденного привязанность к матери формируется и устанавливается тем быстрее, чем больше социального взаимодействия мамы и ребенка. По мнению автора, их отношения должны быть достаточно эмоциональными и мама всегда должна быть в первый год жизни ребенка в режиме доступа. Если мамы нет рядом с ребенком, то у ребенка начинается плач и различные психосоматические реакции. Автор предполагает, что чем большее количество времени мама отсутствует, тем сильнее развиваются психосоматические реакции.[1] Если мама в первый год жизни ребенка часто отлучается и ребенком занимается кто – то другой, к примеру, декретный отпуск берет муж, а жена продолжает работать, это и есть одна из разновидностей перевернутых ролей. Когда папа выполняет роль мамы ухаживает за младенцем, а мама выполняет роль папы и обеспечивает семью материально, родителей может устраивать такой уклад семейной жизни и распределение ролей, а вот у ребенка впоследствии с течением времени могут развиваться психосоматические реакции в связи с ненадежным типом привязанности. Привязанность – это подвид эмоциональной связи, в которой чувство безопасности человека связывается с отношениями. [4]

Д.Н. Исаев, Э.Г. Эйдемиллер, рассматривая возникновение психосоматических заболеваний у детей, отмечают влияние детско – родительских отношений на развитие психосоматических нарушений у детей и подростков. Теория привязанности активно развивается как в теоретической, так и в практической области современной психологии. Crittenden Р.М., К.Х. Бриш, Р.Ж. Мухаммедрахимов в своих исследованиях экспериментально подтверждают влияние ранних эмоциональных связей в первичной диаде на многие аспекты развития личности ребенка и подростка. Воспитывая детей, родители используют конструктивные и неконструктивные позиции. Конструктивные позиции помогают родителям быть в контакте с ребенком и гармонично развиваться как личности самому ребенку. В научной литературе принято выделять конструктивные родительские позиции: позиция защиты и поддержки; присутствие родителей в ситуациях, в которых ребенку страшно; ведение, предоставление образцов и моделей поведения, принятие ответственности в тех ситуациях, где ребенок не знает как правильно нужно поступать(модели и стили поведения), в данной позиции должен быть достаточно сильный взрослый в личностном плане; поддержка автономии, то есть независимости и постепенного отделения от родителей ребенка [4].

Неконструктивные позиции родителей, которые, по мнению автора, наносят вред в отношения с ребенком и в целом нарушают его гармоничное развитие, может привести, в том числе и к психосоматическим заболеваниям. К неконструктивным родительским позициям можно отнести: отсутствие

стимуляции, то есть другими словами, достаточного количества внимания и заботы; позиция втянутости в конфликт родителей, в таких ситуациях создается гиперстимуляция для детской психики, что может нанести вред не только соматическому здоровью, но, в том числе, и психическому. Происходит перетягивание ребенка на свою сторону или общение через ребенка, так как муж с женой находятся в конфликте; позиция хаотичности и смены родительских позиций, отсутствие стабильности и определенности, рождает очень много тревоги для ребенка, что в свою очередь порождает развитие какого – либо симптома [4].

В каждой семье есть ролевая структура поведения, ожидаемая модель поведения от каждого члена семьи – жена выполняет обязанности по дому и воспитанию детей, а муж обеспечивает семью материально, дети слушаются и почитают родителей, учатся и выполняют домашнее задание. Но не всегда все так просто в дисфункциональных семьях там, где имеет место перевернутые роли, когда папа заменяют маму, а ребенок выполняет роль мужа для мамы в эмоциональном плане. Ребенок, также может заменять умершего члена семьи особенно ярко прослеживается взаимосвязь совпадений с жизнью умершего, когда родственники говорят как ты похож на своего дедушку и т. д. Есть такое понятие как эмоциональное поле семьи, в котором хранится много информации в нескольких поколениях о роде данной семьи. Эмоциональное поле семьи в нем происходит взаимообмен эмоциями между членами семьи и если один в плохом настроении, то в скором времени и другие члены семьи могут оказаться в плохом настроении по принципу заражения эмоциональным состоянием другого человека. Эмоционально заряженное функционирование членов семьи создает эмоциональную «атмосферу», или «поле», которое в свою очередь влияет на функционирование всех членов семьи на всех уровнях здоровья человека.

Для того чтобы лучше понимать как происходит нарушение в ролях, необходимо разобраться в их дифференциации. Выделяют конвенциональные и межличностные роли в семейной структуре. Конвенциональные роли – это роли, определенные правом, моралью, традицией для любого человека. То есть роли, которые приняты в обществе и наличие законодательных актов, помогает человеку выполнять данные роли. Межличностные роли – это предпочтения людей по отношению друг к другу, построенные по принципу симпатии и сугубо субъективной оценки. Пример межличностной роли «любимчик» [8].

Под «ролью» мы понимаем « нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе межличностных отношений, а именно семейных». В обществе принято считать, что мать должна заботиться и любить своих детей, обеспечивать им безопасную жизнь и так было с самых древних времен [8]. В реальной жизни психологи в своей практике встречаются с тем, что дети с мамами меняются ролями из – за слабой взрослой части мамы. Тогда ребенок вынужден

взрослеть намного раньше и выполнять роли, несвойственные своему возрасту, что является фактором развития психосоматического заболевания.

Вся система семейных ролей должна соответствовать определенным требованиям:

-во-первых, роль должна создавать целостность в субъективной картине личности ее выполняемой. То есть женщина с противоречивыми ролями может столкнуться с развитием внутреннего конфликта из-за несовместимости двух разных ролей;

-во-вторых, совокупность ролей, которую исполняет человек в семье, должна удовлетворять его основные потребности – в уважении, симпатии, признании, поддержке, безопасности;

-в-третьих, выполняемые индивидом роли должны соответствовать его возможностям. При неспособности к выполнению данной роли или ролей, индивид сталкивается с увеличением нервно – психического напряжения и нарастанием тревоги. Для ребенка выполнение родительских ролей очень сложная и непосильная задача в сочетании с характерологическими чертами это может стать для ребенка психотравмирующим;

-в-четвертых, система семейных ролей должна обеспечить удовлетворение не только одного человека и его потребностей, но и потребностей других членов семьи [8].

Рихтер в своей книге «Родители, ребенок и невроз. Психоанализ детской роли» пишет о том, что родители безмолвно передают психическую нагрузку, непосильную для детской психики вследствие этого у детей случаются неврозы и поведенческие нарушения. Рихтер выделяет несколько перевернутых ролей в семейной системе, которые наносят вред здоровью ребенка в нескольких аспектах, психологическом, соматическом и психическом. Перевернутые роли:

- замещение партнера, ребенок является возлюбленной или возлюбленным;

- замещение умершего человека;

- роль друга, сиблинга;

- замещение каких – то частей самости самого родителя; замещение идеальной части самости, замещение негативной части самости и тогда ребенок становится или козлом отпущения или больным [6].

Таким образом, опираясь на теоретический анализ литературы, мы можем предположить, что перевернутые роли в семейной системе могут оказывать патологизирующее влияние на личность ребенка. Это может привести, в том числе к формированию слабой дифференциации «я», отсутствию у ребенка, целостного образа развития своей идентичности. Еще одним фактором, перевернутых ролей, оказывающих влияние на психосоматические заболевания, может являться отсутствие позитивных моделей поведения в связи с малым количеством адаптивных ролей,

использование примитивных психологических защит, транслируют в социуме неустойчивый, прерывистый контакт с реальностью у родителей [5]. Научный анализ литературы помогает понять как изменяется семейная структура, при перевернутых ролях может наносит вред психологическому и психическому здоровью ребенка. Возможным решением данной проблемы может быть ранняя подготовка к супружеской жизни, в том числе через реализацию социальных проектов, направленных на опознавание перевернутых ролей в родительской системе и их прорабатывание, как через тренинги, так и более углубленно с помощью клинического психолога.

Список литературы

1. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Академический проект. – 2003. – 447с.
2. Кетова Н.А., Воробьева М.Е., Мясникова К.А. Проблемы подготовки молодых супружеских пар к ответственному родительству //В сборнике: Молодежь в современном мире материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2015. – С. 191-194.
3. Лазарев А.И., Лазаренко В.А., Блинков Ю.А., Шульгина Т.А. Молодая семья в современных социокультурных условиях, Курск, 2009.
4. Симоненко И.А., Шевченко А.В. Психосоматические расстройства у детей: Учебное пособие. – Курск: КГМУ, 2017. – 209с.
5. Сурьянинова Т.И. Психологическое консультирование: Учебное пособие. – Курск: КГМУ, 2015. – 364с.
6. Хорст Эберхард Рихтер Родители, дети и невроз. Психоанализ детской роли.: детская психология. –СПб.: Питер, 2019. – 320с.
7. Шульгина Т.А., Мясникова К.А., Шуваева Т.И. Ранняя подготовка к супружеской жизни как фактор формирования благополучной семьи (на примере реализации проекта "Согласись на счастье в своей жизни") // В сборнике: Семья в современном мире Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д., 2017. – С. 179-182.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4 – у изд. – СПб.:Питер, 2008. – 672с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Киндрас М.Н., Ермакова А.Е.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлено влияние психогенной составляющей на изменения в разных органах и системах организма, что необходимо учитывать врачу только в общем контексте патологического процесса.

Ключевые слова: психогенная составляющая, коммуникация, психологические проблемы.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS ON AN OUTPATIENT BASIS

Kindras M. N., Ermakova A. E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the influence of psychogenic component on changes in different organs and systems of the body, which should be taken into account by the doctor only in the General context of the pathological process.

Key words: psychogenic component, communication, psychological problems

В современной медицинской действительности врачу зачастую приходится сталкиваться с психологическими проблемами, потому что стали утрачиваться классические медицинские каноны, определяющие последствия терапевтического процесса у пациента – гуманизм, терпение, толерантность, сострадание. Деонтологические проблемы иногда связаны с отсутствием у врача достаточных знаний о ятрогениях, врачебных ошибках, правонарушениях и преступлениях, врачебной тайне, различных формах общения – открытой, закрытой, императивной и диалогической.

Врач всегда должен воспринимать пациента, не только как носителя определенного заболевания, но и ситуацию в целом, представляемую больным на амбулаторном приеме или при обслуживании его на дому. При этом следует учитывать, что на процесс и результативность общения с пациентом оказывают влияние как психологические, так и социально-культурные факторы, знание которых устраняет деонтологические дефекты врачевания. Деонтологически значима и перцептивная часть коммуникации – способность

восприятия и эмоционального переживания проблем пациента: взаимовосприятие и познание, идентификация и эмпатия.

Несомненно, тип общения врача с больными людьми ассоциирован с различными обстоятельствами, но, в конечном итоге, врач всегда должен внимательно относиться к имеющимся проблемам, что будет способствовать повышению эффективности диагностики и лечения.

Умение врача выслушать пациента важно как для формирования эффективного контакта между ними, так и установления причины заболевания. Сбор жалоб и анамнеза – управляемая беседа для получения информации о душевном состоянии пациента, которая может играть большую роль в возникновении и развитии болезни. Процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента.

Особое внимание следует обратить на больных старших возрастных групп, значимой части пациентов на приеме, которым для беседы, несомненно, необходимо больше времени. Такую возможность предоставляет катарсическая беседа, используемая при приеме пожилого больного и дающая ему возможность выговориться.

Современная медицина видоизменяется в динамике, что, несомненно, отражается и на диагностическом процессе, осуществляемом в амбулаторных условиях. Создаются новые методы исследования человека на основе достижений науки и техники. «Техницизм» медицины, позволяя увеличить эффективность как диагностического, так и терапевтического процесса, ставит незримый барьер между медицинским работником и больным человеком, отдаляя их в период необходимой коммуникации. Все чаще их взаимодействие превращается в контакт «масок». Подобная тенденция особенно заметна среди врачей с небольшим стажем работы, которые, не имея достаточных навыков в диагностике, назначают больному множество обследований.

Процесс постановки диагноза, особенно на амбулаторном приеме, затруднен и из-за непонимания врачом сочетаний биологических, психологических и социальных характеристик пациента, так как лишь раскрыв систему связей и отношений, в которых находятся установленные признаки, можно выявить их новые свойства.

Врач общей практики, в отличие от участкового врача, может избежать возникновения подобных проблем, так как именно общей врачебной практике должен быть присущ холестический подход и глубина познания пациента. В процессе диагностического поиска следует учитывать, что есть болезнь как реальность и есть представление пациента о заболевании - внутренняя картина болезни, действующая система, составляющие которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют между собой. Важно выяснить субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, влиянию на его жизнь, систему отношений, а также его ожидания от лечения.

Исследование внутренней картины болезни позволило выделить ее три основных аспекта: когнитивный, чувственно-сенситивный, деятельно-волевой [1].

Неадекватная реакция больного на заболевание может затруднить не только диагностический, но и лечебный процессы. При анализе врачом структуры внутренней картины болезни необходимо не только выделять её отдельные звенья, такие как знание болезни, её осознание пациентом, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью, но и рассматривать их во взаимовлиянии.

Общие существенные признаки определяются и выделяются только в процессе углубленного анализа и синтеза полученных данных. Так, например, попытки «прочтения тайны лица» не должна утратить своей актуальности в диагностическом процессе и в наше время, ведь известно, что лицо (*facies*) происходит от латинского «*fare*» – «говорить». «Диагностический» взгляд на лицо пациента зачастую помогает врачу не только заподозрить, но и подтвердить наличие того или иного заболевания, так как душевные и физические недостатки индивидуума, в конечном счете, изменяют и его внешность. Внимательное многогранное изучение нарушения архитектоники и выражения лица помогает с большой степенью достоверности определить внешнюю картину болезни как отражение тех патологических изменений, которые наступили в организме человека. Современные представления о сущности концепции болезни включают биологические нарушения (соматические симптомы и синдромы), социальные (функционирование пациента в социуме) и психологические нарушения. Воздействие соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным: соматогенный и психогенный компонент, обусловленный психологической реакцией пациента на заболевание и его возможные последствия. Нарушение, изначально возникающее в соматической сфере, приводят к психопатологическим реакциям, которые, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений, способствуя к развитию «замкнутого круга». Динамику патологических изменений необходимо изучать и анализировать на всех стадиях заболевания: в начальной, на высоте развития патологии, в исходном состоянии, так как психогенная составляющая может вызывать физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

- а) в сердечно-сосудистой системе – тахикардию, колебания артериального давления;
- б) в системе дыхания – замедление или учащение;
- в) в пищеварительной системе – тошноту, рвоту, диарею, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;

г) в мышцах – реакции непроизвольного характера (мышечное напряжение, дрожание);

е) в вегетативной системе – гипергидроз, гиперемия.

Ранжирование диагностических технологий (физикальных и психологических) зачастую меняет местами их основные и второстепенные атрибуты, всегда потенцируя друг друга. При этом следует помнить, что выявленные изменения необходимо учитывать только в общем контексте патологического процесса.

Врач должен обладать искусством познания клиники заболевания посредством всестороннего видения человека, его физического, психического и социального статуса, так как эффективное ведение пациентов возможно только с учетом психологической составляющей.

Список литературы

1. Ляшенко Е.А., Левин О.С. Личностные особенности и внутренняя картина болезни как предикторы течения нейродегенеративных заболеваний / Е.А. Ляшенко, О.С. Левин // Теоретические и практические аспекты современной медицины: сборник ст. по мат. III-IV Международной научно-практической конференции 1 (3). – СибАК. –2018.– С. 23-35.

ЭТИЧЕСКИЕ РЕГУЛЯТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА

Клюева Н.В., Руновская Е.Г.

Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,
г. Ярославль, Россия

Аннотация. В статье представлены научно-теоретический, образовательный и организационно-управленческий контексты этической регуляции профессиональной деятельности психологов-консультантов. Представлен опыт работы этической комиссии Региональной Ассоциации психологов-консультантов (г. Ярославль).

Ключевые слова: этика, психологическое консультирование, этические регуляторы, институциональная этика, этика ответственности, этический дискурс, этические нарушения, образование психолога-консультанта.

ETHICAL REGULATORS OF THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A COUNSELING PSYCHOLOGIST

Klyueva N.V., Runovskaya E.G.

Yaroslavl State University P.G. Demidova, Yaroslavl, Russia

Abstract. The article presents the scientific, theoretical, educational and organizational and managerial contexts of the ethical regulation of the professional activities of psychologists-consultants. The experience of the ethics committee of the Regional Association of Consulting Psychologists (Yaroslavl) is presented.

Key words: ethics, psychological counseling, ethical regulators, institutional ethics, ethics of responsibility, ethical discourse, ethical violations, education of a psychologist-consultant.

Исследования нравственной регуляции поведения, в том числе профессионального, являются одним из активно развиваемых направлений психологии. В отечественной и зарубежной науке уделяется внимание рассмотрению вопросов нравственной зрелости, факторов развития морального самосознания личности, выявлению детерминант и механизмов морального выбора. В Западной Европе и США проводятся прикладные исследования моральной сензитивности и надежности как способности обнаруживать моральные проблемы в различных сферах, в том числе, в сфере оказания психологической помощи.

В связи с развитием консультационной психологии как области науки и практики накоплены данные, касающиеся ценностно-смыслового измерения и мотивации деятельности психолога-консультанта, ответственности консультанта и клиента за результаты консультирования, принятия решений консультантом в ситуациях морального выбора и др. Исследователи констатируют значимость этики в личностном и профессиональном развитии психолога-консультанта, предпосылками которого служат степень свободы и способы понимания этического поля взаимодействия психолога и клиента. Во многих работах по профессиональной этике психолога-консультанта говорится о специфике условий взаимодействия с клиентом, характеризующейся большой персональной ответственностью специалистов и отсутствием внешнего контроля за их деятельностью. Предлагаются деонтологические модели, в которых акцент делается на определении правил поведения психолога в трудных этических ситуациях.

Этическая регуляция профессиональной деятельности психолога-консультанта, с нашей точки зрения, может быть рассмотрена в нескольких контекстах:

- *в контексте научно-теоретического осмысления этики как смысловой опоры индивидуального выбора консультанта в ситуации неопределенности и его нравственного самоопределения в пространстве этически трудных ситуаций и дилемм. Следует отметить дефицит теоретических разработок, посвященных этике профессиональной деятельности психолога-консультанта;*

- *образовательной контекст*: фокус внимания сосредоточен на становлении самосознания специалиста, формировании его профессиональной идентичности, этической подготовке психолога-консультанта. Обсуждение проблем, связанных с этическим образованием психологов на I Международной конференции по этике в психологическом консультировании и психотерапии (г. Москва, 2017 г.), показало, что далеко не во всех вузах, которые занимаются подготовкой консультантов, есть дисциплины, обеспечивающие образование в сфере этики, крайне мало учебников, методических пособий по этике в работе психолога-консультанта, не обобщены методические подходы, позволяющие успешно решать задачи такой подготовки. Преподаватели, ведущие курсы по этике, зачастую не имеют опыта консультирования, что существенно снижает качество образования;

- *организационно-управленческий контекст*: фокусировка внимания на решении практических задач, связанных с формированием профессионального сообщества, готового и умеющего создать условия для соблюдения консультантами этических принципов; с защитой интересов клиента и консультанта; формированием деловой репутации профессионального сообщества и способами реагирования профессионального сообщества на этические нарушения, допускаемые консультантами. Одной из актуальных задач является определение того, каким образом позиционирует себя психолог-консультант в социальных сетях, какие инструменты использует для своего продвижения.

На кафедре консультационной психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова уже несколько лет под руководством доктора психологических наук Ключевой Н.В. проводятся исследования, направленные на осмысление феноменов, связанных с этикой профессиональной деятельности психолога-консультанта (Армашова А.Б., Дубиненков В.В., Федотова А.И.) [1; 4; 14]. При Региональной Ассоциации психологов-консультантов (<http://rapk.org>) создана этическая комиссия, которая аккумулирует информацию об этических нарушениях, инициирует обсуждение ситуаций этических затруднений, с которыми встречаются консультанты, проводит анализ и реагирует на жалобы клиентов и консультантов.

Научно-теоретическая разработка и осмысление этического поля профессиональной деятельности психолога-консультанта осуществляется нами с опорой на идею А. Швейцера о том, что этика – это безгранично расширенная ответственность перед всем живущим и допущение Р. Мэя о том, что каждый человек ответственен за эффект, произведенный его действием. Мы определяем *этику как рефлексию моральных оснований, которая обозначает ситуации в человеческой жизнедеятельности, когда принятые ценностные основания теряют свою очевидность*. В таких ситуациях личность заново осмысливает свои этические идеалы, принимает решение

относительно конкретных обстоятельств и несет ответственность за свой выбор.

Дискуссия об этике деятельности психолога-консультанта разворачивается внутри двух подходов, которые по-разному трактуют вопрос о том, что может регулировать его выборы и принятие решений в ситуациях этических затруднений.

Первый подход апеллирует к институциональной этике, которая обращена к нормам, стандартам, принципам и правилам деятельности консультанта, сформулированных в виде императивов, обращенным к профессионалам. Предписания фиксируются в этических кодексах, этический аудит позволяет оценить действенность и выполнение заявленных в кодексах принципов, этический комитет обеспечивает соблюдение этических принципов. Институциональная этика обращается к профессиональному долгу, который выступает в «качестве внутреннего переживания принуждения поступать в соответствии с потребностями, исходящими из ценностей, сформированных профессиональной деятельностью» [12, с.21]. Наличие институциональной этики позволяет минимизировать риски и предполагает добросовестное администрирование (контроль за освоением и соблюдением Этических кодексов, реакцию сообщества на обнаруженные нарушения, информирование о морально не надежных специалистах). Ответственность за принимаемые решения переносится с личности на организацию, сообщество, которое обозначает, что есть должное, на что следует ориентироваться в этически сложных ситуациях [16].

С нашей точки зрения, внешняя регламентация этического поведения безусловно важна, но не достаточна. Это обусловлено, по крайней мере, тремя причинами. Во-первых, кодекс каркасен, хорошо структурирован, но при встрече с конкретной ситуацией, этическим затруднением, дилеммой, где в силу обстоятельств мораль не очевидна, он не позволяет принять психологу осмысленное решение, обнаружить ценностную дилемму и действовать, полагаясь только на установленные в кодексе принципы и нормы. Практика показывает, что не существует однозначных ответов на этические затруднения, возникающих в консультировании. *Примеры*: как следует вести себя консультанту, если в ходе приема он узнает, что клиент замышляет асоциальный поступок или уже совершил уголовно наказуемое деяние; что делать, если родители хотят получить информацию о «странном поведении» подростка, которому 15 лет; как действовать в ситуации, когда руководитель настаивает на предоставлении информации о психологических особенностях сотрудника, прошедшего консультацию, затрагивающую личные проблемы? и т.д. [6; 7].

Во-вторых, в психологическом консультировании отражаются смыслы и мотивации, ценности специалиста, проявления личностного начала, убеждения консультанта, которые влияют на интерпретацию происходящего

в консультировании. Именно они, прежде всего, детерминируют принятие конкретного решения в сложных ситуациях [6; 7].

В-третьих, безукоризненное исполнение принципов этического кодекса предполагает высокий уровень морального сознания специалиста и его моральной надежности. В этических кодексах есть «призывы» к большой социальной ответственности, к тому, что профессионалы признают, что личностные проблемы и конфликты могут быть помехой их эффективности [8, 9, 10, 16]. Опыт анализа этических нарушений показывает, что такие призывы не слышатся (осознанно или не осознанно) теми, кто вводит клиентов в заблуждение относительно своей квалификации, распространяет ложную информацию об опыте своей работы, выкладывает в социальных сетях информацию о клиентах и т.д.

Именно поэтому целесообразно обратиться *ко второму подходу - этике ответственности*. Данный подход делает акцент на милосердии и сострадании, человеколюбии, личной ответственности, авторстве за принимаемые в консультировании решения, субъектности консультанта. Если в первом подходе рациональность и прагматика являются основаниями для принятия решений, то во втором подходе отмечается иррациональность выбора, говорится о «прислушивании» к ценности (Ф.Е. Василюк). Автор заменяет когнитивное оценивание в этапах принятия решения процессами переживания, рассматривая акт личностного выбора с точки зрения концепции жизненных миров [2; 3].

Указанные нами подходы не противоречат, а дополняют друг друга. Связующим звеном между ними является этический дискурс (Ю. Хабермас), который означает пронизывающую сообщество систему коммуникаций, позволяющую профессионалам участвовать в коллективной дискуссии по выработке конвенциональных норм относительно того, что приемлемо в психологическом консультировании, а чего следует избегать. В коммуникативной теории Ю. Хабермаса дискурс не «разрывает», а конституирует взаимоотношения, учитывая интересы каждого его участника [15].

Опыт работы НП «Региональная Ассоциация психологов-консультантов» показывает значимость актуализации этической проблематики (дискурса) в профессиональном сообществе. Члены Ассоциации высказывают свое мнение по поводу причин этических нарушений, среди которых: трудность соблюдения установленных стандартов профессионального поведения, связанная с уникальностью и разнообразием ситуаций консультирования; возможное не совпадение ценностных ориентаций организаций, в которых практикуют консультанты (клиника, центр, школа, частная служба, бизнес организации и пр.) с этическими требованиями к деятельности консультанта, что приводит к конфликту двойных ролей; моральная ненадежность некоторых специалистов; не

«развернутые» до уровня поведения принципы, представленные в Этических кодексах; не знание принципов и правил, представленных в Кодексах.

Таким образом, значимым этическим регулятором деятельности психолога-консультанта является *ответственность за процесс и результат своего профессионального поведения; отношение к ситуации профессиональной деятельности как к личностному выбору; рефлексия как процесс анализа ситуации из метапозиции; принятие решения зачастую без рационального обоснования с пониманием последствий для всех вовлеченных сторон.*

Следующим этическим регулятором является *профессиональная подготовка психолога-консультанта.* Для того, чтобы этика стала регулятором профессионального поведения на этапе вхождения психолога-консультанта в профессию, не достаточно ознакомиться с этическим кодексом. Более важно создать в образовательном процессе (на этапе обучения в вузе, в поствузовском образовании) условия для рефлексии личностных и профессиональных ценностей, осмысления оснований принятия решений в этически сложных ситуациях. Назовем некоторые задачи, которые необходимо решать образовательным организациям и профессиональным объединениям психологов-консультантов [13]:

- участие в подготовке и утверждении федерального стандарта оказания психологической помощи – документа, устанавливающего требования к виду, объему, срокам и качеству оказания психологической помощи; обозначение правовых норм регулирования отношений консультант - клиент, консультант - консультант, консультант - социальное окружение. Проект федерального закона о психологической помощи населению в Российской Федерации был представлен в Государственную думу 24 июня 2014 года, на данный момент не утвержден. Его отсутствие предьявляет повышенные требования к индивидуальной ответственности за качество консультирования. Тем более, что не существует стандарта профессиональной деятельности психолога-консультанта;
- повышение уровня нравственной, моральной и ценностной зрелости студентов (бакалавров и магистров);
- необходимость введения в подготовку консультантов обязательной дисциплины «Этика в профессиональной деятельности психолога-консультанта», расширение спектра научных исследований и увеличение количества публикаций по этическим проблемам консультирования;
- разработка методических аспектов преподавания этики в вузе (чему и как учить будущих консультантов с точки освоения этических основ профессии?);
- привлечение к преподаванию опытных практиков, работающих в различных концептуальных направлениях и модальностях.

По сути, способов передачи этических норм не так много: информирование, анализ ситуаций, личный пример преподавателя, просмотр и анализ видеосюжетов, личная терапия, супервизия, прохождение практики, во время которой специально ставятся задачи распознавания этических проблем, переживание опыта «консультант - клиентских» отношений в обучении.

На разных этапах обучения могут быть использованы все способы освоения студентами основных принципов профессиональной этики. При этом, глубина освоения будет различна: в диапазоне от декларирования до ассимиляции. Переход от декларации к переживанию опыта, на наш взгляд, может быть обеспечен за счет построения особого рода отношений между преподавателем и студентами, предполагающих соблюдение тех же этических принципов (конфиденциальность, компетентность, забота о психологической безопасности, ясность и честность в отношениях и др.) [5].

Следующим этическим регулятором является система профессиональной поддержки и сопровождения психологов-консультантов, наличие профессиональных объединений, которые, могут регулировать решение этически сложных ситуаций и создавать пространство для рефлексии ценностной составляющей профессии. В Ярославской области сформировано сообщество психологов-консультантов (<http://rapk.org>) которое направлено, в том числе на формирование у практикующих консультантов способности к ценностно - рефлексивному осмыслению себя в консультировании. Это способность честно и по существу взглянуть на собственную деятельность, чтобы понять реальный способ своего профессионального бытия и на основе этого осознания найти адекватные и эффективные пути собственного профессионального и личностного развития, выйти на уровень зрелого отношения к жизни. В Ассоциации активно работает Этический комитет, который инициирует обсуждения этически сложных ситуаций. Обсуждение ведется в формате балинтовской группы или супервизии. При чем супервизия осуществляется в контексте экзистенциального подхода, при котором подчеркивается партнерство в отношениях супервизора и консультанта, их со-творчество, фокусированность на процессах в самой супервизии. Исходя из такого понимания, основные усилия супервизора направлены не на объяснение, не на возможные способы его изменения, а на понимание того, что происходит в «супервизорском мире» между супервизором и супервизируемым [11]. Главной фигурой в супервизии становится сам супервизируемый со своими ценностями, этическими представлениями, гипотезами, чувствами, иллюзиями, страхами, пониманием характера и динамики его отношений с клиентом.

Таким образом, в статье представлено три контекста, которые важно учитывать в решении вопросов, связанных с этикой деятельности психолога-консультанта: научно-теоретический, образовательный и организационно-управленческий. С нашей точки зрения этическое измерение

консультирования, обращение профессионала к своей личности, ресурсам и ограничениям, возможностям роста и расширения границ понимания себя в профессии – фундаментальное основание помогающей практики.

Список литературы

1. Армашова, А.Б. Этические дилеммы во взаимодействии психолога-консультанта и клиента: автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Армашова Анастасия Борисовна; ЯрГУ им. П.Г. Демидова. – Ярославль, 2018. – 26 с.
2. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 200 с.
3. Василюк, Ф.Е. Психотехника выбора / Ф.Е. Василюк // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии: сб. науч. ст. / под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – М.: Смысл, 1997. – С. 284-314.
4. Дубиненков, В.В. Этика в работе бизнес-тренера: выпускная квалификационная работа (магистерская диссертация) / В.В. Дубиненков; ЯрГУ им. П.Г. Демидова. – Ярославль, 2017. –126 с.
5. Жедунова Л.Г., Посысоев, Н.Н. Этические принципы, как регуляторы клиент - терапевтических отношений: особенности освоения в образовательном процессе / Л.Г. Жедунова, Н.Н.Посысоев // Электронный сборник материалов I Международной конференции по этике в психологическом консультировании и психотерапии / под ред. Н.В. Кисельниковой, Е.А. Куминской, Е.В. Лавровой, В.А. Земцовой. – М.: ФГБНУ «Психологический институт РАО», 2017. – С.47-49. –Режим доступа: URL: https://www.pirao.ru/upload/iblock/369/sbornik_etika_2017.pdf (дата обращения: 29.11.2019).
6. Клюева, Н.В. Этика психолога-консультанта и образование / Н.В. Клюева // I Международная конференция по этике в психологическом консультировании и психотерапии: Электронный сборник материалов конференции / под ред. Н.В. Кисельниковой, Е.А. Куминской, Е.В. Лавровой, В.А. Земцовой. – М.: ФГБНУ «Психологический институт РАО», 2017. Режим доступа: URL: https://www.pirao.ru/upload/iblock/369/sbornik_etika_2017.pdf (дата обращения: 29.11.2019).
7. Клюева, Н.В., Головчанова, Н.С. Этика и профессиональное общение психолога-консультанта: метод. указания / Н.В. Клюева, Н.С. Головчанова ; ЯрГУ им. П.Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2012. – 52с.
8. Кодекс профессиональной этики гештальт-терапевта. URL: <https://gestalt.ru/ethics/> (Дата обращения: 29.11.2019).

9. Кодекс профессиональной этики некоммерческого партнерства «Региональная Ассоциация психологов-консультантов». URL: <http://rapk.org/ethic-code> (Дата обращения 29.11.2019).
10. Кодекс этики и профессиональной практики ЕКПП. URL: <http://russia.ecpp.org/kodeks-etiki-i-professionalnoy-praktiki-ekpp> (Дата обращения: 29.11.2019).
11. Кочюнас, Р. Процесс супервизии: экзистенциальный взгляд <http://hpsy.ru/public/x2271.htm> [Дата обращения 29.11.2019]
12. Медведева, Г.П. Этические основы социальной работы: учебник и практикум для СПО / Г.П. Медведева. – Люберцы: Юрайт, 2016. – 443 с.
13. Руновская, Е.Г. Рассмотрение вопросов профессиональной этики во время производственной практики студентов факультета психологии / Е.Г. Руновская // I Международная конференция по этике в психологическом консультировании и психотерапии: Электронный сборник материалов конференции / под ред. Н.В. Кисельниковой, Е.А. Куминской, Е.В. Лавровой, В.А. Земцовой. – М: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2017. – С. 76-79. Режим доступа: URL: https://www.pirao.ru/upload/iblock/369/sbornik_etika_2017.pdf (дата обращения: 29.11.2019).
14. Федотова, А.И. Этические аспекты позиционирования себя как психолога-консультанта в социальных сетях: выпускная квалификационная работа (магистерская диссертация) / А.И. Федотова; ЯрГУ им. П.Г.Демидова. – Ярославль, 2019. – 134 с.
15. Хабермас, Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие / Ю. Хабермас. – СПб.: Наука, 2001. – 382 с.
16. Этический кодекс Профессиональной психотерапевтической лиги. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://www.psychologos.ru/articles/view/eticheskiy-kodeks-ppl> (Дата обращения 29.11.2019).

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНИКИ СИНКВЕЙНА В
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ В КОНТЕКСТЕ
КОНСУЛЬТАТИВНЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ**

Кокоренко В.Л.

**Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова Минздрава России, г.Санкт-Петербург, Россия**

Аннотация. В статье представлен авторский опыт применения техники синквейна в практике психологической работы с личностью, семьей и группой. Описаны структура синквейна и задачи, для решения которых может применяться синквейн как техника психологической работы. Приводятся примеры синквейнов на темы «Психотерапия», «Арт-терапия», «Личность», «Семья», «Быть родителем особого ребенка».

Ключевые слова: синквейн, арт-терапия, психологическое консультирование, психотерапия, техники и средства психологической работы.

USING TECHNOLOGY CINQUAIN IN PSYCHOLOGICAL WORK IN THE CONTEXT OF CONSULTATIVE AND PSYCHOTHERAPEUTIC PROBLEMS

Kokorenko V.L.

Abstract. The article presents the author's experience of using the cinquain technique in the practice of psychological work with a person, family and group. The structure of the wine and the tasks for which it can be used as a technique of psychological work are described. Examples of cinquains on "Psychotherapy", «Art therapy», «Personality», «Family», «Be the parent of a special child».

Key words: cinquain, art therapy, psychological counseling, psychotherapy, techniques and means of psychological work.

«Глаза.
Плачущие, верящие.
Встречаются, говорят, ждут.
Чувствовать боль другого – работа.
Мастерство»

Синквейн (от английского *cinquain*) - это короткая нерифмованная литературная форма, которая сочиняется по заданному алгоритму на любую тему (буквально – может складываться как конструктор из разных частей речи и предложений). Считается, что форма синквейна появилась в начале XX века в Америке под влиянием стихотворных произведений традиционной японской поэзии. Различных вариаций синквейнов около десяти (от простых до сложно сочиняемых форм). В контексте решения конкретных задач работы с личностью и группой в психотерапии и арт-терапии, на различных этапах консультирования и психокоррекции мы используем самую простую структуру, поскольку главным является то содержание психической жизни автора, которое отражается в синквейне на заданную тему.

1. На первой строке – одно слово (чаще всего – существительное или местоимение), главное слово или ассоциация, выражающее тему синквейна.
2. Вторая строка – два прилагательных (или причастия), которые отражают значимые характеристики темы.
3. На третьей строке пишутся три глагола (или деепричастия), связанные с темой синквейна.
4. Четвертая строка – одно предложение – лаконичная законченная мысль, наиболее полно и точно отражающая понимание автором темы синквейна. Это может быть собственное суждение или уже «готовая» фраза (поговорка, строка из песни, стихотворения, рекламный слоган), главное – чтобы это раскрывало индивидуальный взгляд и представления автора.
5. Пятая строка – это снова одно слово, финал, итог, резюме, красивая точка этого краткого размышления на заданную тему.

Пятистрочная структура синквейна задает четкие рамки для оформления «высказывания», во всем остальном, что касается канонов использования частей речи и их количества (существительные, прилагательные, причастия, местоимения и т.д.) – нет нужды бороться «за чистоту стиля». Не это главное.

Синквейн можно использовать в качестве эффективного инструмента для решения следующих психологических задач:

- присоединения (к клиенту, семье, группе), быстрого включения в совместное взаимодействие;
- создания доверительной партнерской позиции во взаимодействии со специалистом (арт-терапевтом, психологом, психотерапевтом). В этом случае мы непременно также пишем свой синквейн (принципиально – «на глазах» у клиента, семьи, группы; «здесь и сейчас»), как и все читаем его вслух. В этом методическом приеме – и самораскрытие, и «приглашение к разговору на тему», и «знакомство с автором», и элементы диагностики, и создание некоего общего смыслового и эмоционального пространства для работы;
- формулирования клиентом имеющихся трудностей, проблем и переживаний (если по каким-либо причинам это затруднено);
- дискуссии (если целенаправленно задается «горячая, острая, болезненная» тема) со всеми возможностями открытого проявления своей позиции, конфронтации, примеров собственного опыта, аргументации и убеждения, приводящим к подвижкам в сознании и открывающим путь к изменениям;
- фиксации результатов психологической работы, происходящих с человеком изменений в сознании и самосознании, поведении и деятельности, системе отношений (классика и профессионализм психологического жанра – «до и после» этапа, периода работы);
- в качестве «психологического инструмента», который человек может «унести с собой» в свою жизнь. Когда человек попробует, освоит, поймет – как синквейн работает (не столько с точки зрения психологических механизмов, сколько прочувствовав эффект на себе), через некоторое время мы ненавязчиво проговариваем, что этим можно запросто пользоваться

(например, «когда что-то очень значимое варится в голове и не отпускает», «когда что-то зацепило и как-то очень распереживался», «когда предстоит сделать какой-то важный и трудный выбор», «когда нужно осознать, что чувствуешь, какое состояние, на что оно похоже», «когда хочу понять что-то про себя» и т.д.). Пользоваться запросто – это в любое время в любой ситуации: записать в телефоне; в электричке по дороге на дачу, на любом чеке из магазина; сидя на лекции и на совещании; находясь в больнице... Можно даже не записывать, а просто подумать и пару раз повторить – синквейн очень легко запоминается. То есть речь идет о том, что в результате психологической работы, человек сознательно овладевает дополнительными средствами саморегуляции, психопрофилактики и оказания помощи себе самому.

С разрешения авторов приведем примеры синквейнов, которые были написаны разными людьми в различных ситуациях.

Тема: «Арт-терапия»

«Красота.

Чувственная, духовная.

Погружает, развивает, останавливает.

Река меж двух берегов: сознания и бессознательного.

Бесконечность»

Тема: «Личность»

«Человек.

Живой, сильный.

Ищет, познает, ошибается.

Ни на кого не похожий и такой как все.

Я»

«Объект.

Непознанный, уникальный.

Творит, ищет, познает.

Космическая вселенная.

Вездесущая»

«Индивидуальность.

Активная, талантливая.

Интересуется, ищет, пробует.

Огромное счастье – быть собой и самовыражаться.

Реализация»

«Личность.

Многогранная, уникальная.

Хочет, может, делает.

Она – автор жизни, в которой живет.

Творец»

«Виктория.

Особенная, творческая.

Вдохновляет, поддерживает, ведет.

Обречена на успех.

Забавно...»

«Человек.

Сложный, противоречивый.

Живет, делает, преодолевает.

Каждая личность в равной мере нуждается в возможности и необходимости.
Как?»

Тема: «Семья»

«Любовь.

Добрая, значимая.

Поддерживают, принимают, заботятся.

Семья – это где тебя любят и понимают.

Вместе»

«Структура.

Стабильная, непредсказуемая.

Начинает, дарит, укрепляет.

Живая часть мира.

Любовь»

«Мир.

Долгий, сложный.

Дает, держит, забирает.

Не так хорошо с ней, как плохо без нее.

Многоточие...»

Тема: «Психотерапия»

«Процесс.

Слушающий, поддерживающий.

Направляет, изменяет, познает.

Жизнь не стоит на месте, двигается и человек.

Изменения»

«Отношения.

Душевыворачивающие, исцеляющие.

Открывают, двигают, создают.

Энергетический круговорот.

Рождение»

«Процесс.

Сложный, яркий.

Начинается, живет, заканчивается.

Встреча на жизненном пути.

Развитие»

«Работа.

Интересная, разная.

Кормит, продвигает, окрыляет.

Делать то, что любишь и любить, что делаешь.

Счастье»

Тема: «Быть родителем особого ребенка» [1].

«Испытание.

Трудное, долгое.

Бояться, преодолевать, найти.

сдаваться.

Зачем это дано?

Осознание»

«Труд.

Необходимый, вынужденный.

Добиваться, бороться, не

Уметь выдержать все.

Победить»

«Удар...

Темно, одиноко.

«Страх.

Предательский, не

проходящий.

Бежать, драться, плакать!

Теперь – это моя жизнь.

Жестоко»

Уйти, закрыться, спрятаться.

Как с этим жить?

Отчаяние»

«Ангел.

Беззащитный, безгрешный.

Обнять, уберечь, защитить.

удивило.

Никому не отдам.

Мое»

«Чудо.

Необычное, долгожданное.

Появилось, исполнилось,

Прекрасней нет на свете.

Свершилось»

«Проблема.

Не решаемая, вечная.

Примирает, двигает, возвышает.

Меняет все приоритеты.

Жизнь...»

Будучи доступным, легко применяемым и эффективным, синквейн как техника психологической работы может с успехом использоваться многими специалистами. Особенности использования синквейна, конкретные методические приемы и другие арт-технологии подробно представлены автором в готовящемся к выходу издании «Арт-терапия: своим голосом».

Список литературы

1. Арт-терапия как средство психологической поддержки родителей, имеющих детей с ТМНР: приглашение к разговору. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://caritas-edu.ru/mediateka/materialy-proshedshikh-meropriyatij/seminary/1179-2016-10-20-21-art-terapiya-kak-sredstvo-psikhologicheskoy-podderzhki-roditelej-imeyushchikh-detej-s-tmnr-priglasenie-k-razgovoru> (дата обращения: 26.10.2019).

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНИМАНИЯ, КОГНИТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СДВГ

Колмакова В.В, Алексеева А.С.

Уральский федеральный университет, г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена исследованию показателей внимания у младших школьников (7-10 лет) с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и сопровождающие их изменения в эмоциональной, личностной и когнитивной сферах. В ходе мониторинга рассматривается динамика распространения синдрома, гендерный аспект, когнитивная деятельность при СДВГ, эмоциональный и личностный аспекты учащегося. Показано, что изменения показателей внимания у младших школьников с выявленным к началу первого класса СДВГ имеет определенную степень положительной динамики, в то же время к третьему классу значительно увеличивается число детей с вновь выявленными симптомами СДВГ. Среди учащихся с СДВГ большую часть составляют мальчики. Основные изменения, сопровождающие наличие СДВГ относятся к когнитивной сфере. В меньшей степени СДВГ сопровождается изменениями эмоциональной сферы ребенка, затрагивая проблемы с дифференциацией эмоций.

Ключевые слова: младшие школьники, синдром дефицита внимания, гиперактивность, внимание, когнитивная сфера, эмоциональная сфера, личностная сфера

THE STUDY OF CHANGES IN ATTENTION, COGNITIVE AND PERSONAL-EMOTIONAL CHARACTERISTICS IN YOUNGER SCHOOL CHILDREN WITH ADHD

Kolmakova V.V., Alekseeva A.S.

Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

Abstract. This article is devoted to the study of attention indicators in younger schoolchildren (7-10 years old) with attention deficit and hyperactivity syndrome and accompanying changes in emotional, personal and cognitive spheres. The monitoring examines the dynamics of the spread of the syndrome, the gender aspect, cognitive activity in ADHS, and the student's emotional and personal aspect. It is shown that changes in attention indicators in younger schoolchildren with ADHD detected by the beginning of the first grade have a certain degree of positive dynamics, at the same time by the third grade the number of children with newly detected symptoms of ADHD is significantly increasing. Among students with ADHD, most are boys. The main changes accompanying ADHD are in the cognitive sphere. To a lesser extent, ADHD is accompanied by changes in the emotional sphere of the child, affecting problems with differentiation of emotions.

Keywords: primary school students, attention deficit disorder, hyperactivity, attention, cognitive sphere, emotional sphere, personality sphere

Введение

Впервые синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) был упомянут в начале XX века, как причина невротического характера

отклонений в поведении детей и отставания их в учебе. Активно термин начал применяться в 1960 году в отношении детей без выраженных когнитивных нарушений, но с различными легкими расстройствами поведения и обучения [1].

На сегодня, СДВГ – это расстройство, которое отражается в основном в поведении. Синдром характеризуется следующей триадой: нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. Это проявляется рассеянностью, неумением концентрировать свое внимание на объекте, неумением слышать инструкцию, излишней активностью – в дальнейшем, ребенок становится изгоем из-за сложности адаптироваться к условиям школы и окружающим его условиям [2].

Высокая распространенностью синдрома за последние десятилетия, а также последствия, возникающие на его фоне в сферах личности и повседневной жизни ребенка, обуславливают актуальность такого рода исследований [3].

Целью данной работы была попытка исследовать динамику показателей внимания у младших школьников с СДВГ и посмотреть, какие изменения эмоциональной, личностной и когнитивной сфер сопровождают наличие данного синдрома.

Материалы и методы.

Исследование проводилось двукратно в ходе лонгитюдного анализа младших школьников. В ходе первичной диагностики, было выявлено, что у первоклассников общий процент с СДВГ составил 21% (19 человек), определив выборку исследования. Затем, чтобы выявить динамику показателей внимания у младших школьников с СДВГ и рассмотреть сопутствующие изменения в эмоциональной, личностной и когнитивной сферах, было проведено повторное психологическое исследование учащихся третьих классов в возрасте 9-10 лет. В мониторинге были использованы: методика «Тулуз-Пьерон», для исследования внимания и его свойств (скорости и концентрации); методика Ореховой «Домики» для исследования эмоционального фона и личностных отношений, и вариантов личностного развития; методики «УУД» в первом классе, «Аналогии» и «Закономерность» в третьем - для исследования мышления.

Результаты работы.

Прежде всего опишем характеристики полученной выборки. В первом классе среди детей с СДВГ мальчиков (64%) было больше, чем девочек (36%). Данные показатели подтверждают литературные данные о более широком распространении СДВГ среди мальчиков 7 – 12 лет. Треть мальчиков имели низкий уровень произвольного внимания.

Основные изменения, сопровождающие детей с СДВГ, при поступлении в первый класс, относились к когнитивной сфере личности (рис.1). Такие симптомы выражались в низком уровне развития познавательных процессов,

низком уровне кругозора и осведомленности об окружающем мире. При исследовании мышления (рис. 2), были выявлены сложности в процедурах оценки, синтеза и сравнения. У детей реактивного типа (42%) трудность, кроме ранее указанных логических универсальных действий (ЛУД), заметна в заданиях на обобщение, классификацию и установление причинно-следственных связей.

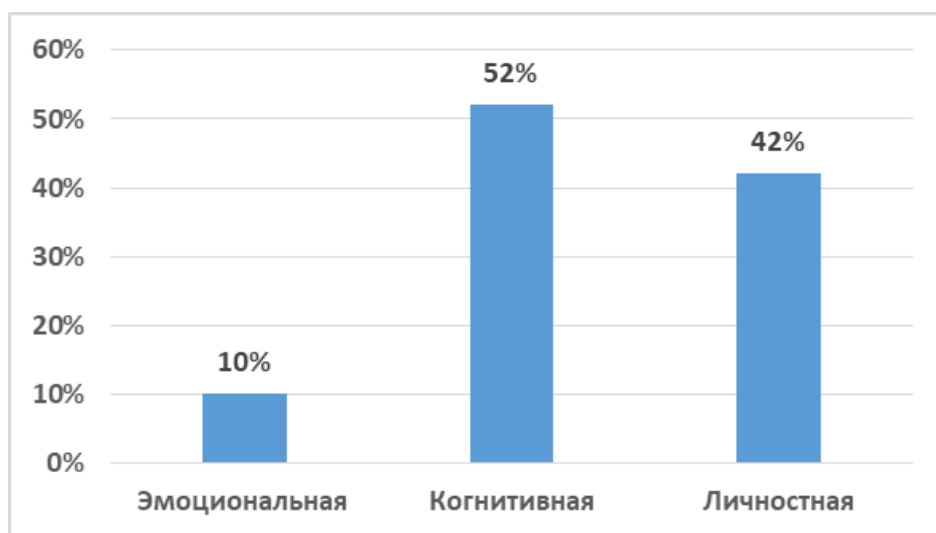


Рис.1. Нарушения, сопровождающие наличие СДВГ у первоклассников

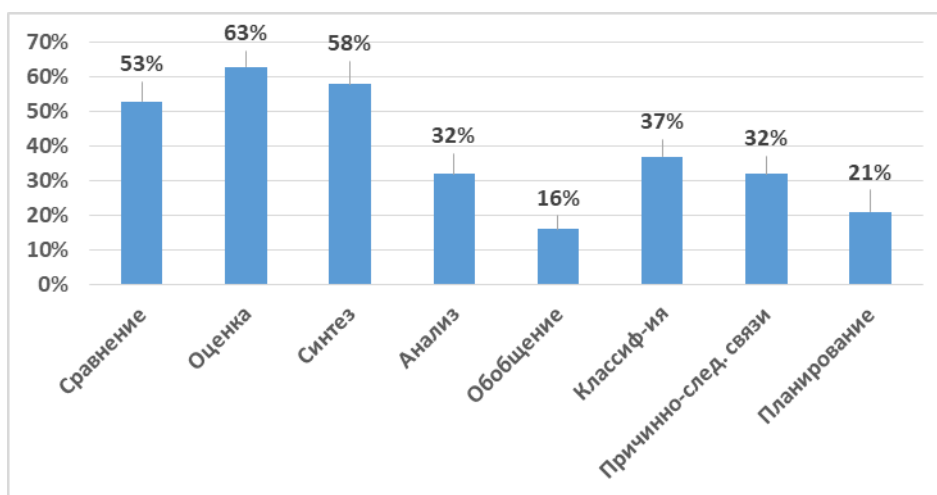


Рис.2. Нарушения мышления у первоклассников

Чуть меньшая выраженность нарушений у первоклассников приходилась на личностную сферу и проявлялась в низком самоконтроле, неорганизованности, недоразвитии волевой сферы, низком уровне произвольного поведения, низкой самооценке.

Отклонения в эмоциональной сфере наблюдались только у 10% испытуемых, выражаясь в эмоциональной нестабильности – импульсивности

и гиперактивности. По методике Ореховой у этих детей отмечается слабая дифференциация эмоций.

При проведении повторного комплексного исследования учащихся третьих классов было выявлено: что количество детей с симптомами СДВГ возросло, - 42% в третьем классе по сравнению с 21% в первом классе. При этом из первоначальной группы детей с СДВГ свои показатели сохранили 69% испытуемых, у 31% показатели по методике «Тулуз-Пьерон» к третьему классу нормализовались. Среди учащихся, у которых СДВГ был зафиксирован с первого класса и остался в третьем большинство как и в первом классе составили мальчики – 69%, девочек – 31%.

Обобщив результаты по исследованию в третьем классе, можно отметить что СДВГ также, как и в первом классе в основном сопровождается когнитивными нарушениями (рис. 3). Главные трудности проявляются в анализе, сравнении и способности выделять существенные признак.

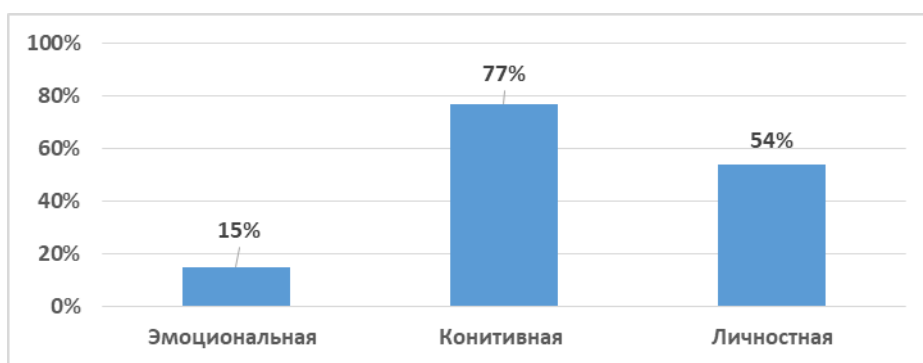


Рис. 3. Нарушения, сопровождающие наличие СДВГ у третьеклассников

Количество человек, имеющие проблемы в личностной сфере составило 54%. По методике Ореховой это дети, которые имеют внутриличностный конфликт или чувствуют себя неуверенно на данный момент.

Меньшее воздействие приходится на эмоциональную сферу. Здесь, также, как и в первом классе, отмечается слабая дифференциация эмоций.

Заключение. Изменения показателей внимания у младших школьников с выявленным к началу первого класса СДВГ имеет определенную степень положительной динамики, в то же время к третьему классу значительно увеличивается число детей с вновь выявленными симптомами СДВГ. Среди учащихся с СДВГ большую часть составляют мальчики. Основные изменения сопровождающие наличие СДВГ относятся к когнитивной сфере. Главные трудности проявляются в анализе, сравнении и способности выделять существенные признаки. В личностной сфере проявляется заниженная самооценка и неуверенность в себе. В меньшей степени СДВГ сопровождается изменениями эмоциональной сферы ребенка, затрагивая проблемы с дифференциацией эмоций.

Список литературы

1. Воробьева М.А. Психологическое сопровождение школьников с синдромом дефицита внимания. // Современная психология: теория и практика: материалы I Международ. науч. – практ. конф. 29-30 июня 2011г.: Москва, 2011.– С 224 - 231.
2. Гопурова Г. Ф. Личность и межличностные отношения младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Молодой ученый. — 2015. — №3. — С. 277-278. –Режим доступа: URL: <https://moluch.ru/archive/83/14898/> (дата обращения: 28.10.2019).
3. Пересыпкин В. А. Психологические особенности организованности у учащихся с минимальными мозговыми дисфункциями // Сибирский педагогический журнал. –2009. –№2. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-organizovannosti-u-uchaschihsya-s-minimalnymi-mozgovymi-disfunktsiyami> (дата обращения: 28.10.2019).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ КАК ФАКТОР РИСКА ПАТОГЕНЕЗА ТУБЕРКУЛЕЗА

Коломиец В.М., Иванов А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу требует интенсификации лечения прежде всего с учетом факторов риска, особенно таких как психологическое состояние и коморбидные заболевания. Изучены факторы у 150 психически больных, страдающих туберкулезом и принимавших лечение в условиях интенсивного наблюдения (пенитенциарных). Выявленные существенные различия психологического состояния у психически больных, страдающих туберкулезом, необходимо учитывать при планировании и проведения комплексной терапии таких больных.

Ключевые слова туберкулез, психологическое состояние, лечение.

MENTAL CONDITIONS IN MENTALLY ILL PERSONS AS RISK-FACTOR FOR PATHOGENESIS OF TUBERCULOSIS

Kolomiets V.M., Ivanov A.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. Stabilization of epidemic scenario for tuberculosis demand therapy intensification along taking into account such risk-factors as mental condition and co-morbid illness. Provided review of risk-factors between 150 mentally ill persons with tuberculosis under intensive monitoring and treatment in correction facility. It was revealed significant variations of mental conditions in mentally ill persons with tuberculosis. It should be taken into account during planning and administrating comprehensively treating such patients.

Keywords: tuberculosis, mental condition, treatment efficiency.

Реализация Федеральной Целевой Программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 гг.» и Национального проекта «Здоровье» позволили стабилизировать эпидемическую ситуацию по туберкулезу (ТБ), однако ее дальнейшее улучшение являются одними из основных индикаторов эффективности работы здравоохранения [5]. Эпидемическая ситуация по ТБ предопределяется заболеваемостью прежде всего в группах повышенного риска среди населения, к которым относят приоритетно контингенты психически больных [2; 4]. Среди них возможно выделить еще более угрожаемую группу – психически больные, которые совершают общественно-опасные действия и по заключению судебных органов находятся в особенных (интенсивное наблюдение) пенитенциарных условиях (ПБСТИН). Количество таких больных не снижается, что не удивительно - в кризисные периоды социально-политическая нестабильность, ломка жизненных стереотипов, утрата прежних идеалов, поляризация общества отражаются на содержании сознания и определяют построение межличностных отношений. Интенсификация мероприятий по предупреждению распространения ТБ в таких группах очевидна [3].

Цель исследования. Изучение особенностей развития ТБ и оказания специализированной медицинской помощи больным (СМПТ) в пенитенциарных условиях.

Материалы и методы. В рамках проведенного психологического исследования изучены уровень ситуационной и личностной тревожности, особенности агрессивного поведения, склонность к депрессивному состоянию у 103 пациентов ПБСТИН, среди которых 32 были с впервые выявленным ТБ (1 группа), 38 - с сопутствующим ТБ (2) и 33 пациента не страдали ТБ (3группа).

	1 группа		2 группа		3 группа	
	А	%	А	%	А	%
Уровень депрессии						
Нет депрессии	32	100	36	94,7	32	97

Невротический характер депрессии	-	-	2	5,3	1	3
Уровень ситуативной тревожности						
Низкая	9	28,6	7	18,4	9	27,3
Умеренная	14	42,9	18	47,4	15	45,5
Высокая	9	28,6	13	34,2	9	27,2
Личностная тревожность						
Низкая	5	14,3	5	13,2	6	18,2
Умеренная	22	71,4	14	36,8	19	57,6
Высокая	5	14,3	19	50	8	24,2
Индекс агрессивности						
Низкий	-	-	9	23,7	10	27,3
Нормальный	9		9	23,7	11	30,3
Высокий	23	71,4	20	52,6	12	36,4
Итого	32	100	38	100	33	100

В условиях ПБСТИН ведущее значение из СМПТ будет иметь неспецифическая профилактика, т. е. повышение сопротивляемости организма больного, так как адаптивный иммунитет у него снижен не только из-за влияния основного заболевания, но и воздействия социальных факторов риска. Именно с этой целью наряду с фармакотерапией важным звеном в комплексной терапии больных являются социально-реабилитационные мероприятия, когда сочетается медикаментозная и психотерапия, психологическая коррекция и мероприятия по социально-трудовой реабилитации. Для определения интенсивности и длительности таких мероприятий исследовали психологическое состояние пациентов с использованием отдельных методик, применение их предполагало оценку особенностей эмоционально-волевой сферы пациентов, больных ТБ. Интерес к исследованию эмоционального состояния пациентов, страдающих ТБ, обусловлен влиянием соматического заболевания на личность заболевшего [1]. Следовательно, длительное пребывание в условиях ПБСТИН усугубляет течение заболевания и изменяет поведение пациента в целом. Исходя из результатов исследований отечественных ученых, считали преобладающими эмоциями в процессе переживания болезни у пациентов с ТБ раздражительность, тревогу, страхи, снижение настроения, апатия. Изучено состояние ситуативной и личностной тревожности, депрессии и агрессии.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты по выявлению особенностей эмоционально-волевой сферы пациентов (депрессивного состояния, уровней ситуативной и личностной тревожности, агрессивности) у исследуемой группы пациентов представлены в таблице.

У впервые заболевших ТБ изменение эмоционального фона по депрессивному типу не выявлено. Вероятно, начальные этапы заболевания ТБ не вызывают переживаний длительного хронического расстройства, у

пациента остается надежда на выздоровление. Для пациентов с сопутствующим ТБ в 5,3% случаев наблюдается невротический характер депрессии, что указывает на недостаточную озабоченность заболеванием у всей группы. В группе же без сопутствующего ТБ в основном преобладает стабильное эмоциональное состояние без депрессивного фона.

Полученные результаты позволяют констатировать следующее:

1. Больные без сопутствующего ТБ в редких случаях склонны к изменению настроения, что, вероятно, является переживанием фрустрирующей ситуации.

2. У пациентов с впервые выявленным ТБ не диагностируется тенденции к изменению настроения, что может быть связано с недостаточным осознанием специфики сопутствующего заболевания и ослабленной критической оценке текущего состояния. В процессе течения сопутствующего заболевания уровень депрессии пациентов доходит до невротического, что указывает на сохранение длительного эмоционального напряжения, далее приводящего к фрустрации.

3. Для больных психиатрического регистра характерно слабое снижение фона настроения в связи с появлением сопутствующего заболевания (туберкулез), которое усугубляет отношение к себе в болезни и усиливает фрустрирующую ситуацию пребывания в стационаре, чем дезадаптирует поведение пациентов и усиливает явление госпитализма.

При анализе состояния (показателей) ситуативной тревожности у психиатрических пациентов с впервые выявленным ТБ выявлено в большинстве случаев умеренно выраженную тревожность (42,9%), что является показателем недовольства ситуацией, беспокойством о собственном состоянии здоровья. При почти таком же состоянии в контингенте с сопутствующим ТБ (47,4%), почти у трети выявлено состояние высокого уровня ситуативной тревожности (34,2%), но низкие показатели лишь у 18,4% больных ТБ. Повышение показателей ситуативной тревожности в группе больных с сопутствующим туберкулезом объясняется длительным эмоциональным напряжением, состоянием выраженного беспокойства за собственное здоровье, что в свою очередь усиливает фрустрирующую ситуацию. В группе без сопутствующего ТБ наблюдается схожая картина с пациентами с впервые выявленным ТБ.

В целом полученные данные по особенностям ситуативной тревожности следует отметить, что пациенты всех групп склонны к формированию умеренного уровня ситуативной тревожности. Однако, пациенты с впервые выявленным ТБ в большинстве находятся в постоянной деятельности, поскольку находятся на активном этапе лечения (изменение в бытовых условиях, усиление лекарственного лечения, частые медицинские процедуры и пр.). Наряду с этим, жизнь пациентов с сопутствующим заболеванием и не страдающих туберкулезом более рутинна, наполнена однообразными и

монотонными мероприятиями, что усиливает негативные переживания, снижая эмоциональный фон пациента. Следовательно, обеспокоенность своей дальнейшей жизнью сводится к переживанию текущих событий и зачастую зависит от сиюминутной ситуации.

Для полной оценки значения эмоциональных переживаний пациентов в патогенезе развивающегося у них заболевания ТБ рассмотрены показатели личностной тревожности. В группе впервые заболевших ТБ преобладающим является умеренный выраженный уровень личностной тревожности (71,4%), из которых 14 (60%) – страдали шизофренией. В то же время среди больных с сопутствующим ТБ преобладают пациенты с показателями высокого уровня личностной тревожности (50,0%), реже встречаются показатели умеренной личностной тревожности (36,8%), в редких случаях выявляются низкие показатели личностной тревожности (13,2%). Вероятно, высокие показатели являются не только следствием течения психического заболевания, но и отражает негативное восприятие испытуемыми широкого круга ситуаций. Следовательно, пребывание в стационаре закрытого типа, наличие инфекционного, сложно протекающего заболевания, эмоциональная нестабильность как составляющая психического заболевания приводит к личностной дезорганизации.

В контрольной группе (больные без сопутствующего ТБ) выявлено преобладание умеренного фона личностной тревожности (57,6%), несколько меньше наблюдается высокого уровня тревожности среди испытуемых (24,2%), низкие показатели личностной тревожности встречаются в исследуемой группе испытуемых в наименьшем количестве случаев (18,2%). Очевидно, что наличие сопутствующего заболевания усиливает внутренние переживания испытуемых об угрозах, чем ослабляет защитно-совладающие стратегии поведения и затрудняет последующую адаптацию к болезни. Зачастую такое поведение встречается у больных шизофренией.

Так, для больных с впервые выявленным ТБ свойственна умеренно выраженная ситуативная тревожность и личностная тревожность. Ситуация пребывания в стационаре закрытого типа и наличие инфекционного заболевания составляют основной фон эмоциональных переживаний, однако, они не доходят до высокого уровня в силу активной вовлеченности пациентов с впервые выявленным ТБ в процесс лечения. Для длительно же страдающих ТБ больных свойственна умеренно выраженная ситуационная и высокая личностная тревожность, так как длительное лечение ТБ приводит к эмоциональному истощению, ограничивают в потребностях, что снижает оптимистичность планов на будущее и придает негативный оттенок отношению к себе.

В группе испытуемых без сопутствующего ТБ умеренно выражены и личностная, и ситуативная тревожность, что все же указывает на обеспокоенность своим текущим положением и жизнью в целом.

Отмеченные закономерности позволяют оценить влияние и сопутствующих заболеваний на процесс лечения, поскольку негативное отношение к себе, выраженные эмоциональные переживания, связанные с болезнью, существенно изменяют отношение к лечению, чем осложняют лечебный процесс.

Изучение индекса агрессивности (ИА) в качестве фактора, усиливающего фрустрирующую ситуацию, показало, что наиболее часто (у 71,4%) высокий ИА выявляется у пациентов с впервые выявленным в ОПБСТИН ТБ. Полученные результаты возможно рассматривать как склонность испытуемых с впервые выявленным ТБ к превышению агрессивного поведения. В целом же у психически больных и страдающих ТБ установлено численное преобладание высокого индекса агрессивности над показателями агрессивности у больных без сопутствующего ТБ. Это объясняется тем, что соматическое заболевание усложняет самоощущение пациентов, чем ухудшает их самооценку, внося в нее негативные переживания. В связи с этим поведение пациентов с ТБ отличается эмоциональной нестабильностью, негативными эмоциональными реакциями (тревога и агрессия) и существенно снижает совладание с болезнью.

Подводя итоги психологического исследования, следует заключить, что пациенты, страдающие ТБ, находятся в длительном эмоциональном перенапряжении в силу переживаний, связанных с наличием инфекционного заболевания, долгосрочном пребывании в учреждении закрытого типа, рутинных лечебных мероприятий. Однако, фон эмоционального состояния не снижается до депрессивного, а включает в себя негативные эмоции, такие как тревога и агрессия. При этом важно отметить, что при возрастании длительности течения заболевания, у больных туберкулезом увеличивается ситуационная тревога, переходя в разряд личностных особенностей, а агрессивность преобладает на ранних этапах болезни, впоследствии ее влияние снижается.

Выводы. Выявленные существенные различия психологического состояния у психически больных, страдающих туберкулезом, необходимо учитывать при планировании и проведения комплексной терапии таких больных.

Список литературы

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рид М.. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. /Пер с нем. Г.А.Обухова, А.В.Бруенка; Предисл. В.Г.Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Казаковцев Б.А., Алкин Д.А., Букреев Н.В., Булыгин А.Г. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением // Психическое здоровье. –2011. – №5. –С.4-19.
3. Коломиец В.М., Коноркина Е.А., Шпак А.В. Социально-психо-логическая

- реабилитация психически больных как метод неспецифической профилактики туберкулеза. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – №3. – С. 19-22.
4. Коломиец В.М. Пенитенциарный туберкулез: патоморфоз и эффективность реабилитации. – Курск. – 2014. – 248 с.
 5. Нечаева О.Б., Стерликов С. А., Хуриева Н. Б. Целевые индикаторы и показатели Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 г. // Туберкулез и болезни лёгких. –2014. –№ 12. –С. 25-34.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СУБЪЕКТНОСТИ УЧЕБНЫХ ГРУПП (НА ПРИМЕРЕ ИЗУЧЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ 6-9 КЛАССОВ)

Котелевцев Н.А.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация: В статье рассматривается использование технологии построения развивающих социальных сред по Л.И. Уманскому-А.С. Чернышеву в условиях реализации программ социального обучения. Автором предлагается рассмотреть возможности создания развивающих социальных средств, как одних из условий становления субъектности изучаемых групп.

Ключевые слова: субъектность, группа как субъект, совместная деятельность, развивающие социальные среды.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL CONDITIONS OF FORMATION OF SUBJECTIVITY OF EDUCATIONAL GROUPS (ON THE EXAMPLE OF STUDYING STUDENTS OF 6-9 CLASSES)

Kotelevtsev N.A.

Kursk State University, Kursk, Russia

Abstract: The article discusses the use of technology for constructing developing social environments according to L.I. Umansky-A.S. Chernyshev in the context of the implementation of social education programs. The author proposes to consider the possibility of creating developing social means, as one of the conditions for the formation of the subjectivity of the studied groups.

Key words: subjectivity, a group as a subject, joint activity, developing social environments.

В настоящее время, всё большую актуальность приобретает проблема изучения субъектности и субъектных качеств временных коллективов. Одним из направлений исследований является определение социально-психологических условий формирования субъектности учебных групп, в условиях использования технологий построения развивающих социальных сред (далее РСС).

В рамках нашего экспериментального исследования, мы определяем субъектность как некоторое психологическое качество (свойство), «... которое позволяет аккумулировать энергетический потенциал всех психических процессов (а также высшей нервной деятельности), для достижения наиболее эффективных результатов решения задач на внутреннем и внешнем уровнях, с последующим их развитием» [1, С. 2]. Следуя данному подходу, мы можем рассматривать субъектность личности и группы не как сумму отдельных психических свойств, а как новое интегративное свойство, которое в процессе реализации совместной деятельности позволяет определить общий уровень эффективности адаптационного поведения (как человека, так и группы) к меняющимся условиям (в том числе и экстремальным), сохраняя целостной структуру всех психических процессов. Такое интегративное свойство, позволяет на более успешном уровне решать возникающие жизненные ситуации (повышая стрессоустойчивость и общие способности к социализации личности и группы).

В ходе нашего экспериментального исследования, нами в образовательном практике, совместно с психологами образовательных учреждений г. Курска, были внесены в жизнедеятельность обучающихся 6-9-х классов некоторые изменения, которые напрямую соотносятся с основными позициями концепции построения развивающей социальной среды по Л.И. Уманскому-А.С. Чернышеву. На базе образовательных организаций, были созданы психологические кружки проекта «Psy-Laboratorium», в рамках которого, проходило социальное обучение, психологическое просвещение обучающихся а так же, были организованы специальные мероприятия, направленные на развитие внутригруппового взаимодействия и согласованности действий.

В ходе занятий кружка, обучающимся предлагалось участвовать в различных видах совместной деятельности, в результате чего, члены групп были вовлечены как в участие, так и в организацию различного рода мероприятий. На первом этапе исследования, мы запустили пилотный проект в 8 школах, сформировав в каждой, группы по 12 человек.

По нашему мнению, внедрение такого вида деятельности в воспитательный и педагогический процесс, способствует: развитию личностных качеств обучающихся; формированию умения работы в коллективе, способности принимать решения в напряженных ситуациях;

развивает навыки социального взаимодействия на предметном и коммуникативном уровнях.

В качестве диагностического инструментария, позволяющего изучить уровень развития группы, мы использовали:

✓ карту-схему психолого-педагогической характеристики группы школьников Л.И. Уманского и А.С. Чернышева, позволяющую, через изучение мнений и представлений, определить уровень социально-психологической зрелости группы, а также степень включенности каждого члена группы [2, 3];

✓ аппаратную методику «Арка», разработанную группой сотрудников под руководством А. С. Чернышева, которая позволяет определить степень социально-психологической зрелости группы и настрой ее членов на совместную деятельность [4].

Проведя диагностическое исследования до включения экспериментальных групп в условия развивающей социальной среды, мы отметили следующие тенденции, которые показывают уровень развития субъектных качеств. Во всех группах было отмечено наличие:

- низкого уровня развития согласованности действий;
- низкий и ниже среднего уровень развития внутригрупповой коммуникации;
- высокая частота проявления конфликтных ситуаций;
- хаотичное лидерство;
- снижение результативности действий в условиях напряженной и экстремальной деятельности.

Опираясь на полученный в ходе первичного диагностического исследования результаты, нами были организованы серии занятий, актуализирующих процессы внутригруппового взаимодействия и совместной деятельности индивидов друг с другом, как в нормальных, так и в напряжённых условиях.

На рисунке 1 представлены данные о состоянии уровня развития коэффициента эффективности совместной деятельности в изученных группах до включения в развивающие социальные условия и внедрение социального обучения и после.

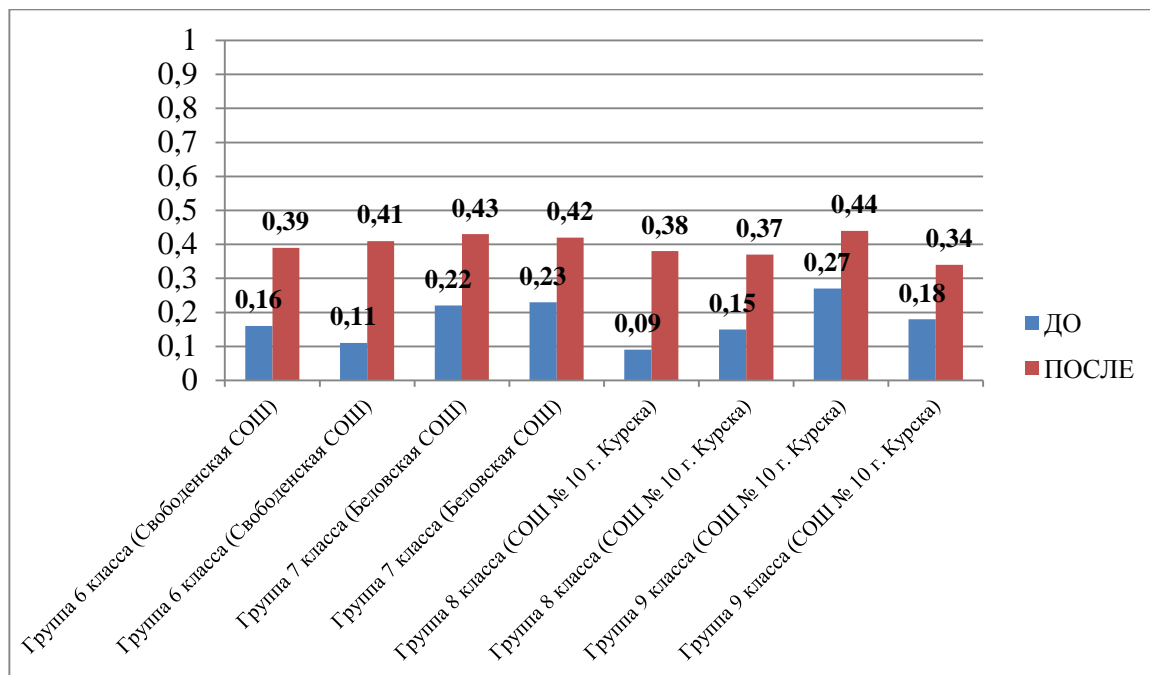


Рис.1. Гистограмма динамики изменения коэффициента эффективности деятельности группы L ($0,05 < L \leq 1,0$)

В рамках экспериментальных проб на приборе-модели «Арка», нами в качестве эталонного времени был взят усредненный результат высокоорганизованных групп – 21 сек. Как видно из рисунка 1, во всех группах наблюдается положительная динамика изменения изучаемого показателя. Так, на начальном этапе нашей работы, среди изученных групп самой длительной по времени экспериментальной пробой оказалась – сбор «Арки» в условиях напряженной деятельности, где одна из групп показала результат 3 минуты 53 секунды. В тоже время, после внедрения разнообразных форм организации совместной деятельности а так же социального обучения, нами отмечается положительная динамика развития коэффициента эффективности деятельности группы (минимальное время сбора «Арки» в изученных группах после изменения условий, составило 47 секунд).

Заметим, что у большинства испытуемых, отмечается качественное изменение и в показателе степени психологического настроения на совместную деятельность, что находит свое отражение с одной стороны: в способности членов группы находить наиболее оптимальное решение в ситуациях экстремальной деятельности; умении продуктивно решать возникающие конфликтные ситуации, тем самым расширяя возможности коммуникативного взаимодействия внутри группы; а с другой стороны – сохранение в группе положительного эмоционального тона, на фоне более высокой согласованности (как на уровне действий, так и на уровне мнений). Такие результаты показательны, так как они позволяют делать вывод о том, что

использование технологий построения развивающих социальных сред способствует развитию субъектности групп и включенных в них индивидов.

В результате, можно говорить о том, что на данном этапе нашей работы по изучению условий формирования субъектности учебных групп, имеются результаты, отражающие качественный и количественные изменения в таких компонентах групповой субъектности как: уровень внутригрупповой организованности, уровень социально-психологической зрелости группы, уровень общего психологического настроения на совместную деятельность. Заметим, что в контексте использования технологий построения развивающей социальной среды в обычных образовательных условиях (внеурочной деятельности) динамика изменения указанных показателей отличается своей плавностью, без резких количественных сдвигов (что отмечается при изучении формирования субъектности групп временных коллективов в условиях санаторного лечения). Использование указанных технологий, позволяет создавать такие коллективы, которые в своей жизнедеятельности становятся высокоорганизованными и способны проявлять субъектные качества, как в обычных условиях, так и в ситуации напряженной (с элементами экстремальной) деятельности. Предложенный нами вариант внедрения в образовательную практику технологий РСС в рамках внеурочной деятельности, помогает не только сформировать высокоорганизованные коллективы, но и оказывает положительное воздействие на развитие субъектных качеств личности, так как овладение навыками коммуникации, взаимодействия, решения конфликтных ситуаций, организации деятельности способствует развитию таких компетенций, которые оказываются социально-значимыми для индивида.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ (19-013-00016 А, по договору № 19-013-00016\19).

Список литературы

1. Котелевцев, Н.А. Современные представления о формах организации совместной деятельности в контексте субъектно-деятельностного подхода (на примере изучения временных молодежных коллективов детских центров курской области) / Н.А. Котелевцев // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. – № 4 (48). – 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://http://scientific-notes.ru/pdf/053-041.pdf> (дата обращения: 30.10.2019).
2. Психология лидерства: лидерство в социальных организациях : учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / под общ. ред. А.С. Чернышева. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 159 с.
3. Сарычев, С.В. Аппаратурная методика «Арка» как метод социально-психологического исследования / С.В. Сарычев, А.С. Чернышев // Вестник

- практической психологии образования : научно-методический журнал / Ред. И.В. Дубровина. – 2009. – №1 (18) январь-март 2009. – С. 112-118.
4. Социально одаренные дети: путь к лидерству (экспериментальный подход) / А. С. Чернышев, Ю. Л. Лобков, С. В. Сарычев, В. И. Скурятин. – 2-е изд., испр. и доп. – Воронеж : Кварта, 2007. – 210 с.

СВЯЗЬ ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК УЧАЩИХСЯ С ИХ УСПЕШНОСТЬЮ ПРИ СДАЧЕ ЕГЭ

**Лобанова Е.В., Лихачева Э.В., Николаева Л.П., Огнев А.С.,
Есенин Д.С., Дымарчук Д.Д., Мизин Н.В., Сударикова А.Р.**

Российский новый университет, г. Москва, Российская Федерация

Аннотация. В статье представлены результаты изучения связи персонуологических характеристик учащихся с их успешностью при подготовке и сдаче ЕГЭ. Показано, какие именно из наиболее часто используемых при описании личностных особенностей человека персонуологические характеристики коррелируют с суммарными баллами ЕГЭ и как подобные связи можно использовать для усовершенствования программ психологической подготовки к экзаменационным испытаниям подобного рода.

Ключевые слова: кардио-окулометрическая детекция, стресс, айтрекер, кардиокод, вариабельность сердечного ритма, психологическая подготовка к экзаменам, эффективность сдачи ЕГЭ

THE RELATIONSHIP OF THE PERSONAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS WITH THEIR SUCCESS IN PASSING THE EXAM

**Lobanova A.V., Likhacheva E.V., Nikolaeva L.P., Ognev A.S., Yesenin D.S.,
Dymarchuk D.D., Mizin N.V., Sudarikova A.V.**

New Russian University, Moscow, Russian Federation

Abstract. The article presents the results of a study of the relationship of the personality characteristics of students with their success in preparing and passing the exam. It is shown, which person personological characteristics correlate with the total exam scores and how similar connections can be used to improve programs of psychological preparation for examination tests of this kind.

Keywords: cardio-oculometric detection, stress, eye tracker, cardiocode, heart rate variability, psychological preparation for exams, effectiveness of passing the exam

Как это ни парадоксально, но ставшие объектом бурных общественных и политических дискуссий единые государственные экзамены (ЕГЭ) для психологической науки все еще остаются крайне редким предметом исследований. Это представляется тем более странным на фоне десятков тысяч педагогических и социологических исследований, касающихся эффективности этой формы оценки знаний, ее значимости для системы образования и качества подготовки учащихся. Причем, если в первые годы введения ЕГЭ хотя бы время от времени появлялись работы с рекомендациями психологов о том, как учащимся следует повышать эффективность своей подготовки к этой форме контроля, то сейчас их сменили полемические заметки сторонников либо отрицательного, либо положительного отношения к этим экзаменам.

Хотя ни у кого сейчас не вызывает сомнения то, что подготовка и сдача ЕГЭ сопряжены для учащихся с достаточно продолжительным стрессом, по-прежнему остается малоизученными личностные аспекты его преодоления. Все еще мало изучены вопросы влияния персонологических характеристик личности как субъекта учебной деятельности на эффективность преодоления стрессов подобного рода. Но без их изучения программы психологической подготовки к ЕГЭ приобретают обезличенный характер и, как правило, становятся набором универсальных рекомендаций, основанных в лучшем смысле на здравом смысле и жизненном опыте. Их обоснование и возможная корректировка все еще требуют более глубокого изучения связи персонологических характеристик учащихся с их успешностью при подготовке и сдаче ЕГЭ. С целью выявления такой связи было проведено исследование, в котором в общей сложности приняло участие 212 человек в возрасте от 16 до 21 года. Каждый респондент давал письменные ответы на вопросы следующих методик:

- тест «Анализ стиля жизни» (Бостонский тест на стрессоустойчивость);
- самооценка восприимчивости к стрессогенным факторам (М.Фридман, Р.Розенман);
- определение субъективной готовности к стрессовым испытаниям;
- шкала общей самооффективности Р. Шварца и М. Ерусалема (перевод и адаптация В.Г. Ромека);
- опросник TIPI-RU;
- опросник Кейрси.

Обработка полученных результатов производилась с помощью статистического пакета STADIA 8.0.

Статистически значимые корреляции Спирмена обнаружены между показателями ЕГЭ и показателями по таким шкалам, как стрессоустойчивость

(0,296), восприимчивость к стрессу (-0,243), способность прийти к согласию (0,498) и добросовестность (0,508) из теста «Большая пятерка» (опросник TIPI-RU), шкалы I (0,378), S (0,330), T (0,467), P (0,310) из теста Кейрси. Результаты факторного анализа полной полученной корреляционной матрицы с последующим варимакс-вращением представлены в таблице 1.

Таблица 1

Тестовые шкалы	1	2	3
Результаты ЕГЭ		0,370	
Стрессоустойчивость (Бостонский тест)	0,409	0,497	
Восприимчивость к стрессу А типа (методика Фридман-Розенман)	0,466		
Субъективная готовность к ЕГЭ			0,695
Экстраверсия (опросник TIPI-RU)	0,230		0,748
Дружелюбие (опросник TIPI-RU)	0,547		
Добросовестность (опросник TIPI-RU)		0,378	0,556
Эмоциональная стабильность (опросник TIPI-RU)		0,346	0,434
Открытость опыту (интеллект) (опросник TIPI-RU)	0,486		0,440
Самоэффективность		0,283	0,698
Е шкала Extraversion (опросник Кейрси)	0,265		0,778
I шкала Intmversion (опросник Кейрси)	0,355	0,716	-0,417
S шкала Sensation (опросник Кейрси)		0,709	0,335
N шкала Intuition (опросник Кейрси)	0,794		
T шкала Thinking (опросник Кейрси)		0,789	
F шкала Feeling (опросник Кейрси)	0,743		0,281
J шкала Judging (опросник Кейрси)		0,689	0,280
P шкала Perceiving (опросник Кейрси)	0,678	0,322	

Как показано в таблице 1, высокие результаты ЕГЭ вносят статистически значимый вклад в фактор, образованный высокими показателями стрессоустойчивости респондентов, их добросовестности и эмоциональной стабильностью. Они статистически значимо выше у респондентов с признаками темпераментов ISTJ и ISTP типа. Как известно, успешность представителей этих типов в различных видах деятельности основывается на интенсивных упражнениях тренировочного характера, на участии в многократно воспроизводимых испытаниях их способности решать определенные виды задач.

Кроме указанных психодиагностических опросников для 48 испытуемых, имевших опыт успешной сдачи ЕГЭ, дополнительно проводилась оценка их реагирования на стимульные материалы,

использовавшиеся в ходе экзаменов по математике. Образцы заданий и бланки для записи ответов служили в качестве визуальных стимулов. Для регистрации глазодвигательных реакций испытуемых на визуальные стимулы использовался портативный айтрекер (eye tracker) GP-3, различные возможности которого в плане окулометрической диагностики и его успешное использование в сочетании с компьютерным гемодинамическим анализатором «Кардиокод» приведены в работах [2; 6; 8]. Время экспонирования каждого стимула и регистрации связанных с ним кардиологических данных составляло 10 секунд. При работе с каждым испытуемым определялись обусловленный каждым отдельным стимулом индекс напряжения регуляторных систем (ИН) и частота сердечных сокращений (HR). При работе со стимулами с помощью айтрекера дополнительно регистрировалось время фиксации взгляда испытуемых на определенных фрагментах визуального стимула и определялось его процентное отношение (%) к общему времени экспозиции стимула.

Среднеарифметические значения ИН, полученные при поочередной демонстрации на экране айтрекера восьмицветной таблицы Люшера, задания по математике из демонстрационной версии ЕГЭ, бланка ЕГЭ и словосочетания «хорошее настроение» составили 562, 732, 638 и 529 единиц соответственно. Статистическая значимость различий между этими величинами была подтверждена путем расчета параметра Хи-квадрат, значения которого во всех случаях были не ниже 2254. Для перечисленных параметров были подсчитаны корреляционные связи по Спирмену, факторная структура которых представлена в таблице 2.

Таблица 2

переменные	1	2	3	4
ИН 1	0,234			-0,938
ИН 2			0,233	-0,541
ИН 3			0,986	
ИН 4	0,943			-0,207
Балл ЕГЭ		0,993		

В таблице 2 в качестве переменных указаны величины ИН, полученные при поочередной демонстрации на экране айтрекера восьмицветной таблицы Люшера (ИН 1), для задания по математике из демонстрационной версии ЕГЭ (ИН 2), бланка ЕГЭ (ИН 3), словосочетания «хорошее настроение» (ИН 4), суммарный балл ЕГЭ респондентов. Приведенная факторная структура корреляционных связей свидетельствует о том, что характер реагирования на связанные с прошедшими экзаменами стимулы у респондентов не зависит от степени их успешности. Их таблицы также следует, что сходный характер реагирования наблюдается при предъявлении на экране айтрекера

восьмицветной таблицы Люшера и словосочетания «хорошее настроение». Реагирование на предъявление на экране айтрекера задания по математике из демонстрационной версии ЕГЭ и бланка ЕГЭ образуют самостоятельный фактор.

В ходе послетестовых бесед более 30% респондентов отметили в качестве сильного дестабилизирующего фактора заявления учителей и родителей о том, что они сомневаются в способности учащихся успешно сдать предстоящие ЕГЭ. Также по заявлениям респондентов во многих школах по-прежнему недостаточно внимания уделяется подготовке учащихся к самой процедуре сдачи подобных экзаменов.

Полученные результаты позволяют утверждать, что обязательной составляющей подготовки к ЕГЭ должна быть не только предметная, но и психологическая подготовка учащихся, направленная на повышение их общей стрессоустойчивости и эмоциональной стабильности. В программу подготовки в обязательном порядке должны быть введены тренировочные занятия, сходные с тренировками спортсменов с многократно максимально точным воспроизведением всех процедур предстоящих экзаменов. Важной частью такой подготовки также является воспитательная работа, направленная на формирование и укрепление добросовестности учащихся, на повышение их готовности взять на себя роль субъектов разрешения жизненно важных проблем. Различные варианты такой подготовки, входящие в их состав приемы и заложенные в них механизмы детально описаны нами в работах [1, 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11].

Список литературы

1. Замолоцких Е.Г., Огнев А.С., Лихачева Э.В., Гончар С.Н., Кондратенко И.В. Компетентностный подход к решению проблемы построения индивидуальных образовательных траекторий. // Мир образования. – образование в мире. –2014. –№ 4 (56). –С. 159-164.
2. Лихачева Э.В., Огнев А.С. Оптимизация процедуры оценки субъектного потенциала личности. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. –2015. –№ 8-2. –С. 375-377.
3. Огнев А.С., Гончар С.Н. Психологические механизмы позитивного разрешения проблем // European Social Science Journal. –2013. –№ 11-2 (38). –С. 291-301.
4. Огнев А.С., Гончар С.Н. Совершенствование у студентов навыков разрешения проблем как элемент непрерывного профессионального образования. // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л.Н. Толстого.– 2013. № 3 (7).– С. 118-121.
5. Огнев А.С., Гончаров Ю.Н., Постникова Н.В. Мудрость как акмеологический феномен. // Акмеология. –2002. –№ 3 (4).–С. 17-22.

6. Огнев А.С., Лихачева Э.В. Валидность айтрекинга как инструмента психодиагностики. // Успехи современного естествознания.– 2015. –№ 1-8. –С. 1311-1314.
7. Огнев А., Лихачева Э. Когда команда – не коллектив, а коллектив – не команда. // Развитие личности. 2014. № 2. С. 173-179.
8. Огнев А.С., Лихачева Э.В. О возможности использования айтрекинга для инструментальной диагностики субъектных характеристик личности. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. –№ 8-1. –С. 176-180.
9. Огнев А.С., Лихачева Э.В., Сидоренко М.Г., Казаков К.А. Развитие субъектного потенциала личности как условие повышения конкурентоспособности студентов вуза // Вестник Воронежского государственного технического университета. –2013. –Т. 9.–№ 5-2. –С. 181-183.
10. Цыгина О.Д., Огнев А.С. Проблема самоопределения студентов вузов // Международный журнал экспериментального образования. –2013. –№ 8. – С. 60-64.
11. Цыгина О.Д., Огнев А.С., Дурнева Е.Е. Профессиональное самоопределение как элемент жизненной навигации // Международный журнал экспериментального образования.– 2013.– № 10-1. –С. 58-60.

ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ АСТЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Логачева Е.А., Гриднев М.А., Шутеева Т.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Астенический синдром представляет один из наиболее часто встречаемых синдромов в практике врачей различных специальностей и составляет до 60% всех обращений к врачам общей практики. Около половины пациентов, обратившихся к неврологу на амбулаторном приеме, находят у себя астенические проявления. Целью исследования явилось изучение астенических проявлений различных у пациентов молодого возраста и определение возможностей применения цитиколин для коррекции этого состояния. Методы обследования включали: 1) клиническое обследование, 2) неврологическое обследование 3) нейрокогнитивное обследование с использованием таблиц Шульте, 4) определение выраженности тревожно-депрессивных нарушений по НАМ-А и НАМ-D; 5) степень выраженности астении проводилось по шкале ШАС (в модификации Л.Д.Малковой и Т.Г.Чертовой). Обследовано 20 пациентов с функциональной астенией.

Возраст варьировал от 27 до 38 лет. Средний возраст - 32,6 года. У всех пациентов жалобы астенического характера отмечались около 6 месяцев. Группа контроля составила 10 пациентами с проявлениями функциональной астении. Пациенты обеих групп соответствовали друг другу по типу жалоб, возрастным параметрам, психофизиологическим показателям, уровню образования. Обе группы получали традиционное лечение- витаминотерапию. Пациенты основной группы в течение 30 дней принимали питьевой раствор цитиколина (нейпилепта) по 500 мг. В результате лечения в группе нейпилепта было выявлено существенное снижение астенических симптомов, уменьшились тревожно-депрессивные проявления, отмечалось улучшение когнитивного фона

Ключевые слова: астения, цитиколин, нейпилепт.

PROBLEMS OF CORRECTION OF ASTENIC CONDITIONS IN PERSONS OF YOUNG AGE

Logacheva E.A., Gridnev M.A., Shuteyeva T.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. Asthenic syndrome is one of the most common syndromes in the practice of doctors of various specialties and makes up 60% of all visits to general practitioners. About half of the patients who went to the neurologist on an outpatient appointment find asthenic manifestations. The aim of the study was to study the asthenic manifestations of various in young patients and determine the possibilities of using citicoline to correct this condition. The examination methods included: 1) clinical examination, 2) neurological examination, 3) neurocognitive examination using Schulte tables, 4) determination of the severity of anxiety-depressive disorders according to HAM-A and HAM-D; 5) the severity of asthenia was carried out according to the ShAS scale (as modified by L.D. Malkova and T.G. Chertova). 20 patients with functional asthenia were examined. Age ranged from 27 to 38 years. The average age is 32.6 years. All patients had asthenic complaints about 6 months. The control group consisted of 10 patients with manifestations of functional asthenia. Patients of both groups corresponded to each other according to the type of complaints, age parameters, psychophysiological indicators, level of education. Both groups received traditional treatment - vitamin therapy. Patients of the main group for 30 days took a drinking solution of citicoline (neupilept) 500 mg. As a result of treatment, a significant decrease in asthenic symptoms was revealed in the neupilept group, anxiety-depressive symptoms decreased, and cognitive improvement was noted.

Key words: asthenia, citicoline, neupilept

Введение. Астенические состояния побуждают большое количество пациентов обращаться с разнообразными жалобами к различным специалистам. Астения обеспечивает до 60% обращений к врачам общего профиля. Более половины неврологических пациентов жалуются на астенические проявления. Астения встречается во всех возрастных группах, однако ее пик приходится на возраст 35–40 лет [3]. Астения (от греч. *asthénéia* — бессилие, слабость) — состояние пациента, при котором развиваются повышенная утомляемость, снижение жизненного тонуса, толерантности к нагрузкам, развиваются скачки настроения, нарушения сна [7]. Астенические проявления являются составляющей различных соматических заболеваний [1]. Неспецифичность астенических симптомов дает объяснения их большой распространенности. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что к 2020 году астения и депрессия займут по частоте встречаемости 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность астении среди населения, различным данным колеблется от 10% до 45% [1; 5]. Астенический синдром — это многообразная клиническая симптоматика, среди которой можно выделить снижение работоспособности, постоянную усталость, снижение памяти, внимания, способности к обучению. Сюда же можно отнести разнообразные психоэмоциональные расстройства (повышение раздражительности, смена настроения, снижение интереса к происходящим событиям) [8]. Сегодня выделяют следующие клинические формы астений: экзогенно-органические: а) функциональная астения (соматогенная); б) органическая астения (цереброгенная), и психогенно-реактивные: а) синдром перегрузки; б) неврастения [5]. Функциональная астения (соматогенная) — это самостоятельная форма астении, которая не связана с органической патологией. Функциональная астения переутомления — это особое состояние организма в промежутке между здоровьем и болезнью, в основе формирования которого важная роль отводится психофизическим перегрузкам на рабочем месте, выраженным стрессам, нарушением режимов труда и отдыха [5]. Функциональная астения наиболее часто встречается среди других астений, ей свойственна практически полная обратимость симптомов [5]. К функциональным астениям относят реактивную астению — астению, развивающуюся у здоровых людей, попавших в ситуацию влияния различных неблагоприятных факторов. Например, астении на фоне соматических, инфекционных болезней, оперативных вмешательств. Также проявления функциональной астении могут выявляться у лиц, находящихся в условиях выраженных физических и психических (интеллектуальных) перегрузок. Это пациенты, профессии которых связаны с повышенным вниманием, эмоциональными перегрузками, трудом в сменном режиме, длительными перемещениями, которые сопровождаются сменой часовых поясов [5]. Органическая астения (симптоматическая) развивается у лиц с хронической соматической патологией различными

нейродегенеративными болезнями, онкопатологией, тяжелыми травмами. Она характеризуется стойкой и выраженной эмоциональной неустойчивостью, повышенным утомляемостью и различными многообразными соматическими жалобами [5]. При астенических состояниях существенно страдают энергозапасы организма. Значительную опасность представляет не только реальное снижение энергоресурсов, но и любая опасность их уменьшения вызовет падение общей активности, предшествующее реальной потере энергетических запасов [2] .

К механизмам формирования астенических реакций относят системный энергодефицит и расстройство нейрогуморальной иннервации . Длительный энергодефицит способствует формированию нейромедиаторных нарушений, которые лежат в основе когнитивных и тревожно-эмоциональных расстройств, снижающих качество жизни пациентов и их социальный статус. Одним из основных медиаторов, регулирующих когнитивные функции, является ацетилхолин. Ацетилхолин формирует устойчивость внимания, а его недостаток способствует развитию когнитивных нарушений [10].

На сегодняшний день есть много различных средств для коррекции проявлений астении, но проблема лечения астенических состояний продолжает оставаться сложной. Необходимо соблюдение режимов труда и отдыха (нормированный рабочий день, правильная организация труда, достаточный сон, борьба с гиподинамией, вредными привычками) [2; 4; 8]. Лекарственные средства могут изменять проявление одних симптомов и не влиять на другие. Часто пациентам назначают целый комплекс лекарств , направленных на снижение астенических жалоб. Назначают лекарственные препараты, которые регулируют обменные процессы в нейронах головного мозга, – антидепрессанты, нейролептики, вегетотропы, витаминные комплексы, адаптогены, биологически активные добавки [6]. Сегодня астению лечат посимптомно, так как каждая из выше перечисленных групп препаратов влияет лишь на определенные ее проявления. Адекватная же терапия должна быть направлена на гипоэргоз – основу астенических проявлений. Современная нейрометаболическая энергокоррекция должна способствовать увеличению устойчивости и жизнеспособности нейронов, корректировать нейробиохимические сдвиги, наблюдающиеся при астении.

К таким средствам относятся препараты цитиколинового ряда, представителем которого является нейпилепт [9]. Холин, который входит цитиколина, обеспечивает синтез ацетилхолина, недостаток которого в головном мозге является основой многих патологических процессов. В условиях энергодефицита уменьшается физиологический синтез эндогенного ЦДФ-холина из-за дисбаланса энергетического метаболизма и снижения макроэргических соединений, поэтому необходимо своевременное пополнение этого медиатора. Цитиколин, являясь источником холина, обеспечивает синтез ацетилхолина, активизирует тирозингидроксилазу и

секрецию дофамина [10]. Стрессопротекторное действие цитиколина заключается в нормализации соматовегетативных нарушений, нормализации расстройств сна, повышению настроения. Антидепрессивный эффект обусловлен с его способностью активизировать норадренергическую, дофаминергическую и серотонинергическую системы.

Цель – оценить возможности использования цитиколина (нейпилепта для лечения астенического синдрома.

Материалы и методы. Исследование выполнено в 2-х группах пациентов с проявлением функциональной астении: основная и контрольная в возрасте 27 - 38 лет, средний возраст составил 32,6 года. В основную группу вошли 20 человек. Из них мужчины - 6 (30%), женщины - 14 (70%). года. Контрольная группа составила 10 пациентов. Все пациенты предъявляли разнообразные жалобы, укладывающиеся в рамки функциональной астении, около 6 месяцев. Развитию симптомов функциональной астении способствовали психоэмоциональный стресс (25%), физическое перенапряжение, нарушения условий труда (ненормированный рабочий день, длительная работа без отпусков, регулярные ночные дежурства и ночные смены) – в 47 % и 40 % случаев соответственно. У пациентов не было хронических соматических заболеваний. Исследовались соматический и неврологический статусы. Степень выраженности астении проводилось по шкале ШАС (в модификации Л.Д.Малковой и Т.Г.Чертовой). Проявления тревожно-депрессивных расстройств оценивалась по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS), когнитивные функции оценивались с помощью пробы Шульте. Пациенты имели приблизительно одинаковый сопоставимый образовательный уровень. Обе группы получали витамины, соответствующие по составу. В комплексное лечение основной группы был включен нейпилепт (питьевой раствор) по 500 м. в сутки 30 дней. Статистическая обработка проводилась с помощью комплекса статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. Пациенты основной и контрольной групп жаловались на выраженную слабость, снижение памяти, жизненного тонуса, повышенную психоэмоциональную истощаемость, эмоциональную неустойчивость, повышенную тревожность, депрессивные настроения, уменьшение концентрации внимания, разнообразные болевые ощущения различной локализации и интенсивности. Патологии в неврологическом статусе не выявлялось. Соматический осмотр выявил колебания артериального давления дистонического характера, смешанный дермографизм. Прием нейпилепта способствовал нормализации нейрокогнитивных показателей (таблица 1). Пациенты указывали на активизации способности к запоминанию, повышение концентрации внимания, уменьшение рассеянности, что значительно улучшило их профессиональную деятельность. Возросла активность когнитивных процессов и в условиях нарушенной организации труда, психоэмоциональных стрессов.

Таблица 1

Результаты нейрокогнитивного тестирования

Шкалы	Группа	До лечения	После лечения
Проба Шульте	Основная	53,2±7,4	39,1±4,6*
	Контроль	54,1±5,1	51,7±5,2
MoCA-тест	Основная	23,2±1,2	25,6±0,7*
	Контроль	23,6±1,1	24,6±1,2

* $p < 0,005$

Оценка степени выраженности астенических проявлений показала, что у пациентов основной и контрольной групп были выявлены признаки от «умеренной» до «выраженной» астении (таблица 2).

Таблица 2

Результаты оценки выраженности астенических проявлений (по ШАС)

Показатель	Группа	До лечения	После лечения
Шкала ШАС	Основная	87,3±6,9	57,2±3,3*
	Контроль	87,2±6,8	72,2±5,2*

* ($p < 0,05$).

После лечения нейпилептом выраженность астенических расстройств в основной группе стала соответствовать признакам «слабой» астении. В группе контроля уменьшение астенических проявлений было также достоверно, но в меньшей степени.

Таблица 3

Выраженность тревожно-депрессивных проявлений по шкалам HARS и HDRS

Шкала Гамильтона	Группа	До лечения	После лечения
Уровень тревоги (HARS)	Основная	21,3±2,1	13,2±2,1*
	Контроль	21,4±2,2	17,9±2,3
Уровень депрессии (HDRS)	Основная	15,1±2,3	12,1±2,2*
	Контроль	15,6±1,7	14,5±2,1

* $p < 0,05$

Нейпилепт показал значительное положительное влияние на показатели психической и соматической тревоги (таблица 3). Это объясняется процессами активизации норадренергической, дофаминергической и серотонинергической систем при приеме нейпилепта

[9]. Применение нейпилепта не сопровождалось нежелательными явлениями, что способствовало приверженности терапии.

Выводы. Применение нейпилепта в дозе 500 мг в день в течение месяца для лечения функциональной астении способствует улучшению качества жизни пациентов, стимулирует психоэмоциональную и психофизическую адаптацию в условиях неадекватных психических и физических нагрузок.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Терапия астенических состояний // Фармацевтический вестник.– 2003.– № 282.– С. 15–16.
2. Воробьева А.А. Астенические состояния: эффективная и безопасная терапия // РМЖ.– 2009.– №20.– С. 1330-1334.
3. Гусев В.В., Львова О.А. Современные подходы к терапии астенического синдрома // Consilium Medicum.–2013. –№01.– С. 60-64
4. Путилина М. В. Астенические расстройства в общей медицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии // Нервные болезни.– 2013.– №4.– С.26-33.
5. Путилина М.В. Особенности терапии астенических расстройств // Consilium medicum. Неврология.– 2010.– № 1.– С. 30–35/
6. Чернущь Н.П., Шатихин А.И. Синдром функциональной астении в общетерапевтической практике. Трудности диагностики и терапии // Трудный пациент.– 2009.– № 6.– С. 29-34.
7. Шабров А.В., Соловьева С.Л. Астенические расстройства в терапевтической практике.– Рук-во по диагностике и лечению. –СПб., – 2010. –379 с.
8. Шутеева Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявления астенического синдрома//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018.– Т. 118. –№ 2.– С. 81-84.
9. Шутеева Т.В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции // РМЖ.– 2018.–Т.26.– №4-2.– С. 80-84.
10. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А. Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005.– Т. 105. – №4. – С.3-17 .

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ВНИМАНИЯ И ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Лукьянчикова А.С., Феоктистова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В данной статье приведены результаты исследования, в котором приняли участие 10 пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством, и 10 больных с шизофренией на ранних этапах заболевания (до 5 лет). Целью работы стало изучение особенностей нарушения когнитивных функций, таких как внимание и память, у данных испытуемых. Полученные результаты свидетельствуют о значительном снижении когнитивных функций у больных шизофренией, в сравнении с больными шизоаффективным расстройством.

Ключевые слова. Шизофрения, шизоаффективное расстройство, когнитивные функции, внимание, память.

**COMPARATIVE EVALUATION OF ATTENTION AND MEMORY
FEATURES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND
SCHIZOAFFECTIVE DISORDER**

Lukyanchikova A. S., Feoktistova E. V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. This article presents the results of a study involving 10 patients suffering from schizoaffective disorder, and 10 patients with schizophrenia in the early stages of the disease (up to 5 years). The aim of the work was to study the features of cognitive impairment, such as attention and memory, in these subjects. The results indicate a significant decrease in cognitive function in patients with schizophrenia, compared with patients with schizoaffective disorder.

Keyword. Schizophrenia, schizoaffective disorder, cognitive function, attention, memory.

Известно, что одной из основных патопсихологических характеристик таких психических заболеваний, как шизофрения и шизоаффективное расстройство, считается нарушение когнитивных процессов, в частности внимания и памяти [1]. Данная патология проявляется на протяжении всех этапов заболевания, связана с выраженностью текущей симптоматики, генетической предрасположенностью к болезни и играет существенную роль в социализации больного [3]. Нарушения когнитивных функций у больных шизофренией широко изучены, их принято считать стержневыми наряду с продуктивной и негативной симптоматикой, что касается шизоаффективного расстройства, можно отметить, чрезвычайную ограниченность исследований когнитивного профиля данных больных [2].

Для составления качественных программ психотерапевтической помощи и улучшения эффективности психотерапевтического вмешательства, для пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, важно учитывать особенности когнитивного дефекта, так как они затрудняют социальную адаптацию, приводят к формированию ряда вторичных нарушений и инвалидизации [3].

Целью данного исследования стал сравнительный анализ особенностей внимания и памяти у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Исследование проведено на базе Курского клинического психоневрологического диспансера (г. Курск). Были сформированы две группы испытуемых. В экспериментальную группу (ОГ) вошли 10 человек с диагнозом шизофрения, болеющих не более 5 лет, контрольную – 10 человек с шизоаффективным расстройством (КГ). Критериями исключения стали наличие органического поражения головного мозга, коморбидная психическая патология, длительность заболевания более 5 лет.

Для проведения исследования были использованы следующие методики: «Таблицы Шульте», «Отсчитывание», «Запоминание 10 слов» по А.Р. Лурия, «Пересказ рассказа».

Для оценки статистической значимости уровня различий в двух группах был использован U-критерий Манна-Уитни. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

В таблице №1 представлены показатели когнитивных функций основной и контрольной групп.

Таблица 1

Сравнительный анализ когнитивных функций у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством

Предъявление	ОГ	КГ
«Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия		
1	0,049367* p-level	0,043210* p-level
2	0,008151** p-level	0,006976** p-level
3	0,014020* p-level	0,012543* p-level
4	0,017258* p-level	0,015056* p-level
5	0,004072** p-level	0,003106** p-level
Отсроченное воспр.	0,009109 ** p-level	0,008343** p-level
«Пересказ рассказа»		
1	0,005159** p-level	0,001995** p-level
«Таблицы Шульте»		
1	0,041251* p-level	0,040794* p-level
3	0,015565* p-level	0,015448* p-level

Примечание: * — различия обнаружены на достоверном уровне статистической значимости ($0,01 < p \leq 0,05$); ** — различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$).

В результате проведенного исследования были обнаружены статистически значимые различия разного уровня достоверности (Таблица 1). У больных шизоаффективными расстройствами наблюдаются значительно более высокие показатели по всем предъявлениям методики «Запоминание 10 слов», в том числе и отсроченному воспроизведению, чем у пациентов, страдающих шизофренией (Рис. 1.).

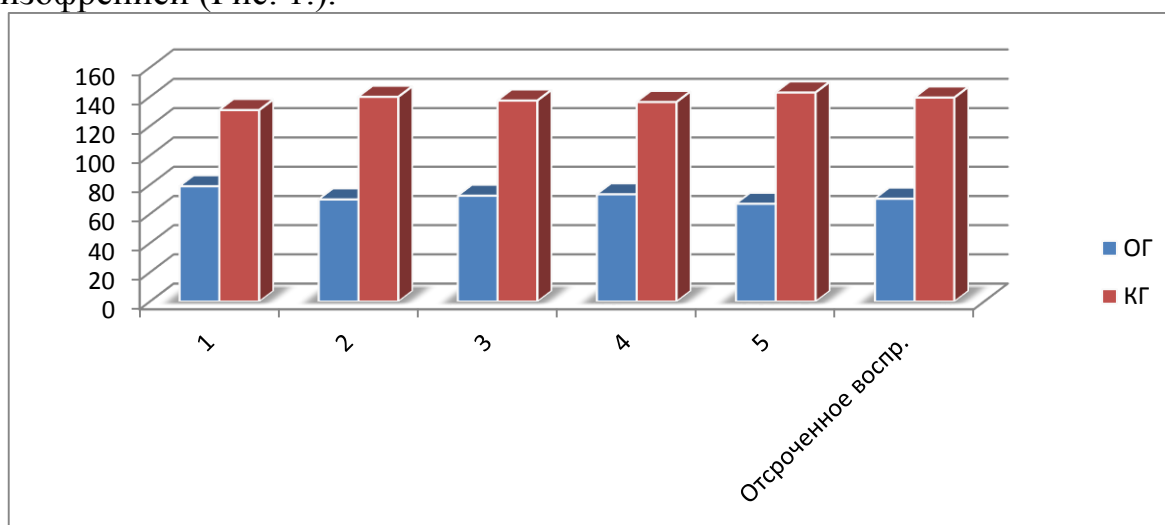


Рис. 1. Показатели эффективности выполнения методики «Запоминание 10 слов» по А.Р. Лурия

Примечание: ось ОУ-максимальные и минимальные значения Rank Sum.
ось ОХ-номер предъявления.

Та же тенденция просматривается в результатах методики «Пересказ рассказа» (Рис. 2.). Можно сделать вывод, что больным шизофренией присуще более грубое снижение механического запоминания и долговременной памяти.

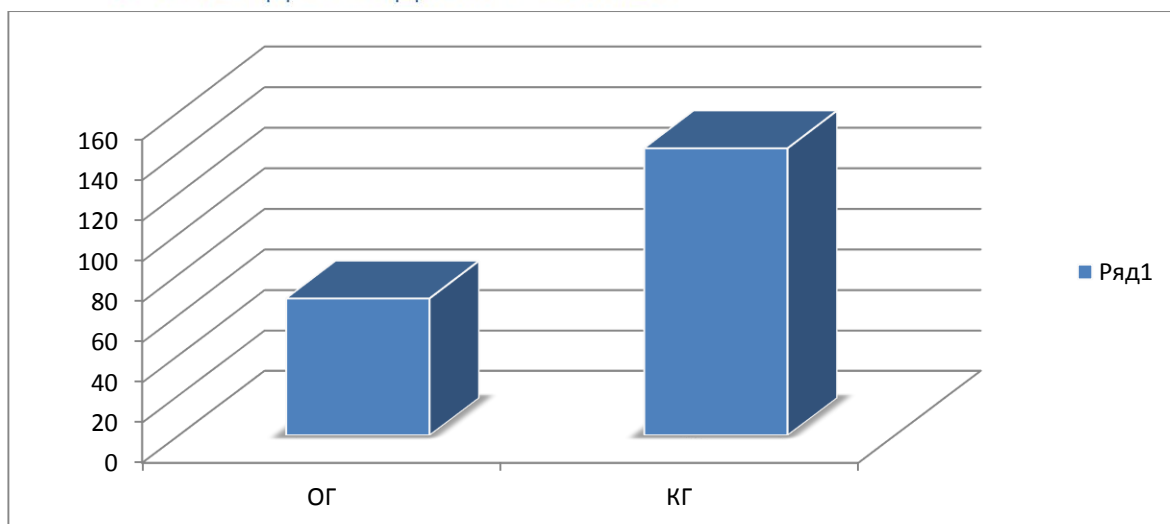


Рис. 2. Показатели эффективности выполнения методики «Пересказ рассказа»

Примечание: ось ОУ-максимальные и минимальные значения Rank Sum.
ось ОХ-группа испытуемых.

В ходе исследования так же были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне значимости в 1 и 3 предъявлении методики «Таблицы Шульте» (рис. 3), в методике «Отсчитывание» напротив значимых различий выявлено не было. Таким образом, можно сказать, что у пациентов, страдающих шизофренией более ярко выражено снижение концентрации и переключаемости внимания в 1 и 3 таблице, чем у больных шизоаффективным расстройством.

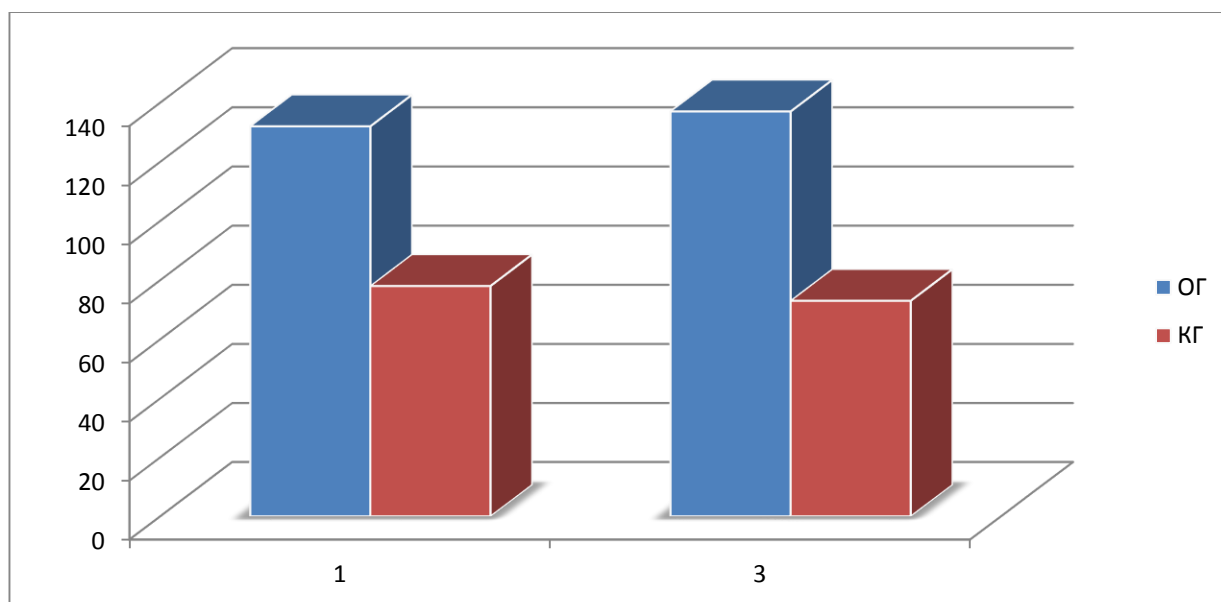


Рис. 3. Показатели эффективности выполнения методики «Таблицы Шульте»

Примечание: ось ОУ-максимальные и минимальные значения Rank Sum.
ось ОХ-номер предъявления.

Данные, полученные в ходе диагностики особенностей нарушений таких когнитивных функций, как внимание и память, у больных шизофренией и у пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством, позволили сделать вывод, что вышеназванные психические функции в большей степени подвержены нарушению у больных шизофренией, чем у лиц, страдающих шизоаффективным расстройством. Что, в свою очередь, подтверждает необходимость составления качественных программ реабилитации, с целью улучшения качества жизни пациентов данной группы.

Список литературы

1. Мухитова, Ю.В. Диагностика когнитивных дисфункций у больных шизофренией при оценке степени выраженности психического дефекта/ Ю.В. Мухитова// Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.–2017.–Т.9. –№ 2(43).–С.7.
2. Петрова, Н.Н. Когнитивные нарушения у больных шизофренией на разных этапах течения заболевания / Н.Н. Петрова, М.В.Дорофейкова, Е.Е. Воинкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. –Т. 116. –№ 4. –С. 10-15.
3. Хомицкий, Н. Е. Компаративный анализ показателей социальной дезадаптации и критичности у пациентов с шизоаффективным расстройством и параноидальной шизофренией как компонентов патоперсоналогических трансформаций/ Н.Е. Хомицкий// Запорожский медицинский журнал.–2018.–Т.20.– №2. –С.242-247.

БИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Макарова Д.В., Селина И.А., Толоконникова И.С.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация: в статье рассмотрены биографические особенности больных паническими расстройствами. Авторами был проведен анализ основных психологических и социальных факторов, оказывающих воздействие на этиологию и патогенез заболевания.

Ключевые слова: паническое расстройство, панические атаки, социальные факторы, семейное воспитание.

BIOGRAPHIC FEATURES OF PERSONS WITH PANIC DISORDERS

Makarova D.V., Selina I.A., Tolokonnikova I.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article discusses the biographical features of patients with panic disorders. The authors analyzed the main psychological and social factors that affect the etiology and pathogenesis of the disease.

Key words: panic disorder, panic attacks, social factors, family upbringing.

Актуальность исследования обусловлена рядом обстоятельств. К ним можно отнести широкую распространенность и большое число модификаций категории состояний, определяемых как «паническое расстройство» и «паническая атака», недостаточную изученность специфики отдельных аспектов биографии, личности больных и окружающей среды. Перечисленные данные позволяют расширить представление об этиологии панических расстройств и выделить факторы риска возникновения данной формы заболевания в процессе становления личности.

Паническое расстройство в соответствии с современными классификациями болезней относится к группе тревожных расстройств. Данное заболевание характеризуется возникновением приступов панических атак, которые являются повторяющимися, неконтролируемыми, непредсказуемыми для человека.

Исходя из проведенного теоретического анализа, можно отметить, что первичная гипотеза возникновения панических атак была выдвинута З. Фрейдом, который выделил в отдельную группу «синдром страха». С точки зрения психодинамического направления причины заболевания заключены в предшествующем опыте человека. То есть панические атаки детерминированы индивидуальной историей развития, в частности, опытом, полученным в раннем детстве.

На настоящий момент времени этиология панического расстройства рассматривается с позиции вклада в формирование заболевания биологических и психологических факторов. Биологические факторы определяются наследственной предрасположенностью к группе тревожно-депрессивных расстройств. Стоит отметить, что наследуется не подверженность определенным заболеваниям, а отдельные черты личности, среди которых можно выделить склонность к сверхчувствительности на несущественные изменения окружающей среды, эмоциональную лабильность, повышенную сензитивность к тревожным стимулам [1].

К психологическим факторам большинством авторов относится попытка предупреждения организма о возможной угрозе, основанная на негативном прошлом опыте. Соответственно, паническая атака является результатом попытки мобилизации организма в целях ответа на внешнюю угрозу для сохранения целостности собственного «Я» личности [3].

Т.Г. Вознесенская отводила важное место внешнесредовым воздействиям в формировании тревожных расстройств. По ее мнению, важную роль в развитии данной формы патологии играют особенности воспитания ребенка в раннем возрасте, особенности отношений между членами семьи, жизненный уклад семьи, различные психотравмирующие ситуации [1]. По ее мнению, наибольшее воздействие оказывает гиперопекающее отношение родителей, формирующее у ребенка ощущение небезопасности окружающего мира и невозможности справиться с внешними угрозами без помощи взрослых.

Некоторыми авторами детство больных паническими расстройствами обозначается как «хаотическое», характеризующееся отсутствием стабильности и чувства защищенности [2].

Более подробные исследования, рассматривающие роль психосоциальных факторов в возникновении и развитии панических расстройств отсутствуют. Их влияние признается авторами, но детального рассмотрения не получает.

В связи с вышеобозначенными особенностями нами было проведено исследование. В качестве методики был использован «Биографический опросник» в адаптации В. А. Чикера, с помощью которого возможно получить объективную и субъективную информацию о раннем поведении человека, его семейном воспитании, а также его поведении в социальной среде.

Экспериментальную группу составили больные с паническими расстройствами, в качестве контрольной группы выступили здоровые люди с высоким уровнем тревожности.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная наркологическая больница», ОБУЗ «Курский клинический психоневрологический диспансер».

По результатам сравнения экспериментальной и контрольной группы были получены статистически значимые различия по следующим шкалам: «сила Я», «нейротизм», «социальная активность», «психофизическая конституция», «семейная ситуация», «социальное положение», «стиль воспитания».

Рассмотрим полученные результаты подробно.

Шкала «Семейная ситуация». Результаты по данной шкале утверждают о том, что больные паническими расстройствами наиболее часто имеют семейные проблемы в период становления личности. Это в свою очередь оказывает негативное влияние на отношения и в зрелом возрасте, особенно активно это проявляется с социальным окружением.

Шкала «Сила Я». Испытуемые с паническими расстройствами обладают недостаточной силой «Я», что в свою очередь выражается в низкой уверенности в себе, сниженной способности добиваться своего, что, по нашему мнению, соотносится с их низкой социальной активностью, фиксации на своём здоровье, попытках контролировать своё состояние.

Повторение панических атак при безуспешных попытках их предотвращения ещё больше снижают и без того низкую самооценку больных.

Шкала «Социальное положение». Анализ полученных выявил, что в группе испытуемых наблюдаются трудности в адаптации в новой социальной ситуации, присутствует напряжение в личных ситуациях.

Шкала «Стиль воспитания». У больных можно наблюдать некоторые особенности личности, сформированные путем негативного воспитательного поведения родителей, либо людей, которые их замещают, что характеризует неблагоприятный характер сотрудничества между ними. Также выявлен невротизированный стиль воспитания.

Шкала «Нейротизм». В экспериментальной группе у испытуемых в большей степени выявляется эмоциональная неустойчивость в ярких, неконтролируемых эмоциональных реакциях. Важно отметить присутствие общей психической неустойчивости, ранимости и тревожности.

Шкала «Социальная активность». Больные паническим расстройством проявляют трудности в установлении и поддержании контактов с другими людьми, также они сталкиваются с проблемами в раскрытии себя. Это является результатом обнаружившихся ранее выраженных у больных трудностей с социальной адаптацией. Они в свою очередь связаны преимущественно с дискомфортом в ситуации заболевания паническим расстройством, беспокойством о месте и времени возникновения повторных атак.

Шкала «Психофизическая конституция». В группе испытуемых с паническими расстройствами наблюдается склонность к различным соматическим нарушениям, склонность проявлять реакции на стрессовые нагрузки в виде изменения своего физического самочувствия.

Данные показатели свидетельствуют о подтверждении выдвинутого нами в начале исследования предположения. Формирование и прогрессивность заболевания определяются, не только физиологическими и конституциональными факторами. Немаловажная роль отводится психологическим особенностям формирующейся личности, как в детском возрасте, так и на пути ее дальнейшего становления и развития в социуме.

Список литературы

1. Вознесенская, Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение [Текст] / Т.Г. Вознесенская // НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОПСИХИАТРИЯ, ПСИХОСОМАТИКА. – 2013. – №2. – С. 18-22.
2. Кочетков, Я.А. Объектные отношения у пациентов с паническим расстройством [Текст] / Я.А. Кочетков, Е.Т. Соколова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16, №. 2. – С. 10-14.
3. Петрусева, М.С. Личностные особенности людей, переживающих панические атаки [Текст]: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / М.С. Петрусева. – Москва, 2013. – 28 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ
СПЕЦИАЛЬНОГО (КОРРЕКЦИОННОГО) ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ РЕСУРСНОСТИ
(пилотажное исследование)**

Малихова Л.Н., Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты пилотажного исследования особенностей психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения с различным уровнем ресурсности. Выявлена складывающаяся симптоматика психического выгорания. Эмпирически доказано, что при высоком уровне личностных ресурсов педагогов и его дальнейшей оптимизации возможно снижение уровня переживаний психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности, неудовлетворенности, ограничений эмоциональной отдачи, редукации профессиональных обязанностей, требующих эмоциональных затрат, деперсонализации, а также появляющихся психосоматических и психовегетативных проблем и в целом напряжения, сопротивления нарастающему стрессу и падения энергетического тонуса.

Ключевые слова: психическое выгорание, педагоги, специальное (коррекционное) образовательное учреждение, ресурсы.

**FEATURES OF MENTAL BURNOUT TEACHERS OF THE SPECIAL
(CORRECTIVE) EDUCATIONAL INSTITUTION WITH DIFFERENT
LEVEL OF RESOURCE (pilot study)**

Malikhova L.N., Molchanova L.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The results of a pilot study of the characteristics of mental burnout of teachers of a special (correctional) educational institution with a different level of resource are presented in the article. The emerging symptoms of mental burnout have been identified. It is empirically proven that with a high level of personal resources of teachers and its further optimization, it is possible to reduce the level of experience of psycho-traumatic circumstances of professional activity, dissatisfaction, limitations of emotional return, reduction of professional duties that require emotional costs, depersonalization, as well as emerging psychosomatic and

psycho-vegetative problems and overall stress, resistance to increasing stress and falling energy tone.

Key words: mental burnout, teachers, special (correctional) educational institution, resources.

Особые условия профессиональной деятельности педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений работают в особых условиях, характеризующихся психоэмоциональной напряженностью самим субъектом – детьми с психофизиологическими особенностями предъявляют повышенные требования к личностным ресурсам, порой способствуя возникновению психического выгорания [2; 3; 4; 5; 8; 9; 10; 11; 12; 14; 15]. Результаты проведенного библиометрического анализа публикационной активности в информационном пространстве электронной библиотеки «eLIBRARY.ru» по ключевому запросу «выгорание педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения» свидетельствуют о невысоком ее уровне [4; 5], что актуализирует настоящую проблему. Так, за десятилетний период (с 2008 г. по 2018 г.) общий объем найденных публикаций равнялся 8 (восемь). А в международной базе цитирования «Scopus» поисковый запрос «burnout among special education teachers» засвидетельствовал 37 научных публикаций).

В зарубежных источниках [10; 11; 12; 14; 15], посвященных проблеме психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения, как и в отечественных исследованиях [2; 3; 8; 9] в центре внимания специалистов сущность, причины, факторы, диагностика, профилактика и коррекция. За прошедшие 10 лет отмечается отсутствие в международной электронной базе цитирования «SCOPUS» научных публикаций, посвященных исследованию ресурсов преодоления психического выгорания у педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения [6]. А в электронной библиотеки «eLIBRARY.ru» по ключевому поисковому запросу «ресурсы преодоления психического выгорания» найдена всего лишь 1 (одну) статью за весь период.

В качестве объекта исследования рассматривали психическое выгорание педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения, а предмета – особенности их психического выгорания при различном уровне ресурсности.

Исследование осуществлялось в Областном казенном общеобразовательном учреждении «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья». В нем приняли участие 20 педагогов женского пола в возрасте $36,5 \pm 3,7$ лет, имеющих стаж профессиональной деятельности от 5 до 17 лет. В пакет психодиагностических методик вошли опросники: «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко), «Потери и приобретения персональных ресурсов» (Н.В. Водопьянова, М. Штейн). С целью обработки результатов применяли методы математико-

статистического анализа: описательную статистику, сравнительный (критерий U-Манна-Уитни) и корреляционный виды анализа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения (“Statistica 11.0”).

Современное понимание психического выгорания в социальной психологии сводится к эмоциональному утомлению, вызванному взаимоотношениями между профессионалом и его клиентом, преимущественно проявляется в профессиях помогающего типа и объясняется их специфическими условиями и содержанием (интенсивностью, продолжительностью и сложностью межличностных контактов, разновозрастным контингентом клиентов, остротой их проблем, нерегламентированностью рабочего дня и т.д.), к состоянию физического, эмоционального и умственного истощения личности [7; 13].

В нашем исследовании, вслед за Н.Е. Водопьяновой (2014), психическое выгорание рассматриваем как результат снижения ресурсообеспечения на разных уровнях психологической регуляции. Ресурсная база человека как индивида, субъекта, личности и индивидуальности представляют собой сложное структурно-уровневое образование из психологических ресурсов профессионально-личностного развития, сохранения (устойчивости) к профессиональным трудностям и преодоления профессиональных стрессов [1].

Исследование психического выгорания психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения осуществлялось с помощью опросника «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) и указало на следующие результаты (см. таблицы 1, 2).

Таблица 1

Средние значения показателей фаз психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения

Наименование показателя	$X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	$X_{\text{порог.}}$			качественный
		Фаза не сформировавшаяся	Фаза в стадии формирования	Фаза сформировавшаяся	
Напряжение	33,15±9,59	36 и менее баллов	37-60 баллов	61 и более баллов	Несформировавшаяся
Резистенция	55,20±2,83	36 и менее баллов	37-60 баллов	61 и более баллов	В стадии формирования
Истощение	33,75±7,54	36 и менее баллов	37-60 баллов	61 и более баллов	Несформировавшаяся
Итоговый показатель выгорания	122,10±5,33	108 и менее	111-180 баллов	183 и более	В стадии формирования

Таблица 2

**Средние значения показателей симптомов фаз психического
выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного
учреждения**

Наименование показателя	$X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x$	$X_{\text{порог.}}$			качественный
		Симптом не сложивши йся	Симптом склады- вающий- ся	Симптом сложивши йся	
Переживание психотравмирующих обстоятельств	12,05±7,88	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся
Неудовлетворенность собой	5,10±3,80	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	не сложившийся
«Загнанность в клетку»	6,20±5,89	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	не сложившийся
Тревога и депрессия	9,80±9,31	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	16,35±6,77	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	сложившийся
Эмоционально-нравственная дезориентация	7,70±5,55	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	не сложившийся
Расширение сферы экономии эмоций	15,70±12,54	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся
Редукция профессиональных обязанностей	15,45±8,43	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся
Эмоциональный дефицит	10,05±7,76	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся
Эмоциональная отстраненность	6,00±3,36	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	не сложившийся
Личностная отстраненность (деперсонализация)	5,95±4,66	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	не сложившийся
Психосоматические и психовегетативные нарушения	11,75±8,73	9 и менее баллов	10-15 баллов	16-20 баллов	складывающийся

Полученные результаты свидетельствуют о складывающейся симптоматике психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения (см. таблицу 2) и его формировании: показатель по шкале «Итоговый показатель выгорания»: $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 122,10 \pm 5,33$, а также такой его фазы, как «Резистенция»: $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 55,20 \pm 2,83$ (см. таблицу 1). Для педагогов характерны усиливающиеся осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, неудовлетворенности деятельностью и собой, «экономия» на эмоциях в виде ограничения эмоциональной отдачи, причем и вне профессиональной

деятельности (дома, в общении с друзьями и приятелями), попытки облегчить или сократить объем профессиональных обязанностей, требующих эмоциональных затрат, ощущение того, что невозможно помочь субъектам своей профессиональной деятельности эмоционально, а также появляющихся психосоматических и психовегетативных проблем.

Диагностика личностных ресурсов педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения осуществлялась с использованием методики «Потери и приобретения персональных ресурсов» (Н.В. Водопьянова, М. Штейн) и засвидетельствовала высокий уровень индекса ресурсности: $IP = 1,76 \pm 0,84$. Таким образом, педагоги обладают всеми необходимыми эмоциональными, мотивационно-волевыми, когнитивными и поведенческими конструктами для адаптации к стрессогенным/стрессовым профессиональным и жизненным ситуациям.

Изучение особенностей психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения с различным уровнем ресурсности реализовано с использованием непараметрического критерия U- Манна-Уитни (таблица 3).

Таблица 3

Значения сравнительной статистики показателей психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения с различным уровнем ресурсности (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$; $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$)

Наименование показателя	Уровень ресурсности				(1)-(2)	
	средний (1)		высокий (2)		$U_{эмп}$	p
	$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный		
Симптомы психического выгорания						
Переживание психотравмирующих обстоятельств	17,00±9,01	сложившийся	8,75±5,08	не сложившийся	21,00*	0,034
Неудовлетворенность собой	6,88±3,04	не сложившийся	3,92±3,90	не сложившийся	25,00	0,070
«Загнанность в клетку»	8,75±4,95	не сложившийся	4,50±6,04	не сложившийся	21,50*	0,039
Тревога и депрессия	16,25±7,91	сложившийся	5,50±7,70	не сложившийся	10,00**	0,003
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	20,25±5,50	сложившийся	13,75±6,44	складывающийся	19,50*	0,027

Эмоционально-нравственная дезориентация	6,25± 3,69	не сложившийся	8,67± 6,47	не сложившийся	41,00	0,582
Расширение сферы экономии эмоций	22,00± 13,75	сложившийся	11,50± 10,15	складывающийся	24,50	0,069
Редукция профессиональных обязанностей	22,25± 4,46	сложившийся	10,92± 7,35	складывающийся	10,00*	0,003
Эмоциональный дефицит	17,38± 4,90	сложившийся	5,17± 4,86	не сложившийся	2,00**	0,000
Эмоциональная отстраненность	6,75± 3,65	не сложившийся	5,50± 3,21	не сложившийся	35,00	0,299
Личностная отстраненность (деперсонализация)	8,50± 5,10	не сложившийся	4,25± 3,62	не сложившийся	25,00	0,070
Психосоматические и психовегетативные нарушения	18,63± 8,03	сложившийся	7,17± 5,77	не сложившийся	11,00**	0,004
Фазы психического выгорания						
Напряжение	48,88± 15,35	В стадии формирования	22,67± 14,59	Несформировавшаяся	6,50**	0,001
Резистенция	70,75± 21,62	Сформировавшаяся	44,83± 17,60	В стадии формирования	18,00*	0,021
Истощение	51,25± 10,77	В стадии формирования	22,08± 9,29	Несформировавшаяся	1,00**	0,000

** – статистическая значимость при $p \leq 0,01$; * – статистическая значимость при $p \leq 0,05$;

Как видно из таблицы 3, у педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения со средним уровнем ресурсности среди сложившихся симптомов фазы «Напряжение» наблюдаются «Переживание психотравмирующих обстоятельств», «Тревога и депрессия»; фазы «Резистенция»: «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование»,

«Расширение сферы экономии эмоций», «Редукция профессиональных обязанностей»; фазы «Истощение»: «Эмоциональный дефицит», «Психосоматические и психовегетативные нарушения». Кроме того, фазы «Напряжение» и «Истощение» находятся в стадии формирования, в то время, как стадия «Резистенция» является сформировавшейся.

У педагогов, обладающих высоким уровнем ресурсности, диагностированы следующие складывающиеся симптомы фазы «Резистенция»: «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование», «Расширение сферы экономии эмоций», «Редукция профессиональных обязанностей», которая соответствует стадии формирования.

Вместе с тем в зависимости от уровня ресурсности (средний/высокий) педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения при среднем уровне ресурсности статистическая достоверность различий в выраженности симптомов и фаз психического выгорания является более высокой по следующим шкалам: «Переживание психотравмирующих обстоятельств» ($U_{\text{эмп.}} = 21,00^*$ при $p = 0,034$), «Тревога и депрессия» ($U_{\text{эмп.}} = 10,00^{**}$ при $p = 0,003$), «Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» ($U_{\text{эмп.}} = 19,50^*$ при $p = 0,027$), «Редукция профессиональных обязанностей» ($U_{\text{эмп.}} = 10,00^{**}$ при $p = 0,003$), «Эмоциональный дефицит» ($U_{\text{эмп.}} = 2,00^{**}$ при $p = 0,000$), «Психосоматические и психовегетативные нарушения» ($U_{\text{эмп.}} = 11,00^{**}$ при $p = 0,004$), «Напряжение» ($U_{\text{эмп.}} = 6,50^{**}$ при $p = 0,001$), «Резистенция» ($U_{\text{эмп.}} = 18,0^{**}$ при $p = 0,021$), «Истощение» ($U_{\text{эмп.}} = 1,00^{**}$ при $p = 0,000$) (см. таблицу 3). Другими словами, уровень ресурсности (средний/высокий) педагогов детерминирует особенности проявлений их психического выгорания.

Изучение взаимосвязей показателей психического выгорания педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения и индекса ресурсности осуществлялось с помощью метода корреляционного анализа г-Спирмена. Были выявлены статистически значимые и высоко значимые отрицательно направленные корреляции умеренной, средней и сильной выраженности показателя «Индекс ресурсности» с показателями «Переживание психотравмирующих обстоятельств» ($r = -0,45^*$ при $p = 0,045$), «Неудовлетворенность собой» ($r = -0,55^*$ при $p = 0,011$) и «Тревога и депрессия» ($r = -0,63^{**}$ при $p = 0,003$), «Расширение сферы экономии эмоций» ($r = -0,69^{**}$ при $p = 0,001$), «Редукция профессиональных обязанностей» ($r = -0,54^{**}$ при $p = 0,015$), «Личностная отстраненность (деперсонализация)» ($r = -0,45^{**}$ при $p = 0,044$), «Психосоматические и психовегетативные нарушения» ($r = -0,56^{**}$ при $p = 0,011$), «Напряжение» ($r = -0,71^{**}$ при $p = 0,00001$), «Резистенция» ($r = -0,70^{**}$ при $p = 0,001$), «Истощение» ($r = -0,74^{**}$ при $p = 0,00001$).

Таким образом, можно выдвинуть предположение о том, что при высоком уровне личностных ресурсов и его дальнейшей оптимизации у

педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения возможно снижение выраженности психического выгорания (психоэмоционального напряжения, сопротивления нарастающему стрессу и падения энергетического тонуса) и его проявлений в виде переживаний психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности, неудовлетворенности, ограничений эмоциональной отдачи, редукации профессиональных обязанностей, деперсонализации, психосоматических и психовегетативных проблем.

Список литературы

1. Водопьянова Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда (на примере специалистов «субъект-субъектных» профессий): автореф. дис. д-ра психол. наук. – СПб., 2014. – 49 с.
2. Куприянчук Е.В. Особенности профессионального эмоционального выгорания у специальных педагогов: сравнительный контекст // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 10 (66). – С. 660-669.
3. Лобанова А.В., Кондракова Э.В., Бурсова А.П. Эмоциональное выгорание педагога коррекционного образовательного учреждения // Научно-методический электронный журнал "Концепт". – 2014. – № Т20. – С. 481-485.
4. Молчанова Л.Н., Кузнецова А.А. Рефлексивно-смысловая регуляция состояния психического выгорания у педагогов специального (коррекционного) образовательного учреждения и оценивание ее эффективности // Перспективы науки и образования. – 2019. – № 2 (38). – С. 212-228.
5. Молчанова Л.Н., Ситникова А.В. Психологические механизмы регуляции психического выгорания педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2017. – Т. 1-1. – С. 110-113.
6. Никишина В.Б., Кузнецова А.А. Концептуальное обоснование метода субъективной оценки редукации достижений в условиях педагогической деятельности (СОРД) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 8-1. С. 145-146.
7. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Институт психологии РАН. – 2005. – 330 с.
8. Сатарова Л.А., Курбангалиева Ю.Ю., Кулагина К.С. К вопросу о профилактике синдрома эмоционального выгорания педагога коррекционного учреждения // Гуманитарные исследования. – 2014. – № 1 (49). – С. 135-139.
9. Суворов В.Г., Белова Т.О., Шелехова А.Е. Особенности формирования синдрома профессионального "выгорания" у лиц, работающих с детьми с

- ограниченными возможностями здоровья // В сборнике: Актуальные проблемы медицины труда Сборник трудов института.– Саратов, 2018. – С. 209-217.
10. Bettini E.A., Cheyney K., Wang J., Leko C. Job Design: An Administrator's Guide to Supporting and Retaining Special Educators. *Intervention in School and Clinic*, 2015, no 50 (4), pp. 221-225.
 11. Brunsting N.C., Sreckovic M.A., Lane K.L. Special education teacher burnout: A synthesis of research from 1979 to 2013. *Education and Treatment of Children*, 2014, no 37 (4), pp. 681-711.
 12. Hakan Sarıçam, Halis Sakız. Burnout and teacher self-efficacy among teachers working in special education institutions in Turkey // *Educational Studies*, 2014, no. 40 (4), pp. 423-437.
 13. Maslach C. Burnout. *The Cost of Caring*. Englewood Cliffs; Prentice – Hall; 1982, 177 p.
 14. Soini T., Pietarinen J., Pyhältö K. , (...), Jindal-Snape D., Kontu E. Special education teachers' experienced burnout and perceived fit with the professional community: A 5-year follow-up study. *British Educational Research Journal* 45(3), pp. 622-639, 2019.
 15. Yotanyamaneewong S., Juhari S. Preventing teacher burnout: Exploring the perceptions of teachers for children with social, emotional and behavioural difficulties (SEBD) in Thailand // *International Perspectives on Inclusive Education*, 2012, no. 2, pp. 139-160.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

Мамчиц Л.П., Чайковская М.А.

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

Аннотация. В статье представлены наиболее значимые факторы риска развития донозологических состояний и патологии различных органов и систем для студентов, такие как значительные учебные нагрузки, недостаточное пребывание на свежем воздухе, отсутствие оптимального двигательного режима. В связи с этим охрана нервно-психического здоровья, профилактика нервного переутомления, вызываемого обилием информации и высокой интенсивностью умственной деятельности студентов, приобретает важное значение.

Ключевые слова: студенты, учебная деятельность, факторы риска, психоэмоциональное состояние.

INFLUENCE OF PECULIARITIES OF EDUCATIONAL ACTIVITY OF STUDENTS ON THE PSYCHOLOGICAL EMOTIONAL STATE

Manchits L.P., Tchaikovskaya M.A.

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Abstract. The article presents the most significant risk factors for the development of prenosological conditions and pathology of various organs and systems for students, such as significant training loads, insufficient exposure to fresh air, and lack of optimal motor regimen. In this regard, the protection of mental health, the prevention of nervous fatigue caused by the abundance of information and the high intensity of mental activity of students, is becoming important.

Keywords: students, educational activities, risk factors, psycho-emotional state.

В течение последних лет состояние здоровья населения вызывает оправданную озабоченность не только работников здравоохранения, но и государственных университетов и широкой общественности. Об этом свидетельствуют медико-демографические показатели, которые наиболее полно аккумулируют в себе весь диапазон воздействующих на состояние здоровья населения факторов социально-экономического, поведенческого, генетического, природно-климатического и экологического генеза [1; 2; 3; 4].

Особого внимания заслуживает здоровье студенческой молодежи как наиболее перспективной группы населения, определяющей производственный и научный потенциал страны.

Незавершенность роста и развития организма студентов в период их обучения при наличии неблагоприятных факторов среды и нерациональной нагрузке могут привести к различным патологическим состояниям. Поэтому на современном этапе модернизации и интенсификации учебного процесса высшей школы, сопровождающемся ростом умственных и эмоциональных нагрузок студентов, важное значение придается гигиеническому совершенствованию условий, характера и режима учебных занятий в зависимости от профилей вузов.

Процесс получения высшего образования в медицинском вузе отличается особенно высокой ценой психофизиологических затрат.

Фактором риска в генезе многих иммунозависимых заболеваний студенческой молодежи, несомненно, служит хроническое

психоэмоциональное воздействие, снижающее резистентность защитных механизмов.

Исследование заболеваемости, условий и образа жизни студентов чрезвычайно важно для совершенствования мероприятий по поддержанию высокого функционального состояния организма учащейся молодежи и профилактике заболеваний [1; 2; 3; 4].

Цель работы: изучение влияния особенностей учебной деятельности студентов на их психоэмоциональное состояние, наиболее значимых социально-гигиенических детерминант здоровья.

Объект исследования: студенты трех ведущих ВУЗов г. Гомеля – Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ), Гомельского государственного университета им. Ф.Скорины (ГГУ имени Ф.Скорины) и Белорусского государственного университета транспорта (БелГУТ). Анкетирование проведено у 286 студентов вузов г.Гомеля в возрасте 18-25 лет. Исследования проводились в течение учебного года. В числе опрошенных 67% составили девушки, 33% — юноши.

Методы исследования: В исследовании использована методика анонимного анкетирования. С этой целью был использован модифицированный с учетом особенностей обучения в вузах вопросник, составленный на основе инструкции 2.4.2.11–14–26–2003 «Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья в системе «Здоровье — среда обитания». Применялись такие методы как соматометрия, соматоскопия, расчет показателей индекса массы тела (ИМТ), индекса функциональных изменений (ИФИ), комплексный анкетный опросник «Оценка энергопотенциала биосистемы по Г.Л. Апанасенко», динамометрия, физиометрические исследования. Обработка данных проводилась с использованием пакета общепринятых статистических программ.

Результаты. Большинство студентов получают удовольствие от учебы (74,7%), тем не менее учебную нагрузку признают чрезмерной 69,6% опрошенных студентов. Условия обучения определяются не только организацией учебного процесса, но и жилищно-бытовыми условиями, организацией питания, физического воспитания. В первую очередь речь идет о приезжих студентах. Опрошенные студенты до поступления в вузы преимущественно проживали в г.Гомеле – соответственно в 38,3%, 57,6% и 60% случаев. Каждый четвертый респондент проживает в общежитии в отрыве от семьи, что заставляет их перестраивать стереотип жизни. Условиями проживания довольны студенты ГомГМУ и ГГУ имени Ф.Скорины в большинстве случаев (71,4% и 72,7%), студенты БелГУТа – в 57,8% случаев.

Нами установлено, что уже в течение первого семестра у студентов достоверно снижаются показатели самочувствия, активности и настроения. Появляются жалобы на нарушения сна, аппетита, ухудшение памяти,

внимания. Происходит поляризация социометрических выборов, определяется группа лиц с низким социометрическим статусом, которая испытывает трудности в социальной адаптации к новым условиям, налаживании межличностных контактов.

Наиболее выражены изменения у студентов медицинского университета, соответственно удельный вес студентов с неудовлетворительной адаптацией и напряжением адаптации значительно выше (8,7%, 1,3% и 2,8% соответственно).

Конфликтные ситуации присутствуют в жизни каждого студента. Наиболее частыми студента называют конфликты в семье. Конфликты в коллективе чаще возникают у студентов медицинского университета – 24,2%, у студентов ГГУ имени Ф.Скорины – в 4% случаев, у студентов БелГУТа – 13,3%.

В процессе учебы студенты стали спокойнее соответственно в 24,2%, 32,3% и 40,0%. Каждый пятый студент ГГУ имени Ф.Скорины (20,2%) отмечает у себя безразличное состояние ко всему, студенты медицинского университета достоверно чаще чувствуют себя возбудимыми и агрессивными ($46,2 \pm 4,5\%$, $17,2 \pm 2,4\%$, $11,1 \pm 1,9\%$, $p < 0,05$).

В структуре предъявляемых студентами жалоб первые ранговые значения занимают: повышенная утомляемость (78,5%), вялость (75,2%), раздражение слизистых глаз (55,6%), головные боли (49,4%). Жалобы на боли в сердце, головокружения, шум в ушах, онемение конечностей также высоки и представлены в диапазоне от 9 до 30% (рис.1).



Рис.1. Результаты субъективной оценки здоровья студентов

Студентам было предложено оценить по 10-балльной шкале факторы риска здоровья и степень выраженности их влияния на организм. Распределение ответов респондентов представлено в таблице 1.

Таблица 1
Самооценка студентами факторов риска здоровья

Ранговая шкала	ГомГМУ	ГГУ имени Ф.Скорины	БелГУТ
1	Учебные нервно-психические перегрузки-38,9%	Низкий уровень жизни- 49,6%	Учебные нервно-психические перегрузки-55,6%
2	Низкий уровень жизни- 30,8%	Вредные привычки- 32,3%	Низкий уровень жизни- 22,1%
3	Вредные привычки- 26,7%	Экологическая ситуация- 30,3%	Экологическая ситуация- 17,8%

Анализируя данные субъективной оценки студентами факторов риска их здоровью можно отметить, что студенты медицинского университета и БелГУТа достоверно чаще оценили влияние учебных нервно-психических перегрузок по максимальной шкале (38,9% и 55,6% соответственно указали 7-10 баллов).

Обращает на себя внимание мнение студентов о том, что большой объем заданий, напряженность в периоды сессий создают значительное психоэмоциональное напряжение, особенно у тех, кто имеет затруднения в освоении программы.

Затруднения в усвоении учебной программы имеют 59,4% всех обследованных студентов. На вопрос: «С чем вы связываете затруднения в учебе?», - были даны следующие ответы (в порядке ранговых мест) (рис.2)



Рис. 2. Распределение ответов студентов (в %) на вопрос: «С чем вы связываете затруднения в учебе?»

Студенты медицинского университета чаще, чем студенты других вузов называли ведущей причиной затруднений в учебе большой объем учебных заданий, что связано со спецификой обучения в медицинском вузе. Учебная деятельность студентов медицинского университета отличается значительной умственной напряженностью, связанной с повышенной ответственностью за конечный результат получения качественных знаний, усвоением большого объема материала в условиях дефицита времени.

Установлено, что интенсивность нагрузки, большой объем домашних заданий не может не сказаться на возможности студента соблюдать режим дня:

Дополнительная напряженность в режиме дня создается у тех студентов, кто совмещает работу с учебой (9%).

Эти изменения в образе жизни студента предъявляют новые повышенные требования к физическому и психическому состоянию здоровья студентов.

Выводы. В связи с этим охрана нервно-психического здоровья, профилактика нервного переутомления, вызываемого обилием информации и высокой интенсивностью умственной деятельности студентов, приобретает важное значение. На адаптацию, состояние здоровья, уровень и характер психоэмоционального состояния студентов оказывают влияние особенности учебной деятельности и образ жизни.

Список литературы

1. Ермакова, Н.А. Образ жизни и здоровье студентов / Н.А. Ермакова, П.И. Мельниченко, Н.И. Прохоров, К.Т. Тимошенко и др. // Научный журнал «Гигиена и санитария». – 2016. – №6.

2. Карташева, Н.В. Методический подход в определении здоровья детей по соматометрическим показателям / Н.В. Карташева, Л.П. Мамчиц // Материалы XV Конгресса педиатров России – М.: Научный центр здоровья детей РАМН.– 2011.– С. 379.
3. Мамчиц, Л.П. Метод анкетирования в гигиенической диагностике и коррекции статуса студенток /Л.П. Мамчиц, Н.В. Карташева /Материалы шестой научной международной конференции «Донозоология-2010». – СПб.: Крисмас, 2010.
4. Формирование здорового образа жизни студентов // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по материалам XIX студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. – М.: «МЦНО». – 2014. –№ 12(18) / [Электронный ресурс]. – Режим доступа. – URL: [http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12\(18\).pdf](http://nauchforum.ru/nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12(18).pdf).

РОЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ» МИНТРУДА РОССИИ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ/АБИЛИТАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РФ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА НА 2011-2020 Г.Г.».

Марасанова С.Е.

ФКУ «ГБ МСЭ по Курской области» Минтруда России, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены статистические данные по освидетельствованию детей с психическими расстройствами и в частности вследствие аутизма в бюро медико-социальной экспертизы ФКУ «ГБ МСЭ по Курской области» в 2016-2017 гг. в сравнении с данными по Центральному федеральному округу и областям Черноземья (по Орловской, Липецкой, Белгородской).

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, статистические данные, категория «ребенок-инвалид», расстройства функций организма, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида/ребенка-инвалида.

THE ROLE OF THE FEDERAL STATE INSTITUTION “THE MAIN BUREAU OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE IN THE KURSK REGION” OF THE MINISTRY OF LABOR OF RUSSIA IN

**PROVIDING COMPREHENSIVE SUPPORT TO CHILDREN WITH
AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND REHABILITATION /
HABILITATION AS PART OF THE IMPLEMENTATION OF THE STATE
PROGRAM OF THE RUSSIAN FEDERATION “ACCESSIBLE
ENVIRONMENT FOR 2011-2020.”**

Marasanova S.E.

**Main bureau of medical-social expertise
In the kursk region, Kursk, Russian Federation**

Abstract: The article presents statistical data on the examination of children with mental disorders and, in particular, a consequence of autism, at the Bureau of Medical and Social Expertise of the Federal State Institution “GB ITU in the Kursk Region” in 2016-2018. In comparison with the data for the Central Federal District and the regions of the Black Earth Region (for the Oryol, Lipetsk, Belgorod regions).

Keywords: autism, autism spectrum disorders, statistics, category “disabled child”, disorders of body functions, individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person / disabled child.

Актуальность работы определена усовершенствованием нормативно-правовой базы бюро медико-социальной экспертизы субъектов Российской Федерации, в частности, вступлением в силу Приказа Минтруда России от 13.07.2017г. №486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида/ребенка-инвалида (ИПРА), выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Данным приказом в ИПРА внесен раздел «Заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами», где наряду с другими функциями организма оценивается степень нарушения интеллекта для рекомендаций видов трудовой и профессиональной деятельности (детям-инвалидам с 14-летнего возраста) с учетом имеющихся нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности [2].

При проведении освидетельствования в бюро МСЭ необходимо дифференцировать расстройство психических процессов (ощущения, памяти, внимания, мышления) и интеллекта, который характеризует индивидуально-психологические свойства личности, необходимые для оптимальной адаптации в социуме, улучшения качества жизни не только больных, но и их родственников [2; 9].

Для граждан в возрасте до 18 лет одной из важных категорий жизнедеятельности наравне со способностями к самообслуживанию,

общению, ориентации, контролю за своим поведением является возможность получения образования.

Определенные трудности испытывают родители детей с аутизмом и расстройствами аутистического спектра (РАС).

За последние годы отмечается прирост детей, страдающих аутизмом и расстройствами аутистического спектра. Для социальной адаптации таким детям необходимо психолого-педагогическое сопровождение от детского сада до общеобразовательных организаций в целях осуществления одного из главных конституционных прав – получение образования, реабилитация (абилитация) в учреждениях Министерства здравоохранения [3; 4].

Известно, что аутизм имеет основные признаки:

1. Отрешенность, нарушение глазного контакта.
2. Расстройство речи и ее коммуникативной функции: не говорят вообще или выкрикивают отдельные звуки (вокализмы), не отвечает на вопросы, не вступают в диалог. Отдельно в речи используют личные местоимения (про себя ребенок говорит: «мальчик хочет кушать»).

3. Нарушение психического и речевого развития. Степень задержки зависит от формы аутизма (при синдроме Каннера – отмечается очень грубая задержка развития, при синдроме Аспергера, интеллектуальное развитие нормальное). При раннем детском аутизме (РДА) мальчик развивается нормально, попал под влияние разрушающих факторов: прививка АКДС (адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячная), ожоги большой площади, наркоз во время тяжелой операции, крайне болезненные процедуры, серьезный стресс, испуг с распадом ранее приобретенных навыков и появлением стереотипной деятельности.

4. Нарушение социальной адаптации. Ребенок с аутизмом не контактирует с другими детьми, часто их избегает. Другие проявляют к окружающим агрессию.

5. Стереотипная деятельность, в основе которой заикленность и бесцельное повторение, в основе которой лежат особенности развития головного мозга ребенка – аутиста. В норме лобная доля головного мозга контролирует и направляют все остальные зоны (речевые, двигательные, чувствительные (слух, зрение, речевые) на изучение окружающей действительности [5; 6].

У многих детей-аутистов отмечается аутоагрессия (бьет себя или кусает), не понимая, что протест можно выразить словами. Бывает так, что «аутоагрессия» - это «маска», на самом деле у ребенка болит голова, в основе этого – гидроцефалия.

У детей-аутистов отмечается высокая активность зрительных зон головного мозга, поэтому хорошая зрительная, «фотографическая» память, любовь к созерцательству.

Такие дети требуют повышенного внимания специалистов детских поликлиник, психологов, психиатров, воспитателей детских садов, общеобразовательных учреждений [1; 7; 8; 10; 12].

Согласно проектам нормативно-правовых документов, разрабатываемых Межрегиональной Тьюторской ассоциацией основной целью деятельности тьютора в образовании является педагогическое обеспечение формирования и реализации индивидуальной программы, направлены на эффективность образовательного процесса, связана с координацией интересов ученика с различными сферами профессиональных знаний.

Сотрудникам ФКУ «ГБ МСЭ по Курской области» было интересно проанализировать статистические данные по Курской области в сравнении с результатами по Белгородской, Орловской, Липецкой областям по Центральному Федеральному округу Российской Федерации по уровню первичной и повторной инвалидности детского населения с 2016 по 2018г.г. вследствие психических расстройств (вообще) и прицельно по аутизму согласно годовым отчетам форма 7-Д за 2016-2018г.г.

Согласно данным таблицы №1 среди вышеперечисленных областей в Курской области зарегистрирован самый высокий уровень (1,1%) психических расстройств, максимальное значение которого, приходится на возраст 4-7 лет (уровень инвалидности – 15,7).

Таблица 1

**Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств
и расстройств поведения с учетом возраста
(абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2016г. [11]**

Регион	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень
РФ	17825	100,0	6,1	1696	9,5	2,2	8240	46,2	11,9	6773	38,0	6,5	11163	6,3	2,8
ЦФО	3694	100,0	5,5	450	12,2	2,5	1760	47,6	11,2	1227	33,2	5,1	2570	7,0	2,7
Курская область	225	100,0	11,1	39	17,3	7,4	76	33,8	15,7	92	40,9	12,8	180	8,0	5,9
Белгородская область	172	100,0	6,1	28	16,3	3,9	88	51,2	13,0	44	25,6	4,3	120	7,0	3,0
Орловская область	62	100,0	4,6	10	16,1	3,0	30	48,4	9,3	19	30,6	3,8	38	4,8	1,5
Липецкая область	130	100,0	6,2	13	10,0	2,5	62	47,7	12,4	45	34,6	5,8	107	7,7	3,3

Таблица 2

**Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств
и расстройств поведения с учетом пола
(абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2016г. [11]**

Регион	Всего			Мальчики			Девочки		
	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень
Российская Федерация	17825	100,0	6,1	12641	70,9	8,5	5184	29,1	3,7
Центральный ФО	3694	100,0	5,5	2650	71,7	7,7	1044	28,3	3,2
Курская область	225	100,0	11,1	149	66,2	14,3	76	33,8	7,7
Белгородская область	172	100,0	6,1	123	71,5	8,6	49	28,5	3,6
Орловская область	62	100,0	4,6	52	83,9	7,5	10	16,1	1,5
Липецкая область	130	100,0	6,2	92	70,8	8,5	38	29,2	3,7

Таблица 3

**Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие аутизма
с учетом возраста (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2016г.
свидетельствуется также о более низких значениях уровня по Курской области в сравнении с другими регионами
[11]**

Регион	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень
РФ	3615	100,0	1,2	713	19,7	0,9	2529	70,3	3,6	365	10,1	0,4	8	0,2	0,0
ЦФО	1377	100,0	2,1	274	19,9	1,5	950	69,0	6,1	151	11,0	0,6	2	0,1	0,0
Курская область	3	100,0	0,1	----	----	-----	2	66,7	0,4	1	33,3	0,1	-----	---	-----
Белгородская область	66	100,0	2,4	17	25,8	2,4	43	65,2	6,4	6	9,1	0,6	-----	---	-----
Орловская область	34	100,0	2,5	9	26,5	2,7	22	64,7	6,9	3	8,8	0,6	-----	---	-----
Липецкая область	18	100,0	0,9	5	27,8	0,9	11	61,1	2,2	2	11,1	0,9	-----	---	-----

Таблица 4

Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие аутизма с учетом пола (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2016г. [11]
Заболевание зарегистрировано чаще среди мальчиков. Детей-инвалидов вследствие аутизма меньше в нашей области от 6 до 22 раз

Регион	Всего			Мальчики			Девочки		
	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень
Российская Федерация	3615	100,0	1,2	2835	78,4	1,9	780	21,6	0,6
Центральный ФО	1377	100,0	2,1	1073	77,9	3,1	304	22,1	0,9
Курская область	3	100,0	0,1	2	66,7	0,2	1	33,3	0,1
Белгородская область	66	100,0	2,4	48	72,7	3,3	18	27,3	1,3
Орловская область	34	100,0	2,5	29	85,3	4,2	5	14,7	0,8
Липецкая область	18	100,0	0,9	14	77,8	1,3	4	22,2	0,4

Таблица 5

Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие аутизма с учетом пола (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2017г. свидетельствуют об отсутствии детей-инвалидов в Курской области и высоком уровне данного контингента в рядом расположенных областях [11]

Регион	Всего			Мальчики			Девочки		
	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень
Российская Федерация	3724	100,0	1,3	2937	79,4	1,9	767	20,6	0,5
Центральный ФО	1457	100,0	2,1	1148	78,8	3,9	309	21,2	0,9
Курская область	---	----	---	----	---	----	---	----	----
Белгородская область	61	100,0	2,1	49	80,3	3,3	12	19,7	0,9
Орловская область	43	100,0	3,2	34	79,1	4,9	9	20,9	1,4
Липецкая область	20	100,0	0,9	14	70,0	1,3	6	30,0	0,6

Таблица 6

Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие аутизма с учетом возраста (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2017г. свидетельствует о наиболее высоком уровне детей-инвалидов в Орловской области, с акцентом в возрастном периоде 4-7 лет [11]

Регион	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень
РФ	3724	100,0	1,3	651	17,5	0,8	2583	69,4	3,6	474	12,7	0,4	16	0,4	
ЦФО	1457	100,0	2,1	250	17,2	1,4	1009	69,3	6,2	192	13,2	0,8	6	0,4	0,1
Курская область	----	----	----	---	----	----	----	---	----	----	----	---	----	---	---
Орловская область	43	100,0	3,2	12	27,9	3,6	22	51,2	6,8	9	20,9	1,8	----	---	---
Липецкая область	20	100,0	0,9	4	20,0	0,8	13	65,0	2,5	3	15,0	0,4	----	---	---

Таблица 7

Первичная инвалидность детского населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения с учетом пола (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2017г. отражает наибольший уровень детей-инвалидов в Курской области (7,8), при рассмотрении по полу он выше у мальчиков в 1,8 раз [11]

Регион	Всего			Мальчики			Девочки		
	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень	Абс.ч.	%	уровень

Российская Федерация	18867	100,0	6,4	13294	70,5	8,8	5573	29,5	3,9
Центральный ФО	3875	100,0	5,6	2740	70,7	7,8	1135	29,3	3,4
Курская область	162	100,0	7,8	108	66,7	10,2	54	33,3	5,4
Белгородская область	202	100,0	7,1	143	70,8	9,8	59	29,2	4,3
Орловская область	79	100,0	5,8	59	74,7	8,4	20	25,3	3,0
Липецкая область	118	100,0	5,5	595	67,1	8,3	292	32,9	4,3

Таблица 8

Показатели первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств и расстройств поведения с учетом возраста (абс.число, %, уровень на 10 тысяч соответствующего населения) в 2017г. свидетельствуют о самом высоком уровне детей-инвалидов с уровня 11,6 в возрастном периоде 8-14 лет, затем в возрасте 4-7 лет [11]

Регион	Всего			0-3 года			4-7 лет			8-14 лет			15-17 лет		
	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень	Абс. ч.	%	уровень
РФ	18867	100,0	6,4	1740	9,2	2,3	8637	45,8	12,1	7297	38,7	6,8	1193	6,3	3,0
ЦФО	3875	100,0	5,6	404	10,4	2,2	1844	47,6	11,3	1338	34,5	5,4	289	7,5	3,0
Курская область	162	100,0	7,8	22	13,6	4,2	47	29,0	9,4	86	53,1	11,6	7	4,3	2,3
Белгородская область	202	100,0	7,1	37	18,3	5,2	95	47,0	13,8	59	29,2	5,6	11	5,4	2,8
Орловская область	79	100,0	5,8	12	15,2	3,6	34	43,0	10,5	28	35,4	5,5	5	6,3	2,5

Липецкая область	118	100,0	5,5	6	5,1	1,1	52	44,1	10,2	47	39,8	5,8	13	11,0	4,3
------------------	-----	-------	-----	---	-----	-----	----	------	------	----	------	-----	----	------	-----

За 2018г. есть статистические данные по ФКУ «Главное бюро МСЭ по Курской области», они предлагаются ниже. Данных по РФ, ЦФО и другим регионам нет, справочник готовится к оформлению к середине 2019г.

Таблица 9

Распределение впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет в 2018г. по Курской области вследствие психических расстройств

Всего признано инвалидами (ВПИ)	ВПИ вследствие психических расстройств	В сельских поселениях								
			0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15 лет и старше	
			м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
741	205	95	27	9	51	15	59	30	7	7
вследствие аутизма	3	0	2	---	---	---	1	---	---	---

Инвалиды вследствие психических расстройств у ВПИ занимают 1 ранговое место в классе болезней, по которым определяется категория «ребенок-инвалид».

Структура детей-инвалидов по аутизму (3 ребенка) представлена исключительно мальчиками: 2 в возрасте до 3 лет и 1 в возрасте 8-14 лет.

Таблица 10

У повторно признанных (ППИ) следующие статистические данные за 2018 г.

Классы болезней	Всего ППИ 2612								
		0-3 года		4-7 лет		8-14 лет		15 лет и старше	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Психические расстройства	Из них:898	27	16	205	76	312	158	71	33
Из них: аутизм	19	-- -	---	4	4	8	2	1	---

В 2018г. инвалиды, повторно признанные, вследствие психических расстройств, занимают также 1 ранговое место, в 1,7 раз превышая количество инвалидов вследствие болезней нервной системы, в 2 раза превышая количество инвалидов вследствие врожденных аномалий, деформаций и

хромосомных нарушений, в 3,6 раза превышая количество детей-инвалидов по болезням эндокринной системы.

Должность Тьютор пришла в Россию из Великобритании в мае 2008г., официально закреплена в России в числе должностей работников сферы образования.

Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) основного общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ 17.12.2010г. №1897, обеспечивает построение образовательного процесса с учетом индивидуальных возраста психологических и физиологических особенностей обучающихся (для развития потенциала одаренных детей и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), могут разрабатываться с участием самих обучающихся, их родителей индивидуальные учебные планы.

Реализация этих планов сопровождается поддержкой тьютора образовательного учреждения.

У детей с аутизмом имеются следующие виды стойких расстройств функций организма:

- нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, эмоций, восприятия, познавательных функций высокого уровня);

- нарушения языковых и речевых функций (устной – ринолалия, заикание, алалия, афазия; письменной – дисграфия, дислексия), которые приводят к ограничению в основных категориях жизнедеятельности человека:

- способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, способности к ориентации, к общению, контролю за своим поведением, к обучению, каждая из которых исходя из тяжести заболевания, может выражаться в 3 степенях (от 1 до 3).

При освидетельствовании граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со 2 и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функции организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности, определяющих необходимость социальной защиты ребенка. Все дети с аутизмом и РАС признаются инвалидами.

Каждому ребенку, получившему категорию «ребенок-инвалид» разрабатывается 2 экземпляра ИПРА (индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, согласно Приказу Минтруда России от 13.06.2017г. №486н с учетом Приказа №322н от 30.08.2018г.). В разделе ИПРА психолого-педагогическая реабилитация (рекомендации и условия организации обучения) с учетом рекомендаций ПМПК (психолого-

медико-педагогическая комиссия) сотрудники бюро МСЭ определяют нуждаемость на определенный срок (срок ИПРА соответствует сроку установления категории «ребенок-инвалид»). Исполнитель в случае нуждаемости в коррекции условий организации обучения назначается Комитет образования и науки Курской области, поэтому ежегодно возрастает роль специалистов: логопедов, психологов, дефектологов, координаторов по инклюзии, тьютеров в психолого-педагогическом сопровождении.

Дети с данной патологией находятся на диспансерном учете у неврологов, психиатров, проходят реабилитацию в автономной некоммерческой организации «Центр психолого-педагогический медицинской и социальной помощи «Добрыня», семейном Центре психолого-педагогической поддержки и сопровождения «Ветра Надежд», Курском областном центре психолого-педагогического, медицинского и социального сопровождения, ОБУЗ «Курской клинической психиатрической больнице имени Святого великомученика и целителя Пантелеймона». Большую роль в получении образования имеет ОКУ «Ступени».

Список литературы

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. –2000. –Вып. 2.
2. Бакаева Ю.В., Рузанова Ю.В., Чистякова Н.П. Актуальные вопросы количественной оценки нарушений интеллекта при проведении медико-социальной экспертизы гражданам с различными психическими заболеваниями /Материалы Научно-практической конференции «Совершенствование организации деятельности Федеральных учреждений медико-социальной экспертизы и оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы в электронном виде, включая формирование «Федерального реестра инвалидов» в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020г.г., г.Москва, 23-24 ноября 2017г.– С.110-113
3. Башина В.М., Симашкова Н.В. Особенности речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом эндогенного генеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1990.–№ 8.–С. 60-65.
4. Никольская О.С. Трудности школьной адаптации детей с аутизмом // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. – М.: Центр лечебной педагогики; Теревинф, 1998. – Вып. 1.
5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2012. –342 с.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. – М.: Теревинф, 2005.–220 с.

7. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: Методические рекомендации / Отв. ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, 2012. – 92 с.
8. Семаго Н.Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ. М.: Центр «Школьная книга», 2010. Серия «Инклюзивное образование». Вып. 2.
9. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. – М.: Генезис, 2011.
10. Семаго Н.Я., Соломахина Е.А. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2017. – Т. 15. – № 1. – С. 4–14.
11. Статистические сборники первичной и повторной инвалидности детского населения в РФ в 2016г. и 2017г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://fbmse.ru/documents/> (дата обращения 21.09.2019).
12. Шоплер Э., Ланзид М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сб.упражнений. Минск: БелАПДИ «Открытые двери», 1997.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ДЕВУШЕК, СКЛОННЫХ К НАРУШЕНИЮ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Маслова К.Е., Пчелкина Е.П.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г.Белгород, Россия**

Аннотация. В статье раскрываются особенности образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения. Выявлено, что существуют различия в образе тела между девушками, склонными к нарушению пищевого поведения, и девушками с нормальным типом питания. Показан потенциал метода телесно-ориентированной терапии в коррекции образа тела при нарушениях пищевого поведения путем повышения уровня удовлетворенности и создания объективного образа тела.

Ключевые слова: образ тела, пищевое поведение, нарушения пищевого поведения, неудовлетворенность образом тела.

GIRLS'S BODY IMAGE FEATURES INCLINED TO VIOLATING FOOD BEHAVIOR

Maslova K.E., Pchelkina E.P.

The Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article reveals the features of the body image in girls prone to eating disorders. It was revealed that there are differences in body image between girls prone to eating disorders and girls with a normal type of food. The potential of the body-oriented therapy method in correcting the body image for eating disorders by increasing the level of satisfaction and creating an objective body image is shown.

Key words: body image, eating behavior, eating disorders, dissatisfaction with the body image.

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что на современном этапе развития человечества стремление к равноправию и равенству между мужским и женским полом приводят к тому, что женщинам приходится конкурировать с мужчинами во всех сферах жизни, подавляя свои феминные черты и развивая мускулинные. По мнению И.Г. Малкиной-Пых, влияние СМИ, демонстрирующее образ современной женщины, приводит к тому, что женщинам приходится придавать особое значение своему внешнему виду. Эти факторы накладываются на потребность женщины контролировать себя, а наиболее доступной областью контроля, способствующей достижению независимости и соответствия социальным стандартам, выступает вес и образ тела [3].

Как указывает С. Хартер, стереотипы внешности, которые выступают в современном обществе в качестве идеала, становятся все менее достижимыми, при этом требования в отношении женского внешнего вида являются еще более жесткими и трудновыполнимыми [7]. Эти требования не учитывают те физические изменения, которые происходят с женщинами в процессе взросления, с наступлением беременности или при грудном вскармливании.

В.Г. Рогозинская отмечает, что все вышеуказанное может способствовать тому, что у современных девушек возникает чувство недовольства собственным телом, которое приводит к искажению его образа и появлению нездоровых установок относительно питания, что может привести к нарушению пищевого поведения [5].

Таким образом, данная тема еще мало изучена и имеет высокую актуальную значимость. Ее разработка поможет обнаружить в ходе исследования особенности образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения, и выявить особенности влияния пищевого поведения на восприятие собственного тела, а также позволит разработать более

эффективные коррекционные программы по достижению объективности при оценке образа собственного тела и коррекции пищевых расстройств.

При проведении теоретического исследования, основанного на анализе научной литературы, нами было выявлено, что под термином «образ тела» понимается интегрированное психологическое образование, которое возникает в процессе взаимодействия с окружающими людьми и содержит поведенческую, эмоциональную и перцептивную составляющие [6]. Он начинает формироваться в детстве, далее развивается постепенно, в несколько этапов, на каждом из которых ребенок решает определенные двигательные задачи, соответствующие задачам психологического развития индивида [2].

Было выявлено, что под термином «пищевое поведение» понимается ценностное отношение к самой пище, а также к процессу ее приема, оно ориентировано на образ тела человека и связан с деятельностью по его формированию и включает в представленное понятие индивидуальные установки, формы поведения, эмоции и привычки, связанные с приемом пищи. Пищевое поведение базируется на физиологической потребности индивида в пище, однако, особое внимание на него оказывает эмоциональная сфера индивида, пищевые установки, а также чувство голода, аппетит и чувство насыщения [4]. Влияние внешних и внутренних факторов на пищевое поведение может привести к формированию как гармоничного, так и нарушенного пищевого поведения [3].

Образ тела, по мнению психологов, является фактором для развития нарушений пищевого поведения у девушек. В таком случае он характеризуется нереалистичностью, искаженностью, низкой удовлетворенностью, зависит от социокультурных норм и оценки окружающих и связан с высоким уровнем критичности у девушек [1; 5].

Нами было проведено эмпирическое исследование, цель которого – выявить особенности образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения. При планировании и построении исследования мы полагали, что существуют различия в образе тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения, а именно: у этих девушек уровень неудовлетворенности образа тела выше, чем у девушек с нормальным типом питания; для девушек, склонных к нарушению пищевого поведения, характерен более высокий уровень неудовлетворения отдельными частями собственного тела, при этом уровень неудовлетворенности образом тела в большей степени связан с теми областями, где могут присутствовать жировые отложения, а именно руки, ягодицы, живот, бедра, шея и ноги.

Для изучения образа тела и склонности к нарушению пищевого поведения нами были использованы следующие методики: «Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом» (О.А. Скугаревский), «Опросник образа собственного тела» (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха), «Шкала оценки пищевого поведения» (Д.М. Гарнер, М.П. Олмстед, Дж.П. Поливи), «Тест отношения к приему пищи» (ЕАТ-26). Для выявления

особенностей образа тела у девушек, склонных к нарушению пищевого поведения, были использованы Н-критерий Крускало-Уоллиса для независимых выборок и U-критерий Манна-Уитни на основе пакета статистических программ «SPSS-19.0».

В результате проведения эмпирического исследования на базе НИУ «БелГУ», при участии 30 девушек в возрасте от 18 до 29 лет, были выявлены различия образа тела между 2 группами респондентов – с нормальным типом питания и со склонностью к нарушению пищевого поведения. В результате мы обнаружили, что для большинства девушек, а именно для 26 человек (87%) характерен нормальный тип питания. При этом явной выраженности неудовлетворенностью своим телом в обеих группах выявлено не было.

Для подтверждения выдвинутой гипотезы при исследовании склонности к нарушению пищевого поведения респондентов нами была проведена статистическая обработка данных с помощью U-критерия Манна-Уитни, по итогам которой нами были выявлены статистически значимые различия на высоком уровне значимости ($p \leq 0,01$) в шкалах «стремление к худобе», «булимия», «неудовлетворенность телом» и статистически значимые различия на достоверном уровне значимости ($p \leq 0,05$) – по шкале «неэффективность». Это свидетельствует о том, что при склонности к нарушению пищевого поведения девушкам характерно проявлять чрезмерное беспокойство о собственном весе и выражать высокий уровень неудовлетворенности образом своего тела. Это приводит к тому, что такие девушки предпринимают систематические попытки к похудению, однако эти попытки срываются вследствие появления эпизодов переедания. Переедание может быть вызвано сильными эмоциональными переживаниями, возникающими у девушек в результате сочетания ощущения общей неадекватности, выражающейся в чувстве одиночества и отсутствии чувства безопасности, неразвитости способностей контролировать свою жизнь в купе с неадекватно завышенными ожиданиями по отношению к своим достижениям и сложностями в распознавании чувств голода и насыщения.

Для выявления особенностей образа тела между группами нами также была проведена статистическая обработка данных с помощью U-критерия Манна-Уитни, в ходе которой мы обнаружили статистически значимые различия на достоверном уровне значимости ($p \leq 0,05$) по шкале «неудовлетворенность собственным телом» и статистически значимые различия на высоком уровне значимости – по шкале «шея», на достоверном уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$) – по шкалам «живот», «руки», «ягодицы», «бедро», «нога», «кожа», а также значимые различия на уровне статистической тенденции ($p \leq 0,01$) – по шкалам «лицо», «нос», «зубы», «таз» и «волосы». Это указывает на то, что девушки со склонностью к нарушению пищевого поведения менее удовлетворены своим телом, чем девушки с нормальным типом питания, а также для девушек, склонных к нарушению

пищевого поведения, характерен более высокий уровень неудовлетворения отдельными частями собственного тела. При этом уровень неудовлетворенности образом тела в большей степени связан с теми областями тела, где могут присутствовать жировые отложения, а именно руки, ягодицы, живот, бедра, шея и ноги.

Также нами было проведено исследование различий между тремя группами респондентов, которые составили: 23 девушки (76%), масса тела которых находится в пределах нормы, 4 девушки (13%) – с избыточной массой тела и 3 девушки (11%), у которых обнаружен дефицит массы тела. Однако, при применении непараметрического Н-критерия Крускало-Уоллиса для независимых выборок статистически значимых различий между ними выявлено не было.

На основе результатов данного исследования нами были разработаны рекомендации и предложены техники, направленные на выявление актуального отношения к своему образу тела, его коррекцию, путем достижения объективности в его восприятии, а также направленные на восстановление общей телесной чувствительности. Основу наших рекомендаций составляет метод телесно-ориентированной психотерапии, созданный В. Райхом.

Список литературы

1. Варлашкина, Е.А. Перфекционизм как личностная детерминанта отношения к внешности / Е.А. Варлашкина, Л.И. Дементий // Психологический вестник Уральского государственного университета. – 2010. – №9. – С. 5-15.
2. Дорожевец, А.Н. Искажение восприятия своей внешности у больных ожирением / А.Н. Дорожевец // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1987. – № 1. – С. 21-29.
3. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 1041 с.
4. Малкина-Пых, И.Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции психического поведения и алиментарного ожирения / И.Г. Малкина-Пых // Сибирский психологический журнал. – 2008. – №30. – С. 90-94.
5. Рогозинская, В.Г. Индивидуально-психологические особенности образа тела у мужчин и женщин молодого возраста / В.Г. Рогозинская // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2017. – № 1 (15). – С. 3.
6. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М.: SVR-Аргус, 1995. – 226 с.
7. Harter, S. The construction of the self: A developmental perspective / S. Harter. – New York: Guilford, 1999. – 413 p.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА СКЛОННОСТИ К РИСКУ У РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Миняхина К.А.¹, Кузнецова А.А.²

¹ОКУ «ЦОД ГОЧС Курской области», г. Курск, Россия

²Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены подходы к пониманию феномена склонности к риску, представлена дифференциация понятий «склонности к риску» и «готовности к риску», выделены основные предпосылки формирования рискованного поведения (качества и свойства личности, в том числе профессионально важные, субъективное восприятие ситуаций), рассмотрены особенности влияния склонности к риску на эффективность профессиональной деятельности.

Ключевые слова: риск, склонность к риску, готовность к риску, рискованное поведение, экстремальные ситуации.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF RISK APPETITE IN EXTREME WORKERS

Minyakhina K.A.¹, Kuznetsova A.A.²

¹Regional state institution "Center for ensuring authority in the field of civil defense, protection of population and territory from emergency situations of the Kursk region", Kursk, Russia

²Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents approaches to understanding the phenomenon of risk aversion, presents the differentiation of the concepts of "risk aversion" and "risk readiness", highlights the main prerequisites for the formation of risky behavior (qualities and properties of the person, including professionally important, subjective perception of situations), considers the features of the influence of risk aversion on the effectiveness of professional activity.

Keywords: risk, risk appetite, risk readiness, risky behavior, extreme situations.

Деятельность работников экстремального профиля неразрывно связана с высокими нервно-психическими и физическими нагрузками, ситуациями повышенного риска и опасности. При этом отношение к риску может выступать одним из основных свойств личности работника экстремального профиля, способствующих эффективному выполнению поставленных задач.

Существует несколько точек зрения на понимание феномена риска. А. Альгин рассматривает риск как деятельность, которая связана с преодолением неопределенности в ситуации неизбежного выбора, при этом существует возможность количественной и качественной оценки вероятности достижения необходимого результата, а также отклонения от поставленной цели и неудачи [1]. По мнению А.А. Реана, риск – возможные действия или результаты этих действий, которые могут привести к последствиям, влияющим на человеческие ценности [11]. Также риск – неопределенность последствий, решение которых влияет на результаты принятых решений, что может привести к потерям или выигрышу [6]. Кроме того, ряд авторов рассматривает риск как проявление импульсивных реакций (Дыбов М., 2000), форму неопределенности при принятии решений (Карпов А., Козелецкий Ю., Тихомиров О.), проявление профессиональной деятельности (Вдовиченко О., Солнцева Г., Цукерман Г.).

Преодоление ситуаций, связанных с экстремальными условиями, требует от специалистов наличия ряда профессионально важных, таких как выносливость, смелость, стрессоустойчивость [8], а также готовность или склонность к риску. Стоит отметить, что в научных исследованиях отсутствует четкая дифференциация понятий «склонность к риску» и «готовность к риску». [10] При этом, по мнению Е.П. Ильина, готовность к риску несет под собой интеллектуально-волевой компонент, т.е. сознательная готовность пойти на риск, в то время как склонность к риску – стремление к опасности, которое облегчает принятие риска [5]. Кроме того, воспоминания, ассоциации, предубеждения, эмоциональный настрой, уверенность в собственных силах могут повлиять на восприятие риска. О.В. Вдовиченко разделяет данные понятия по следующему основанию: готовность к риску – это характерологическая мотивационная составляющая действий в различных жизненных ситуациях; склонность к риску – личностная предпосылка, черта, которая обусловлена внешними факторами и личностными особенностями [3]. Таким образом, склонность к риску выступает в качестве постоянного влечения, устойчивого стремления человека к рискованному поведению. При этом готовность к риску подразумевает временное состояние и настрой человека на совершение рискованных действий в данный момент времени.

Ряд исследователей склонны полагать, что склонность к риску выступает положительной характеристикой для специалистов экстремального профиля, т.к. повышает эффективность профессиональной деятельности, снижает уровень психической напряженности в экстремальной ситуации, сохраняет положительный настрой при выполнении боевых задач, позволяет

реагировать более удобным и подходящим ситуации образом (Самсонов А.П., Осипов А.В.). По мнению В.С. Ахтямова, склонность к риску выступает одной из личностных характеристик, влияющих на принятие управленческих решений в стрессовых ситуациях, наряду с рациональностью, импульсивностью и способностью к прогнозированию [2].

Другие авторы утверждают, что для работников экстремального профиля высокие показатели склонности к риску выступают противопоказанием [12], в то время как умеренная склонность к риску выступает личностной характеристикой эффективным в своей деятельности работников.

Важным направлением изучения склонности к риску выступает анализ предпосылок его развития. По мнению Вдовиченко О.В., факторами, влияющими на формирование склонности к риску являются личностный, мотивационный, рациональный (интеллектуальный), социальный [3]. Также большое влияние на развитие склонности к риску оказывает стремление к острым ощущениям, включающая невосприимчивость к скуке, раскованность, поиск переживаний и приключений [13]. А.Г. Ниязшвили относит к качествам, влияющим на развитие склонности к риску импульсивность, тревожность, смелость, эмоциональную устойчивость, особенности мотивационной сферы, агрессивность, стремление к доминированию [9]. В исследованиях Е.П. Ильина отмечается, что импульсивность и решительность в продумывании ситуации приводят к принятию рискованных решений. При этом склонность к риску у решительных людей выше, чем у нерешительных. В то же время для решительных людей характерен необоснованный риск. Решимость и смелость, как проявления самоконтроля и самоуправления личности, вне зависимости от страха способствуют принятию рискованных решений [5]. Такие качества имеют большое значение для работников экстремального профиля, т.к. обеспечивают принятие и выполнение рискованных решений в профессиональной деятельности, а также способствуют четкому и грамотному формулированию задач подчиненным. Ряд исследований свидетельствует о том, что готовность к риску напрямую связана с самооценкой и уверенностью в себе, с агрессивностью, самоконтролем, целеустремленностью, склонностью к самоутверждению, самостоятельностью и рациональностью [7]. Кроме того, Т.В. Корнилова отмечает, что критичность, ориентация на интересы других, нравственное самосознание и предвидение последствий выбора оказывают влияние на готовность нести ответственность за принятие рискованные решения.

Согласно исследованиям, индивидуальные характеристики личности, такие как пол, возраст, национальность, также могут оказывать влияние на склонность к риску. При этом потребность в рискованном поведении приобретает максимальные значения к 20ти годам, а затем постепенно снижается. Это может проявляться в стремлении к получению новых

эмоциональных впечатлений, физическому и социальному риску. Такие особенности личности могут повлиять на выбор профессии, связанной с экстремальными ситуациями (А.Г. Евдокимов, С.А. Ермолин, М. Цуккерман, А.Г. Ниязашвили).

Субъективное восприятие риска в тех или иных ситуациях основывается на предыдущем опыте человека, ценности связанного с риском объекта, наличии гарантий, величине награды, ограничении времени на принятие решений, вероятности успеха и неудачи, собственной подготовке к ситуации, взаимодействию с коллективом, наличии внутриличностных конфликтов [5].

Восприятие риска работниками экстремального профиля в условиях чрезвычайных ситуаций может разительно отличаться от восприятия сторонними людьми. Это связано с наличием знаний, умений и навыков при ликвидации чрезвычайных ситуаций у профессионалов экстремального профиля, а также наличием необходимых средств и оборудования для снижения воздействия опасных условий и факторов. Кроме того, осознание возможных последствий может повлиять на оценку степени рискованности принимаемых решений [4].

Теоретико – методологический анализ феномена склонности к риску у работников экстремального профиля позволил выявить основные направления его изучения, определить качественные характеристики данного феномена, проследить за динамикой и факторами формирования склонности к рискованному поведению, а также выявить особенности восприятия риска в профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Альгин, А.П. Риск и его роль в общественной жизни / А.П. Альгин. – М.: Мысль, 1989. – 188 с.
2. Ахтямов, В.С. Психологические условия принятия управленческих решений руководителями в стрессогенных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / В.С. Ахтямов; НАО ВПО «Институт мировых цивилизаций» – Москва, 2013. – 24 с.
3. Вдовиченко, О.В. О теоретических подходах к пониманию проблемы риска // Наука и образование. – 2001. – № 1. – С. 34-36.
4. Врублевский А.В. Склонность и готовность к риску. Восприятие риска офицером-спасателем в условиях чрезвычайной ситуации // Вестник Университета гражданской защиты МЧС Беларуси. – 2017. – Т. 1. – № 3. – С. 332-341.
5. Ильин, Е.П. Психология риска. – СПб.: Питер, 2012. – 288 с.
6. Камалян, А.К. Принятие управленческих решений в условиях риска и неопределенности: дис. докт. экон. наук: 08.00.05 / А.К. Камалян. – Воронеж, 2000. – 345 с.
7. Корнилова, Т.В. Психология риска и принятия решений / Т.В. Корнилова. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 286 с.

8. Молчанова, Л.Н., Недуруева, Т.В., Кузнецова, А.А. Жизнестойкость как психологический ресурс в регуляции состояния психического выгорания в условиях экстремальной деятельности // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 2-1. – С. 88-89.
9. Ниазашвили, А.Г. Индивидуальные различия склонности к риску в разных социальных ситуациях развития личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / А.Г. Ниазашвили. – М., 2007. – 24 с.
10. Никишина В.Б., Кузнецова А.А. Методика исследования редуции достижений в условиях педагогической деятельности (СОПД): методология и технология стандартизации // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2014. № 26 (197). С. 154-161
11. Реан, А.А. Три десятилетия исследования риска / А.А. Реан // Проблемы анализа риска. – 1999. – № 1. – С. 87-92.
12. Шойгу, Ю.С. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2007. – 319 с.
13. Zuckerman, M. Good and bad humours: biochemical bases of personality and its disorders / M. Zuckerman. – Psychological Science, 1995. – 6 (6). – P. 325-332.

КОМПЛАЕНС ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Новикова С.Н., Лебедев И.Ю.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследование комплаенса у впервые выявленных больных туберкулезом легких с позиции психологии здоровья и болезни, которые свидетельствуют о том, что большинство из больных несут в себе черты социальной дезадаптации и демонстрируют низкий комплаенс, связанный с неадаптивными копинговыми стратегиями, агрессивностью и преимущественно анозогнозическим типом отношения к болезни, что необходимо учитывать при разработке и реализации программ социально-психологического сопровождения этих пациентов в ходе длительного противотуберкулезного лечения.

Ключевые слова: комплаенс, туберкулез, копинг-стратегии, агрессивность

COMPLIANCE FOR THE NEW LUNG TB CASES AT THE ASPECT OF THE HEALTH AND DISEASE PSYCHOLOGY

Novikova S.N., Lebedev I.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of compliance in newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients from the standpoint of psychology of health and disease, which indicate that most of the cases carry the features of social maladaptation and demonstrate low compliance associated with non-adaptive coping strategies, aggressiveness and mainly anosognosic type attitudes towards the disease, which must be taken into account when developing and implementing programs of socio-psychological support for these patients during effective anti-tuberculosis treatment.

Keywords: compliance, tuberculosis patients, coping strategies, aggressiveness

В настоящее время туберкулез сохраняет значение глобальной проблемы человечества. Несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей, ежегодно в мире регистрируется 9 млн новых случаев заболевания туберкулезом и почти 2 млн умерших от него. Сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу и в Российской Федерации [3]. Большое значение для ограничения распространения этого заболевания имеет лечение больных, эффективность которого в ежегодно регистрируемых когортах пациентов с туберкулезом легких в Российской Федерации составляет 66,6% [2]. Одной из причин неэффективности длительных курсов химиотерапии фтизиатры считают низкий комплаенс (68,5%), который приводит к преждевременной выписке пациентов из противотуберкулезного стационара в 27,5 - 52,7 % случаев [2]. Больше влияние на комплаенс оказывают особенности психологического статуса, которые целесообразно рассматривать с точки зрения психологии здоровья и болезни, поскольку начало заболевания и его ремиссии протекают без выраженных субъективных проявлений и расцениваются пациентами как здоровье («состояние полного физического, душевного и социального благополучия»), тогда как периоды прогрессирования характеризуются ими как болезнь («состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, в продолжительности жизни и его способности поддерживать свой гомеостаз»), в связи с чем диагноз впервые выявленного туберкулеза часто не осознается

пациентом и является для него скорее «специфическим социальным отношением» [1], в рамках которого он по-своему начинает приспосабливаться к этой болезни. Осуществляя самостоятельную деятельность по формированию ментальных представлений о болезни, основываясь на различного рода информации, полученной из собственного опыта или из значимых источников, пациент пытается осмыслить болезнь и выработать адекватную стратегию совладания. В диагнозе «туберкулез» телесное явление моделируется социально, затрагивает идентичность пациента, определяет его положение в обществе, являясь социально значимым заболеванием [1]. У пациентов и окружающих людей одновременно формируются когнитивные и эмоциональные представления о болезни, причем, последние оказывают значительное влияние на эмоциональное состояние заболевших в целом [7]. В связи с этим туберкулез сегодня рассматривается многими учеными как социально ориентированная болезнь с важным психосоматическим компонентом патогенеза. В литературе накапливается все больше данных о связи этого заболевания с особенностями психологического статуса пациентов.

Некоторые медицинские работники уверены, что трудности с комплаенсом при туберкулезе заключаются почти полностью в самих пациентах и не могут быть связаны ни с какими другими проблемами [5; 6]. По их мнению, трудные пациенты всегда лишены мотивации, часто ленивы, агрессивны и не заботятся о своем здоровье, а иногда даже хотят оставаться больными, чтобы иметь право на определенные льготы (например, группу инвалидности) [6]. Многие из них досрочно прекращают лечение, а среди тех, кто продолжает прием препаратов, лишь 50-60 % полностью следуют предписаниям врача [2; 5; 6].

Скудная клиническая симптоматика в начале заболевания и в ходе ремиссии является для пациентов причиной, по которой они отрицают необходимость длительного лечения [4; 8]. В то же время пациенты, испытывающие тяжелые симптомы болезни, стараются придерживаться основного курса химиотерапии, возможно, из-за страха перед ухудшением состояния здоровья [5; 6].

В связи с ранее изложенным, целью работы является исследование комплаенса впервые выявленных больных туберкулезом легких в связи с их отношением к болезни, копинговыми стратегиями и агрессией с точки зрения психологии здоровья и болезни.

Материал и методы исследования. После получения добровольного согласия стандартными клиничко-рентгенологическими и лабораторными методами обследовано 62 мужчины в возрасте от 45 до 55 лет с впервые выявленным лекарственно чувствительным туберкулезом легких, без серьезных осложнений и сопутствующих заболеваний. Инфильтративный туберкулез диагностирован у 36 (58,0%), диссеминированный - у 19 (30,6%),

очаговый - у 7 (11,4%) человек. Своевременно распознанный (ограниченный процесс со скудным бактериовыделением) туберкулез обнаружен у 45 человек, у остальных он был выявлен несвоевременно (в легких обнаруживались сформированные каверны и различные проявления склероза легочной ткани). У всех пациентов оценивался социальный статус. Для психологической диагностики типов отношения к болезни использовалась методика (ТОБОЛ), в основе которой лежит типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Оценка комплаенса проводилась с использованием опросника «Уровень комплаентности» Р. В. Кадырова, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук; результаты сравнивались с аналогичными данными, полученными при использовании собственной методики, согласно патенту №2611398. Для измерения копинговых стратегий использовалась методика Р. Лазаруса и С. Фолкмана, адаптированная Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2007). Агрессивность как свойство личности больных оценивалась с помощью опросника А. Басса и А. Дарки и сопоставлялась со сведениями клинико-биографического интервью.

Полученные данные исследовались с использованием многомерного корреляционного анализа. Для статистического анализа был выбран коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.

Полученные результаты и их обсуждение. Социальный состав у большинства обследуемых больных соответствовал критериям социальной дезадаптации. Пациенты имели преимущественно рабочие профессии, однако, 58,0 % не имели постоянного места работы; 27,4% в прошлом находились в местах лишения свободы; 64,5% эпизодически употребляли алкоголь и 70,9% курили до 1 пачки сигарет в день. По данным известной и собственной методик низкий уровень комплаенса был у 20 (32,3%), средний - у 38 (61,3%), высокий – у 4 (6,4%) больных. При сравнении показателей уровня комплаенса с типом копинговых стратегий у пациентов с низким комплаенсом преобладали неадаптивные стратегии (90,4%). Пограничные стратегии отмечались у больных со средним (86,2%) и высоким комплаенсом (66,6%). Между уровнем комплаенса и напряженностью копинговых стратегий нами установлена достоверная обратная умеренная корреляционную связь ($r=-0,39$, при $p=0,001$). Можно предположить, что с повышением уровня комплаенса следует уменьшение напряженности, и больные начинают использовать более адаптивные копинговые стратегии. Установлена высоко значимая отрицательная умеренная корреляционная связь ($r=-0,35$, при $p=0,004$) между комплаенсом и конфронтацией. Это может говорить о том, что у больных с низким комплаенсом типично разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления неадекватных действий. Стратегия дистанцирования также находилась в высокозначимой отрицательной умеренной корреляционной связи с комплаенсом ($r=-0,38$, при

$p=0,002$). Это свидетельствуют о снижении субъективной значимости имеющейся проблемы

При изучении отношения к болезни определены наиболее часто встречающиеся основные типы: анозогнозический – 28 (45,2%), эргопатический - 10 (16,1%), сенситивный - 8 (12,9%), гармонический – 7 (11,3%), неврастенический - 9 (14,5%). Из общего количества больных 55,8% признавали наличие у себя туберкулеза, 25,8% не считали себя больными, 18,4% полагали, что у них какое-то другое заболевание.

Как видно из приведенных данных, анозогнозический тип отношения к болезни был ведущим, и по нашему мнению, свидетельствовал о психологических механизмах отрицания, подавления и искажения негативной информации с использованием преимущественно неконструктивных копинг-стратегий: бегства-избегания и дистанцирования.

Госпитализацию в туберкулезную больницу 34,0% больных восприняли негативно, 42,0% - как стресс и только 24,0% отнеслись к поступлению в стационар положительно. Сравнение личностно-психологических особенностей больных с впервые выявленным туберкулезом показало, что клиническая форма, распространенность и уровень интоксикации достоверно не отражаются на выраженности психологических нарушений. Однако, у четверти пациентов с длительным течением несвоевременно выявленного туберкулезного процесса обнаружена эйфорически-анозогнозическая реакция с повышенным настроением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У недавно заболевших пациентов, наоборот, более характерными были ипохондрический, сенситивный и неврастенический типы отношения к болезни. Преобладали лица с тревожно-мнительным типом характера, выраженным чувством тревоги, нерешительностью, ранимостью в сочетании с некоторой замкнутостью, нарушением адекватности эмоционального реагирования. Исследование агрессии установило повышенную аффективную напряженность с некоторыми деструктивными тенденциями, более выраженными у пациентов по шкале «Обида» (68,47 при норме 56,55, $p<0,001$). По-видимому, это свидетельствовало о проявлении недовольства и обиды по поводу возникшего заболевания, которое в обывательском смысле является неизлечимым и опасным для окружающих. Отмечались также негативные оценки по отношению к медицинскому персоналу и событиям лечебного процесса, о чем свидетельствуют более высокие показатели агрессивности по шкале «Враждебность» (65,8 против нормы 53,3, $p<0,001$). Отмечена также более высокая раздражительность - показатели по шкале «Раздражительность» (62,4 против нормы 50,1, $p<0,01$). Это проявлялось готовностью к проявлению негативных эмоций при малейшем стрессогенном воздействии.

Заключение. Таким образом, исследование комплаенса у впервые выявленных больных туберкулезом легких с позиции психологии здоровья и

болезни свидетельствует о том, что большинство из них несут в себе черты социальной дезадаптации и демонстрируют низкий комплаенс, связанный с неадаптивными копинговыми стратегиями, агрессивностью и преимущественно анозогнозическим типом отношения к болезни, что необходимо учитывать при разработке и реализации программ социально-психологического сопровождения этих пациентов в ходе длительного противотуберкулезного лечения.

Список литературы

1. Бовина, И. Б. От бубонной чумы до "чумы XX века": динамика социального значения здоровья и болезни / И. Б. Бовина, Т. Б. Панова // Социологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 47-63.
2. Борисов, С. Е. Досрочное прекращение лечения туберкулеза в противотуберкулезных стационарах / С.Е. Борисов, Е.М. Белиловский, Ф. Кук и др. // Проблемы туберкулеза. – 2007. – №6. – С. 24-17.
3. Васильева, И. А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации / И. А. Васильева, Е. М. Белиловский, С. Е. Борисов и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – № 6. – С. 9-21.
4. Семченко, Л. Н. Особенности поведения и приверженность лечению больных с впервые выявленным туберкулезом в Челябинской области / Л. Н. Семченко, О. Ю. Герасимова // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017, Т. 5. – № 4 (19). – С. 26-29.
5. Свистунова, В. А. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом / В.А. Свистунова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – № 2, Т. 3. – С. 415-420.
6. Петунова, С. А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом / С. А. Петунова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 78-84.
7. Leventhal H., Leventhal E., Cameron L. D. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive approach // A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds). Handbook of Health Psychology. New York: Erlbaum, 2001. P. 19–48.
8. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis. Epidemiology and effect on the outcome of treatment. / W. J. Burman [et al.] // Chest. – 1997. – P.127-134.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ МОЛОДЕЖИ В ПАРАДИГМЕ ДИНАМИЧНОГО СОЦИУМА

Носкова М.В.

Уральский государственный медицинский университет,
г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. В статье раскрывается проблема здоровьесбережения молодого поколения как одна из проблем динамично развивающегося современного общества и являющаяся одним из приоритетных направлений в психологии, педагогике, медицине. Проблема укрепления и сохранения здоровья молодежи, формирование и развитие ценностей здорового образа жизни, осознанного отношения к своему здоровью приобретает глобализационный аспект в обществе. Также в статье рассматриваются факторы, влияющие на здоровье, представлены здоровьесберегающие технологии в работе с молодежью.

Ключевые слова: здоровьесбережение, молодежь, социум, здоровьесберегающие технологии.

YOUTH HEALTH IN THE PARADIGM OF DYNAMIC SOCIETY

Noskova M.

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

Abstract. The article reveals the problem of health care of the young generation as one of the problems of a dynamically developing modern society and is one of the priority areas in psychology, pedagogy, and medicine. The problem of strengthening and maintaining the health of young people, the formation and development of the values of a healthy lifestyle, a conscious attitude to their health takes on a globalization aspect in society. Also, the article considers factors affecting health, presents health-saving technologies in working with young people.

Keywords: health saving, youth, society, health saving technologies.

Здоровьесбережение молодого поколения приобретает значимость в современном обществе.

Проблема укрепления и сохранения здоровья молодежи, формирование и развитие ценностей здорового образа жизни, осознанного отношения к своему здоровью приобретает глобализационный аспект в обществе. Ускоренный ритм жизни, ее динамичность, эмоциональные перегрузки, буллинг, низкий уровень стрессоустойчивости, преобладание виртуального общения, интернет-зависимости, переутомления приводят к возрастанию показателей заболеваемости и различных нарушений в психическом, физическом и социальном здоровье современной молодежи.

Если рассматривать соотношение факторов, влияющих на здоровье человека, то на первом месте выделяют социально-педагогический фактор,

составляющий 40%, далее – человеческий фактор (25%), который, в свою очередь представляет физическое здоровье (10%) и психическое здоровье (10%). Немаловажными факторами является экологический фактор (25%) и медицинский (10%). Также можно выделить и другие факторы, которые способствуют снижению качества, уровню жизни молодого поколения – социально-экономический фактор, недостаточная профилактическая работа по вопросам алкоголизма, наркомании, курения, правовых аспектов. Отсюда следует, увеличение количества людей, которые нуждаются не только в медицинской, но и психологической помощи. Поэтому сохранение и укрепление здорового поколения является национальной задачей нашей страны. Ведь от здоровой нации зависит благополучие в стране.

Если исходить из того, что здоровье личности представляется в качестве индикатора устойчивости развития нации, то с точки зрения социально-психологического аспекта – фактор саморазвития современного социума [1]. Отсюда следует, что одной из существенных характеристик комплексного здоровья личности является психологическая составляющая как предиктор здоровьесбережения.

Здоровьесбережение представляет собой активность человека, обращенная на сохранение и укрепление своего здоровья и жизнедеятельности в целом. В исследованиях В.А. Петровского, В.Д. Семенова сконцентрировано внимание на формирование здоровьесберегающей среды личности, а в трудах Е.А. Каменской, Н.Н. Макарова представлено проектирование здоровьесберегающей среды.

На современном этапе, по мнению М.М. Яловенко, понятие здоровьесбережение можно рассматривать как ценность, систему, процесс, результат [2].

Здоровьесбережение приравнивается к образу жизни, отражающий культурный уровень личности и рассматривает благоприятные условия жизнедеятельности, в том числе поведенческой, и гигиенические навыки, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни [3]. Здоровьесбережение можно рассматривать с точки зрения основы профилактики различных заболеваний. Нельзя не отметить тот факт, что во многом состояние здоровья молодежи, в том числе психического здоровья, зависит от самой личности, ведения образа жизни, его отношения к своей личной жизни и здоровью. Этому могут способствовать здоровьесберегающие технологии, представляющие собой системность мероприятий, состоящая из методов, приемов, способов решения задач, направленные на преодоление и профилактирование социально-психологических проблем.

Рассмотрим некоторые здоровьесберегающие психотехнологии: арт-терапия, позитивная терапия, имагинации, дебрифинг, дефьюзинг, направленные на активацию собственных психологических ресурсов, образовательная кинезиология.

Одной из здоровьесберегающих психотехнологий является *арт-терапевтическая работа*. Практико-ориентированная задача состоит в организации системы арт-терапии, направленной на преодоление комплексного влияния «экстремальной среды», ослабление последствий психотравмирующих переживаний, негативных установок, поскольку арт-терапия способствует высвобождению чувств раздражения, обиды, отчаяния и др.

Целями арт-терапевтических направлений являются:

- акцентирование на осознание личности своей эмоционально-чувственной сферы;
- организация благоприятной, доверительной обстановки, содействующая вербализации и проработке мыслей и чувств;
- содействие высвободить как позитивные, так и негативные чувства, эмоции.

Психологическая помощь с применением арт-терапевтических техник имеет несколько направлений: рисуночная терапия (лечебное воздействие средства изобразительного искусства), игровая терапия (лечебное воздействие через моделирование и проигрывание ситуаций), цветотерапия (лечебное воздействие через цветовую гамму), коллажирование.

Арт-терапевтические техники можно проводить как в индивидуальной, так и групповой форме.

Преимуществом таких техник является «мягкое» психотерапевтическое и психокоррекционное влияние на личность. Они направлены на осознание эмоциональных состояний, творческое самовыражение, укрепление психического здоровья, получение психологической поддержки, гармонизацию внутреннего состояния человека [4].

Позитивная терапия была предложена Н. Пезешкианом в 1968 году. Рассматривается как метод краткосрочной психотерапии, ориентированный на мобилизацию внутренних ресурсов личности для принятия на себя ответственности, в том числе трудных актуальных обстоятельствах. Позитивная терапия направлена на положительную деятельность вне зависимости от сложной, экстремальной ситуации и строится на принципах: надежда, равновесие и самоподдержка. Принцип надежды – это фокусировка на личностных ресурсах человека, понимании своих способностей и принятие на себя ответственности за происходящее в его жизни. Равновесие помогает личности сконцентрироваться на устремление к состоянию гармонии. Самоподдержка – индивидуальная социально-психологическая адаптация и гармонизация в условиях непрерывного саморазвития и самосовершенствования [5].

Можно ещё выделить психотехнологию – *имажинация*, характеризующаяся мысленным представлением, видением желаемой ситуации, которая ещё не произошла. С помощью одних только мысленных

усилий личность моделирует определённые события, которые ещё не происходили с ним на самом деле, получая при этом необходимый когнитивный и эмоциональный опыт.

Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой и относится к мерам экстренной психологической помощи. Эта форма кризисной интервенции, организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Целью дебрифинга является снижение тяжести психологических последствий после пережитого стресса. Общая цель группового обсуждения – минимизация психологических страданий. В рамках этой технологии прорабатываются эмоциональные состояния; осознаются и понимаются реакции на происходящие события; мобилизируются потенциальные возможности человека; происходит усиленная групповая поддержка, понимание и снижение напряжения; приобретается готовность к переживанию эмоций, реакций, на возникновение их в ближайшее будущее, а также определяются средства дальнейшей помощи [6].

Дефьюзинг – процесс, который дает возможность выговориться человеку. Работа может проводиться в малых группах в течение первых часов после критического инцидента в целях диагностики, определения лиц, входящих в группу риска и смягчения основных проявлений острых реакций на кризис. В процессе дефьюзинга люди в неформальной, неструктурированной форме могут высказаться о том, что с ними происходило, о своих переживаниях.

Образовательная кинезиология – современная технология, направленная на выявление и снятия психоэмоциональной нагрузки и стресса именно для человека. С греческого слова «кинезис», «кинезиология» означает «движение», но здесь закладывается смысл «мышечное движение». С помощью специально подобранных упражнений, личность может быстро снять нервно-психическое напряжение. Основная цель этого метода – психоэмоциональная перенастройка человека, перевод его негативного эмоционального состояния в позитивное, экспресс-метод.

Данный метод широкое распространение получил в XX веке и введен американским психологом Полом Деннисоном. Исходя из своих исследований, он пришел к выводу, что с помощью физических упражнений можно оптимизировать работу мозга через движения.

Система этих упражнений называется «Гимнастика мозга». Они развивают внимание и память, улучшают координацию движений, решают проблемы социальной адаптации, развития речи, воспитания и обучения. По мнению нейрофизиологов и психофизиологов, образовательная кинезиология – это наиболее эффективная психокоррекционная и развивающая технология.

Образовательную кинезиологию рассматривают как теоретическую и практическую систему упражнений. Они побуждают мозг на эффективное приобретение и применение той или иной информации. Кроме этого,

образовательная кинезиология содействует побуждению личности к самопознанию при получении нового опыта. Она направлена на индивидуальные потребности личности, пути его самореализации, поддерживая индивидуальный процесс развития. Именно образовательная кинезиология является тем технологическим направлением, благодаря которому человек намного легче усваивает материал, легко обучается и развивается.

Таким образом, на основании вышеизложенного материала следует, что правильно подобранные здоровьесберегающие технологии обеспечивают условия физического, психического, социального и духовного комфорта, а также способствуют сохранению и укреплению здоровья субъектов.

Список литературы

1. Горбунов Г.Д. Психопедагогика. М.: Советский спорт, 2012. – 312 с.
2. Формирование учебной деятельности школьников / под ред. В.В. Давыдова и др. – М.: Педагогика, 2012. – 216 с.
3. Свиренко А.А. Сущность и роль здоровьесбережения и медико-социальные проблемы физиологического старения населения России // Материалы VI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2014/article/2014002643>.
4. Носкова М.В. Арт-терапевтические направления в психологической помощи родителям, имеющих «особых» детей / Системная интеграция в здравоохранении, 2017. – № 1(31). – С.44-48.
5. Fletcher D. A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions / D. Fletcher, M. Sarkar // Psychology of sport and exercise. 2012. Vol. 13. P. 669-678.
6. Rimé B., Páez D., Basabe N., Martínez F. Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate // European J. of Social Psychology. – 2010. – V. 40. – № 6. – P. 1029 – 1045.

КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Пастух И.А., Терехова О.А.

**Курский государственный медицинский университет, г.Курск,
Россия**

Аннотация. Статья посвящена анализу научных публикаций по вопросам исследования коморбидности алкогольной зависимости и панического расстройства. Основной целью исследования было изучить

актуальность и социальную значимость коморбидной патологии в рамках психиатрии и наркологии. Используя метод библиометрического анализа научных работ, размещенных в базе электронной библиотеки eLIBRARY. Проанализировано распределение научных публикаций посвященных коморбидности алкоголизма и панического расстройства.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, коморбидность, паническое расстройство, электронная библиотека eLIBRARY.

COMBORIDITY OF ALCOHOL DEPENDENCE AND PANIC DISORDER

Pastukh I.A., Terekhova O.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article is devoted to the analysis of scientific publications on the study of the comorbidity of alcohol dependence and panic disorder. The main objective of the study was to study the relevance and social significance of comorbid pathology in the framework of psychiatry and narcology. Using the method of bibliometric analysis of scientific papers posted in the database of the electronic library eLIBRARY. The distribution of scientific publications on the comorbidity of alcoholism and panic disorder is analyzed.

Keywords: alcohol dependence, comorbidity, panic disorder, library eLIBRARY.

Социальная значимость зависимости от психоактивных веществ, а именно алкоголя на территории Российской Федерации достаточно велика. Бесконтрольная алкоголизация жителей регионов РФ приводит к существенным изменениям в экономической, демографической и социокультурной сферах. Вероятной причиной неэффективности медикаментозной коррекции алкогольной зависимости является недостаточная осведомленность о проблеме сочетанных (коморбидный) состояний в психиатрии и наркологии.

Зачастую задача терапии зависимости от алкоголя, осложнённой психическим заболеванием, усложняется по причине необходимости выбора тактики лечения. Многие авторы остерегаются от чисто механического сложения существующих методов лечения каждого заболевания, поскольку в этом случае положительный эффект может быть не достигнут [1; 2; 3; 5; 7].

Целью исследования является изучение актуальности и социальной значимости коморбидности алкогольной зависимости и эпизодической

пароксизмальной тревожности (ПР) с помощью анализа научных публикаций данной тематики.

Основным методом, позволяющим решить поставленную задачу является библиометрический анализ. Данный метод предполагает количественное изучение информационных, документальных потоков в области наркологии и психиатрии, он построен на исследовании библиографической информации о научных публикациях и анализе их цитирования. Библиометрический анализ научных публикаций позволяет интегрировать сведения о предметной области в едином информационном ресурсе; получить необходимый объём данных по актуальной для настоящего исследования тематике и даёт возможность провести анализ с использованием информационных технологий [4; 9]. Ресурсом для осуществления библиометрического анализа была выбрана информационная система eLIBRARY [9].

Первоначально для поиска научных публикаций подобраны поисковые запросы (ключевые слова). Наиболее актуальными были выбраны: «алкогольная зависимость», «коморбидность панического расстройства», «паническое расстройство». В поисковой системе представлена 31 научная статья за период с 2004 по 2019 годы. Из них: 70% – публикации в научных журналах, 70% – входит в РИНЦ, 9,7% – в ядро РИНЦ (журналы, индексируемые в Scopus или Web of Science). Всего данной предметной областью заинтересовались 18 научных исследователей [9].

Динамика научных публикаций, изучающих коморбидность алкогольной зависимости и панического расстройства, по годам представлена на рисунке 1. Согласно данным, в период с 2015 по 2018 годы наблюдается резкий скачок исследований коморбидности алкогольной зависимости и панического расстройства, что подтверждает актуальность изучения вопросов коморбидности алкогольной зависимости [2; 5; 10]. Общеизвестно, что терапия таких пациентов представляет большие трудности и целесообразно сочетать медикаментозное и психотерапевтическое лечение у лиц с коморбидной алкогольной зависимостью и паническим расстройством [11; 13].



Рис. 1. Научные публикации по проблеме коморбидности АЗ и ПР за период с 2004 по 2019 годы

Широк диапазон научных исследований, занимающихся изучением вопросов коморбидности АЗ и ПР. Решением данной научной проблемы занимаются психиатры, психотерапевты, наркологи, кардиологи и терапевты из разных регионов РФ, что подтверждает актуальность настоящего исследования.

Кроме того следует отметить, что целесообразно помимо проведенного библиометрического анализа качественный анализ литературных источников. Что касается, распределения научных публикаций заданной тематики по журналам, наиболее часто публиковавшие статьи выделены в таблице 2.

Таблица 2

№	Название журнала	Количество публикаций	
		абс.	%
1.	Сибирский вестник психиатрии и наркологии	7	46
2.	Наркология	4	26
3.	Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова	2	13
4.	Молодежный инновационный вестник	1	6

Таким образом, анализ научных публикаций по вопросам коморбидности алкогольной зависимости и эпизодической пароксизмальной тревожности за период с 2004 по 2019 годы указывает на актуальность изучения выбранной нами проблемы. Большое число публикаций в период с 2015 по 2019 годы может свидетельствовать о росте удельного веса пациентов с коморбидной наркологической и психиатрической патологией. Выявление факторов риска и механизмов развития, а также изучения специфики сочетанного течения алкоголизма и эпизодической пароксизмальной

тревожности приобретает особую актуальность для психиатрии и наркологии [2; 3].

Список литературы:

1. Артемчук, Ю.Л., Экологические основы коморбидности аддиктивных состояний / И.К. Сосин, Т.В. Чернобровкина. – Харьков: Коллегиум, 2013. – С.169-218.
2. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: Медицинское информационное агентство, 2019. – С.112.
3. Гофман, А.Г. Психиатрия. Справочник практического врача / А.Г. Гофман. – М: МЕДпресс-информ, 2019. – С.272, 504.
4. Даринская, Л.А. Библиометрический анализ как способ вхождения в проблему исследования / Л.А. Даринская // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – В.3. – С.71-79.
5. Дмитриева, Т.Б. Наркологические заболевания в экспертной и лечебной практике / Т.Б. Дмитриева. – М., 2008. – С.296.
6. Дюкова, Г.М. Вегетативные пароксизмы // Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – С.121-170.
7. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – Москва, «МИА», 2008. – С.944.
8. Медер, Й. Диагностические и терапевтические проблемы у пациентов с коморбидными расстройствами / Й. Медер // Научно-практический журнал Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10. – № 37. – С.133-134.
9. Научная электронная библиотека eLIBRARY. URL: <https://elibrary.ru> (дата обращения: 10.09.2019)
10. Непочатова, Е.С. Алкоголь, его влияние на организм человека / Е.С. Непочатова, Е.А. Пономарева // Аллея науки. – 2017. – Т.1. – №16. – С. 420-424.
11. Погосов, А.В. Лечебно-профилактические мероприятия для больных посттравматическими стрессовыми расстройствами в случаях коморбидности / А.В. Погосов // Научно-практический журнал Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10. – № 36. – С. 17-21.
12. Сиволап, Ю.П. Психические расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем / Ю.П. Сиволап // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т. 138. – № 6. – С.43-49.
13. Сидоров, П.И. Развитие зависимого поведения и алгоритм психопрофилактики / П.И. Сидоров // XIV съезд психиатров России (15-18 ноября, 2005 г., г. Москва). – М., 2005. – С. 3.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРОТЕКАНИЕМ НЕКОТОРЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Петренко А.А., Алексеева А.С., Ломтатидзе О.В.

Уральский Федеральный Университет, г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. Данная работа посвящена изучению взаимосвязи профиля асимметрии с проявлениями основных психофизиологических функций и свойств нервной системы у подростков 15-16 лет. На выборке в 40 человек показано, что факторы латерализации и силы нервной системы оказывают сходное влияние на проявление таких психофизиологических функций как продуктивность логического мышления, объем кратковременной аудиальной вербальной памяти и темп деятельности. Остается открытым вопрос о предполагаемой связи этих факторов.

Ключевые слова: функциональная асимметрия, латерализация, мышление, память, сила нервной системы, подростки

FUNCTIONAL ASYMMETRY AND ITS INTERRELATIONS WITH SOME PSYCHOPHYSIOLOGICAL FUNCTIONS IN ADOLESCENTS

Petrenko A.A., Alekseeva A.S., Lomtatidze O.V.

Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia

Abstract. This research is devoted to the relationship between asymmetry profile and basic psychophysiological functions and properties of nervous system in teenagers of 15-16 years old. A sample of 40 people shows that the lateralization factor and power of the nervous system have a similar effect on the manifestation of psychophysiological functions such as the productivity of logical thinking, the volume of short-term audio verbal memory and the pace of activity. The question of the relationship between these factors remains open.

Keywords: functional asymmetry, lateralization, thinking, memory, nervous system power, teenagers

Связь профиля асимметрии с проявлением основных психофизиологических функций и свойств нервной системы, а также процесс становления асимметрии в онтогенезе, вопросы, ответы на которые до сих пор носят противоречивый характер и до конца не изучены. Особенный интерес вызывает подростковый этап, как период, предшествующий окончательному формированию психофизиологического профиля взрослого человека. В данной работе мы попытались рассмотреть каким образом профиль функциональной асимметрии в его различных проявлениях может быть

взаимосвязан со свойствами нервной системы, памятью, вниманием и мышлением подростка.

В исследовании приняло участие 40 человек: 23 мальчика и 17 девочек, в возрасте 15-16 лет (средний возраст 15,5 лет), у всех испытуемых предпочитаемая при письме рука - правая. Исследование проводилось на базе одной из средних школ города Екатеринбурга. Родители испытуемых были уведомлены о проведении исследования и дали письменное согласие.

В работе использовались следующие методы: определение ведущего полушария с помощью комплексного метода [1], теппинг-тест (методика экспресс-диагностики свойств нервной системы по психомоторным показателям Е.П. Ильина) [5], тест Бурдона (корректирующая проба) [6], методика «Заучивание 10 слов» [2], методика «Сложные аналогии» [3]. Определялись общий профиль асимметрии (ОП), моторный и сенсорный профили асимметрии (МП и СП соответственно), индекс силы нервной системы (Индекс), количество точек в каждом квадранте теппинг-теста (1-6 квадрат), общий объем просмотренных знаков (количество просмотренных знаков) и процент ошибок в корректирующей пробе (процент ошибок), количество верно заученных слов (1-6 предъявление), количество верно воспроизведенных сложных аналогий (количество правильных ответов).

Полученные данные были обработаны в программе Statistica 13.0.

Анализ полученных данных:

Для определения взаимосвязей исследуемых показателей был проведен их корреляционный анализ (см. табл. 1).

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа исследуемых показателей ($r_{xy} > r_{кр}$, $p < 0,05$)

	МП(моторная)	СП(сенсорная)	ОП(общая)	Индекс (КНС)	1 квадрат	2 квадрат	3 квадрат	4 квадрат	5 квадрат	6 квадрат	1 предъявление	2 предъявление	3 предъявление	4 предъявление	5 предъявление	
СП(сенсорная)	0,46															
ОП(общая)	0,9	0,8														
Индекс (КНС)																
1 квадрат	0,44	0,37	0,48													
2 квадрат				0,35												
4 квадрат				0,5	0,45	0,55										
5 квадрат				0,58		0,34	0,69									
6 квадрат				0,59	0,41		0,58	0,56								
Процент ошибок																
1 предъявление	0,56	0,43	0,58		0,39	0,36										
2 предъявление											0,49					
4 предъявление												0,49				
5 предъявление	0,37		0,32		0,46						0,44				0,5	
6 предъявление												0,33				
Кол-во правильных ответов	0,39		0,34		0,37	0,37	0,39	0,33					0,31			0,4

На основе матрицы корреляции был проведен кластерный анализ (см. рис. 1). По результатам кластерного анализа среди изучаемых показателей можно выделить два основных кластера.

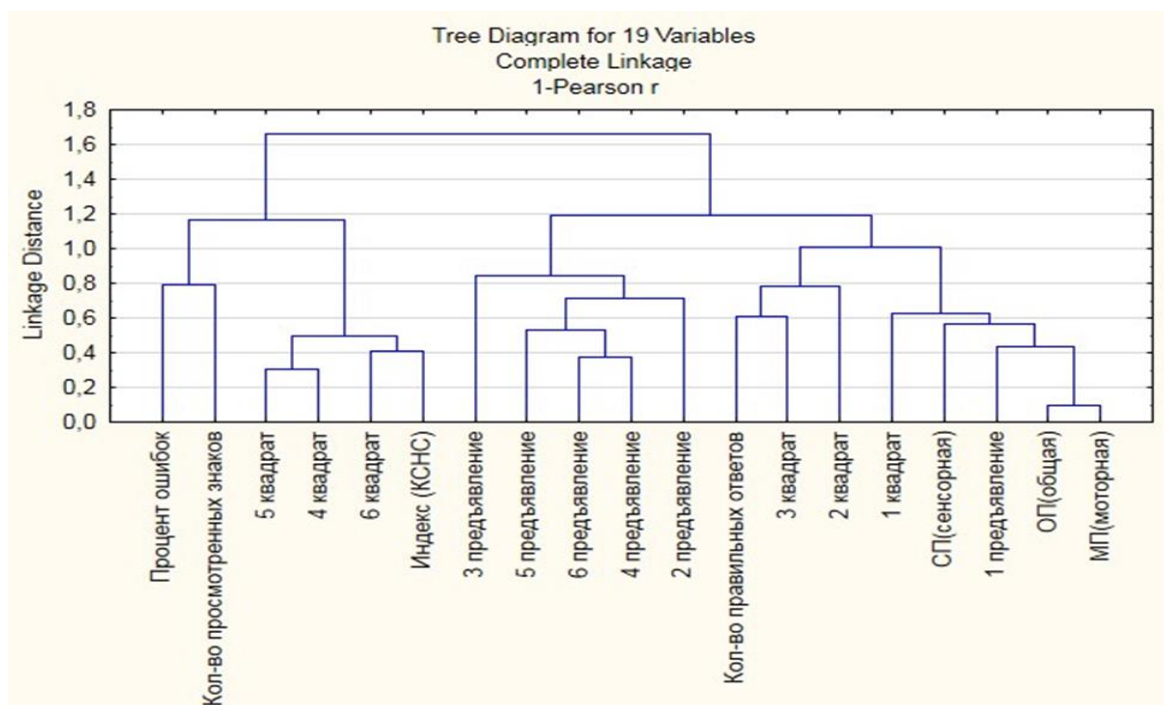


Рис.1. Дендрограмма распределения изучаемых признаков

К первому кластеру относятся такие показатели как профили моторной, сенсорной и общей асимметрии, 1-3 квадраты теппинг-теста, объем кратковременной вербальной памяти при 1-м и 2-6-м предъявлениях, количество правильных ответов по методике «Сложные аналогии».

В данном кластере показатели левой (по полушарию) латерализации моторной и сенсорной асимметрии оказались связанными с уровнем продуктивности логического мышления, объемом кратковременной аудиальной вербальной памяти, а также базовым темпом деятельности, определяемым первым квадратом теппинг-теста. Кроме этого, базовый темп деятельности также взаимосвязан с объемом кратковременной аудиальной вербальной памяти. То есть можно предположить, что ведущее полушарие влияет на уровень логического мышления, объем кратковременной аудиальной вербальной памяти и базовый темп деятельности. В свою очередь базовый темп деятельности также может сказываться на объеме кратковременной памяти.

Связь профиля латерализации с начальным темпом деятельности, возможно, является следствием энергетической функции левого полушария. Высокий уровень энергетического обмена в левом полушарии, основан на доминировании парасимпатических влияний, снижающих потерю энергии.

Объем кратковременной аудиальной вербальной памяти и продуктивность логическое мышление вошли в первый кластер, скорее всего из-за того, что в левом полушарии преобладает вербально-логическая составляющая [4].

Во второй кластер включены такие показатели как индекс силы нервной системы, 4-6 квадраты теппинг-теста, количество просмотренных знаков и процент ошибок в пробе Бурдона.

Данные индекса силы нервной системы оказались объединены с завершающим темпом деятельности, устойчивостью и концентрацией внимания. Из этого можно сделать предположение, что чем сильнее нервная система, тем испытуемые усидчивее и сосредоточенней.

Для того чтобы продолжать выполнять теппинг-тест в последних квадратах на высоком уровне, нужно чтобы у испытуемого оставался запас ресурсов, которые непосредственно связаны с силой нервной системы. Также сила нервной системы может служить ресурсом концентрации произвольного внимания, что соответствует ресурсной теории внимания Д. Канемана [7].

Чтобы проверить предположения о влиянии факторов латерализации и силы нервной системы на объем кратковременной памяти и уровень логического мышления, выдвинутых в ходе кластерного анализа, был проведен дисперсионный анализ.

Согласно полученным данным факторы левополушарной латерализации и силы нервной системы достоверно ($F > F_{кр}$, $p < 0,05$) влияют на увеличение продуктивности логического мышления, объема кратковременной аудиальной вербальной памяти и темпа деятельности, действуя сонаправленно.

Таким образом, несмотря на то, что факторы латерализации и силы нервной системы оказались принадлежащими к различным кластерам и связаны с различным набором психофизиологических показателей, они оказывают сходное влияние на проявление психофизиологических функций. В связи с этим возникает вопрос, являются эти параметры ортогональными или между ними также существует связь. В исследовании коэффициенты корреляции данных параметров чуть ниже критических значений, возможно вследствие недостаточного объема выборки. Работа требует дальнейших исследований с учетом расширения выборки и проверки гипотезы о взаимосвязи типа латерализации и силы нервной системы.

Список литературы

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1988. – 201 с.
2. Методика «Заучивание 10 слов» [Электронный ресурс].–Режим доступа: URL:<https://studfiles.net/preview/2030345/> (дата обращения: 10.05.2017)
3. Методика «Сложные аналогии» [Электронный ресурс].– Режим доступа: URL: <http://testoteka.narod.ru/pozn/1/07.html> (дата обращения: 10.05.2017).

4. Реброва Н. П. Функциональная межполушарная асимметрия мозга человека и психические процессы / Н. П. Реброва, М. П. Чернышова.– СПб.: Речь, 2004. – 96 с.
5. Тест Бурдона (корректирующая проба) [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://fb.ru/article/128631/korrekturnaya-proba-burdona-opredelenie-ustoychivosti-vnimaniya> (дата обращения: 10.05.2017).
6. Фокин В.Ф. Руководство по функциональной межполушарной асимметрии / В. Ф. Фокин. – М.: Научный мир, 2009. – 836 с.
7. Kahneman D. Attention and Effort. Eglewood Cliffs. N.Y.: Prentice Hall, 1973.

СЕМЬЯ КАК ЕДИНАЯ МОРАЛЬНО-ЦЕННОСТНАЯ ОБЩНОСТЬ

Поляков Д.В., Кухаренок А.Д., Морошнева М.Е.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация: в статье представлен анализ различных социально-психологических факторов, оказывающих влияние на психическое здоровье учащихся старших классов. Также авторы описывают глобальную и прикладную роль семьи в формировании мотивационных и морально-ценностных установок абитуриентов.

Ключевые слова: семья, психолого-поведенческие проблемы, психическое здоровье, мотивация учебной деятельности, социализация.

FAMILY AS A UNIFIED MORAL VALUE COMMUNITY

Polyakov D.V., Kukharenek A.D., Moroshneva M.E.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract: The article presents the analysis of various socio-psychological factors that influence on the mental health of high school students. Also authors describe the global and applied role of the family in the formation of motivational and moral-value attitudes of enrollees.

Keywords: family, psycho-behavioral problems, mental health, motivation to educational process, socialization.

Состояние здоровья подрастающего поколения всегда стояло в центре внимания специалистов различных профилей – врачей, педагогов, психологов, социологов и т.д. Все они подробно изучали и изучают здоровье детей и подростков как единый феномен, включающий в себя, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), полное физическое, душевное и социальное благополучие. Психическое здоровье — это состояние

благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. Поддержание вышеперечисленных критериев на должном уровне для отдельно взятой личности является приоритетом не только самого индивидуума, но объектом деятельности различных государственных и социальных институтов, среди которых центральное место отведено институту семьи.

Семья – важнейшая составляющая нашей жизни, характеризующаяся общностью людей, которая сформировалась на основе родства, супружества, преемственности поколений, необходимости поддержания существования каждого ее члена и общего быта. Ключевой функцией, которую осуществляет семья, является воспитание детей. Несмотря на всю многогранность процесса социализации, именно в семье подрастающее поколение получает свои первые и предопределяющие дальнейшее социальное развитие морально-ценностные установки. Именно в семье формируются основные личностные качества, психологические особенности ребенка и его представление о нормах поведения в обществе. Учитывая данный аспект, многообразие внутрисемейных взаимоотношений и характер их влияния на детскую психику, можно выделить следующие типы семей: благополучные и неблагополучные с явной или открытой формой отрицательного воздействия на ребенка [3].

Внутренне неблагополучные семьи (со скрытой формой неблагополучия) характеризуются мнимым благополучием, которое внешне не вызывает никакого беспокойства со стороны окружающих людей. Однако в дальнейшем последствия не афишируемых конфликтов и неправильного воспитания так или иначе могут проявить себя. Деструктивное влияние на психику ребенка становится невозможно скрыть – поведение ребенка становится девиантным, бесконтрольным.

Семьи с явной (открытой) формой неблагополучия – конфликтные, асоциальные, аморально-криминальные, семьи с недостатком воспитательных ресурсов. В данную категорию также можно отнести семьи, в которых родители реализуют не совсем адекватные воспитательные установки: проявляют нежелание приспособливаться к особенностям ребенка, имеют завышенные требования по отношению к нему, плохо знают о его проблемах и переживаниях, не оказывают должного внимания и заботы.

Благополучные семьи, в которых эмоциональное и когнитивное развитие ребенка протекает в комфортных условиях – родители не выдвигают ему сверхжестких требований, правильно оценивая его способности, желания, интересы, учитывая при этом индивидуальность и поощряя инициативность и самостоятельность решений [3].

Таким образом, именно правильное, адекватное поведение родителей формирует благоприятную обстановку для личностного становления

подрастающего поколения. Особенно важна поддержка мам и пап в критические периоды. Одним из них является так называемый «предвузовский период», когда ребенок стоит на пороге взрослой жизни. Среди ключевых психолого-поведенческих проблем, с которыми сталкиваются старшеклассники, выделяют проблемы, связанные с успешным окончанием школы и самоопределением, выбором профессии и места дальнейшего обучения. Также причиной беспокойства становятся взаимоотношения с родителями, друзьями, противоположным полом. Переживания вызывают и мысли о создании собственной семьи, о достижении благополучия и успеха в выбранной сфере деятельности [4]. Значимым стрессовым фактором является единый государственный экзамен (ЕГЭ). На почве всеобщего «культа ЕГЭ» у детей усиливается степень тревожности, тенденция к фанатизму предопределяет высокий уровень стресса, который в конечном счете может привести к нарушению компенсаторных механизмов психики и нервному истощению. Это сказывается и на социальном взаимодействии: учащаются случаи конфликтных ситуаций, которые являются следствием эмоциональных перегрузок, возросшей агрессивности детей [1; 2]. И в данной обстановке крайне необходимо, чтобы родители действовали грамотно: поддерживали детей, не оставляли незамеченными их успехи, вселяли уверенность в лучшее, избегали необъективного порицания, создавая чувство безопасности и покоя. К сожалению, не всегда семья терпимо относится к переживаниям подростка, к особенностям его психики в данный период. Многие родители теряют интерес к личности своего чада в гонке за лучшими результатами ЕГЭ, усиливая давление на ребенка мыслями о возможном провале, постоянными сравнениями его с другими детьми. Однако предполагаемый эффект такого поведения – усиление мотивации – не достигается. Все складывается в точности наоборот: у детей формируется низкая самооценка, отсутствует уверенность в собственных силах и успешном будущем. Такие состояния отвлекают от учебы, лишают понимания ее необходимости и внутренних мотивов для образовательной деятельности [2].

Итак, психологический климат в семье является одним из основных факторов, определяющих как адаптацию старшеклассников к эмоциональному напряжению в период сдачи государственной итоговой аттестации, так и степень интеграции бывших школьников в образовательный процесс в стенах высших учебных заведений.

Список литературы

1. Беседина О.А. Психическое здоровье выпускников школы – абитуриентов и успеваемость: предпосылки для формирования дисфункциональных расстройств нервной системы/ О.А. Беседина, Е.Е. Липатова, Л.Р. Ахмадеева// Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке .-2018.-Т.20.-№7.-С.48-52. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskoe-zdorovie-vypusknikov-shkoly->

- abiturientov-i-uspevaemost-predposylki-dlya-formirovaniya-disfunktsionalnyh-rasstroystv (дата обращения: 02.11.2019.)
2. Мишина, М.М. Взаимосвязь стиля семейного воспитания с успешностью учебной деятельности подростков / М.М. Мишина, Н.В. Серебрякова // Вестник Московского государственного областного университета. –2015.– № 4.– С. 120–131.
 3. Поляков Д.В. Семья и ее роль в формировании самооценки у ребенка/ Д.В.Поляков, С.Г. Дорофеева, Е.Н. Конопля //Семья в современном мире.- Курск: Курский государственный медицинский университет, 2017.–С. 109-113.
 4. Уварова С.Я. Жизненно важные проблемы старшеклассников и пути их решения/ С.Я.Уварова, Т.Д. Дубовицкая // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6117> (дата обращения: 02.11.2019).

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Поляков Д.В., Мальцева И.О., Полякова Г.С.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация: в статье представлены ключевые клинико-психологические и социально-психологические трудности формирования профессионального здоровья, освещаются пути сохранения психо-эмоционального здоровья студентов, раскрывается роль преподавателя в приспособлении студентов к изменившимся условиям, а также представлены новые формы методического обеспечения.

Ключевые слова: клинико-психологические и социально-психологические проблемы, профессиональное здоровье, мотивация учебной деятельности, образовательный процесс, методическое обеспечение

PROFESSIONAL HEALTH OF STUDENTS THROUGH THE PRISM OF MODERN EDUCATIONAL TECHNOLOGIES

Polyakov D.V., Malceva I.O., Polyakova G.S.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the key clinical and psychological and socio-psychological difficulties in the formation of professional health, highlights the ways of preserving the psycho-emotional health of students, reveals the role of the teacher in the adaptation of students to the changed conditions, as well as presents new forms of methodological support.

Keywords: clinico – psychological and socio – psychological difficulties, professional health, motivation to educational process, educational process, methodological support

«Профессиональное здоровье – это свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие работоспособность в условиях, в которых протекает профессиональная деятельность»

С.А. Бугров

Проблема исследования и изучения здоровья в профессиональной деятельности в современной психологии находится на стыке двух научно-практических направлений: психологии труда и психологии здоровья. Психология труда – это система психологических знаний о труде как о деятельности трудящегося. В свою очередь, психология здоровья – это система психологических знаний о причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития [3].

Для большинства студентов данная проблема является крайне актуальной, происходит привыкание к коллегам в своей группе, завоевание признания своей личности и самоутверждение. Также, трудностью является, появление новой системы работы, при которой на лекциях излагается существенный объем образовательного контента, подлежащего самостоятельному осмыслению, при ослаблении контроля над этой работой. Сопротивление новым требованиям, которые не соотносятся с прошлым опытом, усугубляют трудности, связанные с освоением нового содержания дисциплин. Значительное число первокурсников показывают тенденцию оценки себя выше среднего, это позволяет сделать вывод, что студенту свойственна потребность в достаточно высокой самооценке. Стойкая заниженная самооценка влечет за собой чрезмерную зависимость от других, несамостоятельность и искаженное восприятие окружающей действительности и трудности в адаптации.

Т.А. Егоренко, ссылаясь на данные собственных исследований в области изучения процесса адаптации, делает акцент на том факте, что «потребность в достижениях, самооценка – это основные факторы социально-психологической адаптации, а присутствие неадекватной самооценки является препятствием успешного приспособления личности к изменяющимся условиям среды» [3]. На текущий момент не существует единой концепции социально-психологической адаптации. В рамках отечественной психологии социализация рассматривается как обогащение личностного опыта

посредством обучения и воспитания в различных сферах деятельности и общения, как процесс становления личности, где передовое место занимают контакты конкретного индивида в социально ценной и личностно значимой коллективной деятельности [2].

Ведущим институтом социализации в условиях рассматриваемой ситуации будет являться небольшая группа субъектов, в частности – учебная группа. Здесь краеугольным камнем является баланс «автономности - зависимости» индивидов, крайними вариантами которого является либо полное «растворение» личности в группе, либо же напротив полное отчуждение от нее. Г.М. Андреева утверждает, что личность как феномен является продуктом синтеза социальной деятельности, и включение ее в группы не только не лишит ее субъективных качеств, но и сделает саму группу результатом интеграции личностных качеств всех ее членов. Другая же сторона вопроса состоит в прямой зависимости формирования определенных качеств группы, ее складывания от того «исходного материала», с которого начинается формирование этого малого учебного сообщества [1].

Успешнее и быстрее адаптировать студента на первых курсах обучения помогает адекватное современное методическое обеспечение образовательного процесса [4]. Например, возможны такие формы методического обеспечения, как внедрение видеоматериалов, компьютерных программ, совместная работа преподавателя и студентов на практических занятиях. Работа в малых группах – это одна из самых популярных стратегий учебного процесса, так как она дает всем обучающимся возможность участвовать в работе, практиковать навыки сотрудничества и межличностного общения [1]. Моделирование клинической ситуации – это деятельность, в которой участник предстает перед тщательно составленным правдоподобным воспроизведением настоящей клинической ситуации. Участник взаимодействует с лицами и предметами в определенных условиях, применяет ранее приобретенные знания для решения проблемы, получает отзывы о своих действиях, не беспокоясь о последствиях, которые могут иметь место в реальной жизни. Целью использования клинического моделирования является развитие у участника навыков принятия решения в клинических условиях [2]. Использование интерактивных наглядных пособий развивает коммуникативные умения, навыки, и помогает установлению эмоциональных контактов между учащимися. Интерактивное обучение решает информационную задачу, поскольку обеспечивает учащихся необходимой информацией, без которой невозможно реализовывать совместную деятельность [1].

Таким образом, можно сделать вывод, что благодаря включению актуальных современных форм методического обеспечения происходит скорейшая адаптация к новым непривычным психологически травмирующим условиям. Происходящие позитивные изменения в системе образования в

высшей школе способствуют успешному освоению базовых профессиональных компетенций. Также, данный вид взаимоотношений между студентом и преподавателем помогает сузить риск социально-психологических и клиничко-психологических проблем.

Список литературы

1. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: АспектПресс, 2001. – 384 с.
2. Брянцев, А.О. Современные способы взаимодействия педагога высшей школы –возможность профессионального саморазвития студента / А.О. Брянцев, Д.В. Поляков, Е.Н. Конопля // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход VIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. – 2018. – С.40-45.
3. Егоренко, Т.А. Психологическое сопровождение труда студентов в процессе их социально-психологической адаптации в средних специальных учебных заведениях: Автореф. канд. дис. / Т.А. Егоренко. –Тверь, 2004. – С.13.
4. Розум, С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека / С.И. Розум. –СПб.: Речь, 2007. –365с.

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Никитина Д.Н.

Курский медицинский государственный университет, г.Курск, Россия

Аннотация: В статье описываются разновидности психо-соматических заболеваний, условия их возникновения и факторы способствующие этому. Главным образом, рассматривается влияние семьи на развитие различных патологий. Дается характеристика семей, в которых повышен риск развития психо-соматических заболеваний. Описывается как сказывается благоприятный психологический климат внутри семьи на здоровье её членов, в отличие от негативной обстановки.

Ключевые слова: Семья, здоровье, психосоматика, болезнь

FAMILY AS A FACTOR IN HEALTH AND DISEASE

Prokofeva Y.V., Polakov D.V., Nikitina D.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article describes the varieties of psychosomatic diseases, the conditions of their occurrence and the factors contributing to this. Mainly, the influence of the family on the development of various pathologies is considered. The characteristic of families in which the risk of developing psychosomatic diseases is increased is given. It describes how the favorable psychological climate within the family affects the health of its members, in contrast to the negative situation.

Keywords: family, health, psychosomatics, disease

Устойчивость семейной обстановки является ведущим фактором эмоционального комфорта и психо-соматического здоровья. Климат внутри семьи играет одну из главенствующих ролей в формировании личности человека и оказывает колоссальное влияние на его психическое здоровье. Для того, чтобы понять механизм действия семейного благополучия на формирование личности человека и его психо-соматическое здоровье, необходимо вспомнить функции семьи.

Основными функциями семьи, по классификации И. В. Гребенникова являются:

- репродуктивная (то есть продолжение человеческого рода и воспитание нового поколения);
- экономическая (воспроизводство средств для жизни, ведение общественного и индивидуального хозяйства, обеспечение семьи ресурсами для дальнейшей жизнедеятельности, потребительская деятельность);
- воспитательная (воспитание детей, к этому относится не только формирование личности ребёнка его родителями, но и воспитательное воздействие на семейный коллектив всех его отдельных членов в частности);
- коммуникативная (содействие всех членов семьи со средствами массовой информацией, культурной составляющей общественной жизни). Это и получение новой информации извне, и обмен данными в пределах одной семьи. Именно так формируются особенности восприятия искусства, литературы и другой разнообразной информации;
- социальная (обеспечивает выполнение социальных норм членами семьи) [1].

Данные функции являются эталонными. Но стоит помнить о том, что с течением времени меняется жизнь людей как в обществе в целом, так и в каждой отдельной семье. В связи с этим одни функции утрачиваются практически полностью, другие существенно меняются. Ни одна из них не остается в первоначальном виде, так как меняются социальные условия. Но главным является тот факт, что формируются новые функции, не описанные ранее, однако имеющие значение для современного человека. Например, качественно изменилась функция первичного социального контроля: в сфере

брачно-семейных отношений существенно сдвинулись социальные рамки, из-за чего в настоящее время увеличилось количество внебрачных детей и супружеских измен.

Отношения внутри семьи формируют психологическое здоровье людей, являющееся составной частью более обширного понятия «здоровье». Именно семья дает основу для развития всесторонне здоровой личности, начиная уже с внутриутробного развития человека. По проведенным исследованиям можно сделать вывод о том, что психоэмоциональное состояние матери влияет на состояние плода, его психофизиологическое развитие. А психоэмоциональное состояние матери, в свою очередь, зависит от внешних источников. Чем лучше отношения внутри семьи будущей матери ребенка, тем больше шанс рождения здорового в психологическом и физическом плане ребёнка [5].

Изучением данного влияния занимается психосоматика. Психосоматика — это направление в медицине и психологии, которое исследует влияние психологических факторов на возникновение заболеваний. То есть данная наука утверждает, что в основе психосоматического заболевания лежит реакция человека на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах [4].

Благоприятный морально-психологический климат семьи положительно сказывается на здоровье ее членов. Согласно статистике, в таких семьях снижается заболеваемость и увеличивается продолжительность жизни. По мнению ученых, члены таких семей менее подвержены заболеваемости туберкулезом, циррозом печени и диабетом (относительно неблагополучных и неполных семей).

Если же в семье присутствуют постоянные разногласия и ссоры, то, вследствие этого, ее члены испытывают чувство тревоги, эмоциональное напряжение, стресс. В этом случае следует говорить о неблагоприятном психологическом климате в семье.

Важнейшим фактором формирования психосоматических расстройств является дисфункциональная семья. В литературе выделяют следующие проявления психосоматогенных семей:

1. сверхвключенность родителей в жизненные проблемы ребенка. Из-за этого не развиваются защитные механизмы ребенка, что вредит формированию его самостоятельности в будущем;
2. сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого;
3. слабая способность менять правила взаимодействия в ситуации изменяющихся обстоятельств, ригидность взаимоотношений;
4. отсутствие собственного мнения каждого члена семьи, что является исходом отказа от открытого обсуждения конфликтов и проблем;
5. заболевание ребенка часто играют роль стабилизатора в супружеском конфликте [3].

Выделяют три главные группы психосоматических болезней:

1. Психосоматозы. Формируются в том случае, если психический фактор является причиной возникновения соматических болезней. К таким болезням следует отнести язву желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые сердечно-сосудистые заболевания (например, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца).

2. Соматические болезни. Когда психический фактор оказывает существенное, но не главное влияние на возникновение и течение болезней к ним относят: бронхиальная астма, псориаз и т.д.

3. Конверсионные симптомы. Когда психическая болезнь проявляется при декомпенсации (в ответ на конфликтные переживания) соматическими симптомами. Чаще возникают у истерических личностей. Примером является резкое ухудшение зрения вследствие спазма аккомодации из-за страха будущего [4].

Н.Ю. Дмитриева, в своей книге «Детская психосоматика» говорит о том, что большинство психосоматических проявлений возникает под воздействием стресса, полученного в результате неблагоприятного климата в семье. Помимо этого важным фактором является атмосфера в школе, то есть взаимоотношения с одноклассниками и учителями. Стресс ребёнок испытывает не только из-за разногласий с родителями, но и из-за разногласий между ними. Как известно, дети очень восприимчивы ко всем проблемам, которые возникают между их родителями. Все эти проблемы в дальнейшем проявляются в виде гастрита, невроза, бронхиальной астмы, которые могут приводить к серьезным последствиям [2].

Ученые отмечают, что во многих случаях, когда родители обращаются к психологу с жалобами на эмоциональную нестабильность, конфликтное и зачастую проблемное поведение у ребёнка, в дальнейшем при исследовании его здоровья выявляются хронические заболевания или ослабленный иммунитет.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что важным условием здоровья является благополучная семья. Поэтому если каждый член семьи будет психологически компетентен, будет ценить и поддерживать друг друга, то все будут испытывать чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гордость за принадлежность к своей семье, чувствовать поддержку и собственную значимость. Только тогда можно говорить о том, что каждый член семьи психически и физически здоров.

Список литературы

1. Андреева Т. В. Семейная психология: Учеб.пособие. - СПб.: Речь, 2004. - 244 с.
2. Дмитриева Н.Ю. Детская психосоматика. Почему болеют наши дети? – М.:Феникс,2015. – 153с.

3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2008. – 563 с.
4. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999 - 376 с.
5. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010. № 1. Режим доступа: URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 05.11.2019).

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дерюгина Е.А.

Курский медицинский государственный университет, г. Курск, Россия

Аннотация. Данная статья посвящена исследованию актуальных проблем личности в норме и при патологии. В связи с приоритетным положением развития науки, поиску новых методов исследования личности, данные об актуальных проблемах личности в норме и при патологии востребованы. В статье рассмотрено формирование представлений о психической норме и патологии, подходы к их определению, а также выделены определенные особенности.

Ключевые слова: норма, личность, психическая патология, патологическое состояние.

ACTUAL PROBLEMS OF THE PERSONALITY IN THE NORM AND IN PATHOLOGY

Prokofeva Y.V., Sheluhina A.N., Deryugina E.A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract: This article is devoted to the study of relevant personality problems in normal and pathological conditions. In connection with the priority position of the development of science, the search for new methods of personality research, data on urgent problems of the personality in normal and pathological conditions are in

demand. The article considers the formation of ideas about the mental norm and pathology, approaches to their determination, and also highlights certain features.

Keywords: norm, personality, mental pathology, pathological condition.

Актуальность данной работы состоит в создании новой научно-практической базы, которая далее может быть использована для выполнения различного уровня и рода исследований. Детальное изучение проблем личности в норме и патологии наиболее часто используется в психологии, что обеспечит увеличение результативности будущих работ. Таким образом, полученные данные могут дополнить базу существующих сведений, а следовательно – оказать вклад в проведение исследовательских работ. Высокий приоритет значимости данной работы и поставил цель данной статьи: провести обзор актуальных проблем личности в норме и при патологии. После детального изучения литературы, выяснилось, что на данный момент в психологии все ещё нет четкого понятия о норме, но существует в виде смежного понятия «норма - патология» [3].

Норма — эталон для оценки существующих и создания новых объектов. Нормы есть лишь там, где бывают человеческие потребности и цели.

Виды:

- Статистическая - уровень функционирования организма, который свойственен множеству людей.
- Идеальная - субъективный норматив, принимаемый за совершенный образец.
- Функциональная - рассматриваются состояния человека со стороны их последствий возможности достижения определенной цели.
- Социальная – осуществляет контроль над поведением человека, заставляя его соответствовать установленным стандартам.
- Индивидуальная – состояние, которое соответствует его личным установкам [5; 7].

Различают нижнюю границу нормы, верхнюю и оптимум. Оптимальное средство для достижения поставленной цели называют идеальным. Границы нормы не всегда задаются только целью. Никаких сверхъестественных критериев для определения границ нормы нет. Для этого необходимо знание не только теоретической части, но и реального положения дел [1; 2].

Норма — в некоторых науках о живых организмах, анализируется, как некая точка стандарта — для сравнения с другими различными вариациями состояния живого организма (которые могут рассматриваться также как патология) [4; 5]. В этих науках понятие нормы плотно связано с изучением патологии.

Патология – это нарушение на биологическом уровне функционирования организма. выделяют два состояния человека — здоровье и болезнь [3; 6].

Здоровье - физическая, структурная сохранность нервной системы и органов человека, сохранность стабильного привычного самочувствия.

Заболевание, характеризуется разными исходами: полное выздоровление, выздоровление с наличием остаточных явлений и летальный исход, также еще выделяют патологическое психическое состояние, которое не имеет исхода. Чаще всего с патологическим психическим состоянием, считают человека, поведение которого отклоняется от установленных норм, идет вразрез установками, ценностями общества [7].

М. Совак понимает это состояние как нарушение целостности личности, его взаимоотношений между обществом, также сфере учебы и работы. При этом психическая патология характеризуется пятью признаками.

1. Изменения в структуре личности из-за нарушений высшей нервной деятельности, отражающие влияние первичных органических, функциональных или социальных нарушений.

2. Протяженность состояния.

3. Нарушения контакта с обществом.

4. Изменения отношения к личностям с психической патологией.

Социум исключает лиц с психической патологией из своего круга или проявляет сильную заботу.

5. Переменчивое состояния дефективности, поддающееся изменениям как в лучшую, так и худшую сторону [1; 5].

В этих охарактеризованных признаках речь идет о двух психологических явлениях: о чувстве неполноценности и проблемах социальной адаптации людей с психической патологией к обществу здоровых [2].

Психология представлена многочисленными теориями, делающими акцент на различные стороны этого явления. Среди авторов наиболее известные теории: Л.С. Выготского, Ж. Пиаже, З. и А. Фрейда, Д.Б. Эльконина и др. [5].

Выводы. Полученные результаты показывают, что вопрос определения нормы и патологии является крайне сложным и затрагивает различные сферы человеческой деятельности — от медицины и психологии до философии и социологии. Данные факты обязательно должны рассматриваться при проведении исследований, так как они могут повлиять на дальнейшую интерпретацию данных. Полученные данные, таким образом, позволяют углубить знания в вопросе об актуальных проблемах личности в норме и при патологии.

Список литературы

1. Аверин В.А. Психология личности: Учеб. Пособие. 2-е изд. – СПб.: Изд. Михайлова В.Л. –2001. – 191 с.
2. Богданов В.А. Причинный и целевой подходы в развитии теории личности // Вопросы психологии. – 1991. – № 3. – С. 45–53.

3. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. – СПб.: Питер, 2003.– С. 23-27.
4. Немов Р. Психология. М.: Просвещение, 1990. – 300 с.
5. Психология личности. Тексты. / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтера. – Изд. Моск. универ., 1982. – 286 с.
6. Симонов В.П., Ершов П.М., Темперамент. Характер. Личность. М.: Наука, 2003. – 564 с.
7. Столяренко Л. Основы психологии. – Ростов н/Д: Изд. «Феникс», 1997. – 736 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, КАК ОСНОВА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ФУТБОЛЬНЫХ ФАНАТОВ

Серкова А.А., Смирнов Н.В.

Курский медицинский государственный университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В современном обществе значимое место занимают массовые мероприятия, в том числе спортивные, целью которых является не только развлечение, но и объединение людей. Спортивная сфера включает в себя не только профессиональную деятельность и стремление к здоровому образу жизни, но и досуговый компонент. Сравнительно недавно начала формироваться новая субкультура-футбольные фанаты. В России данное движение с каждым годом набирает популярность, если ранее деятельность фанатских группировок была характерна лишь для особенно крупных городов, то на сегодняшний день движение распространено повсеместно. С целью своевременной организации работы с данным явлением необходимо изучать его психологические аспекты. Объектом нашего исследования стал спортивный фанатизм как разновидность молодежной субкультуры, а предметом личностные характеристики фанатов. В статье представлены результаты исследования индивидуально-типологических особенностей личности футбольных фанатов. Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета в сентябре и октябре 2019 года, выборку составили 60 представителей фанатской субкультуры в возрасте от 15 до 20 лет. На основании проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что у футбольных фанатов наблюдаются некоторые специфические особенности личностной сферы.

Ключевые слова: психология спорта, социальная психология, индивидуальные особенности личности, девиантное поведение, футбольный фанатизм.

INDIVIDUAL-TYOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PERSONALITY AS THE BASIS OF DEVIANT BEHAVIOR OF FOOTBALL FANS

Serkova A.A., Smirnov N.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. In modern society, a significant place is held by mass events, including sports, the purpose of which is not only entertainment, but also the unification of people. The sports sector includes not only professional activities and the pursuit of a healthy lifestyle, but also a leisure component. More recently, a new subculture of football fans has begun to take shape. In Russia, this movement is gaining popularity every year, while the early activities of fan groups were characteristic only of especially large cities, today the movement is widespread. In order to timely organize work with this phenomenon, it is necessary to study its psychological aspects. The object of our study was sports fanaticism as a kind of youth subculture, and the subject of personality characteristics of fans. The article presents the results of a study of individual typological characteristics of the personality of football fans. The study was conducted on the basis of the Kursk State Medical University in September and October 2019, a sample of 60 representatives of the fan subculture aged 15 to 20 years. Based on our research, we can conclude that football fans have some specific personality traits.

Keywords: sports psychology, social psychology, individual personality traits, deviant behavior, football fanaticism.

Под термином «фанатизм», как правило, понимается крайняя форма убежденности личности идеями, представлениями о чём-либо. Проявление такого рода убеждённости часто влечет за собой нарушение общественных законов и норм морали. При наличии потенциальной угрозы собственным идеалам фанаты склонны к применению насилия, а также мер противоправного характера. Именно этот фактор является отличительной особенностью фаната.

На сегодняшний день наиболее актуальна проблема фанатизма в спорте. В связи с малой изученностью проблематики футбольного фанатизма с научной точки зрения нет возможности составить четкие рекомендации по взаимодействию с обозначенной целевой группой. Ежегодно растёт не только количество противоправных действий, совершённых фанатами, но и их тяжесть [1]. Спортивный фанатизм по праву можно считать массовидным явлением, подчиняющимся общим принципам и законам социальной психологии, а конкретнее синдрому толпы. Причина таких проявлений может

быть множество, но мы предполагаем, что основой могут выступать индивидуально-типологические особенности личности.

В настоящее время не только участились, но и ужесточились столкновения между представителями околофутбольных движений различных команд [4]. Многие называют данный феномен одной из ведущих общественных проблем. Согласно общественному мнению спортивные фанаты, в частности футбольные, создают антитолерантные лозунги, пропагандирующих расизм и методы агрессивного насилия, рождают радикальные противоречия [2]. Таким образом, поведение футбольных фанатов может быть отнесено к формам девиантного, а если быть точнее делинквентного поведения.

Проблема исследования заключается в следующем: «Какие индивидуально-типологические особенности присущи футбольным фанатам, как социальной общности?».

Данная тема не получила широкого освещения в литературе, в силу малой изученности вопроса. Как оказалось, работ, посвященных футбольному фанатизму, очень мало. Установлено, что среди зарубежных исследований в области психологии спорта лишь 4 % посвящены болельщикам и фанатам. В отечественной психологии данная проблематика также не является популярной темой научных изысканий [3]. В учебном пособии Е.К. Ильина «Психология спорта» говорится о болельщиках, как социально-психологическом явлении. Психологические аспекты фанатизма рассматриваются в научных статьях.

Теоретической основой выступил обзор литературы таких авторов как Медников С. В., Бердяев Н.А., Мейтин А. А., Иншаков С.М., Илле А.М., Смертин А.Г., Козлов А.Ю. К сожалению изученность выбранной проблематики всё ещё остаётся низкой, несмотря на растущую актуальность. Увеличение количества исследований особенностей поведения и характерологических свойств фанатов поможет в решении такой остросоциальной проблемы, как обеспечение безопасности на массовых мероприятиях. Ежегодно количество преступлений, совершённых выбранной целевой группой увеличивается, а значит настоящее исследование представляет научный и практический интерес.

Целью данной работы послужило рассмотрение индивидуально-типологических особенностей футбольных фанатов.

Центральная гипотеза заключается в предположении о том, индивидуальные особенности личности, а именно показатели по шкалам невротизации, психотизма и нейротизма футбольных фанатов будут выше нормы.

Данное исследование проводилось в период с сентября по октябрь 2019г., под руководством Н.В. Смирнова среди футбольных фанатов г. Курска. Выборку составили лица мужского пола от 15 до 20 лет. Мы предприняли

попытку изучить индивидуально-типологические особенности футбольных фанатов при помощи следующих диагностических методов: опросника характерологических черт Леонгарда, личностного опросника PEN Айзенка, опросника невротических черт личности Л.И. Вассермана.

Мы поставили перед собой задачу исследовать особенности личностной сферы футбольных фанатов. С помощью характерологического опросника Леонгарда были выявлены типы акцентуаций характера и их частота встречаемости среди целевой группы. Изначально, мы предположили, что такие акцентуации, как неуравновешенность, гипертимность, демонстративность и возбудимость будут выражены у фанатов в значительно большей степени, чем остальные.

Наиболее яркими чертами гипертимного типа личности являются высокая активность, как физическая, так и психическая, жизнерадостность и оптимизм, инициативность. У таких людей процессы возбуждения преобладают над процессами торможения, что оказывает значительное влияние на поведенческие реакции. Гипертимы любопытны и легко выстраивают социальные связи и контакты, однако легкомысленны и часто не думают о последствиях собственных действий, зачастую занимают лидерские позиции в коллективе, но не стремятся к управлению, таким людям ближе эмоциональное лидерство [5].

Определяющими чертами возбудимого типа личности являются в первую очередь низкий уровень самоконтроля, неспособность управлять собственным поведением в критической ситуации, высокий уровень раздражительности. Основой поведения людей с возбудимым типом личности служат инстинкты и влечения, которые доминируют над ценностно-смысловой сферой и могут стать причиной девиантного поведения. Высокая степень напряжения требует разрядки, которая способна выражаться в форме неконтролируемого гнева и ярости. Примером тому могут служить массовые драки с командой соперника, который олицетворяет врага.

В результате исследования выяснилось, что наиболее популярными акцентуациями среди фанатов являются следующие: у 60% испытуемых- гипертимность, возбудимость- у 71%, демонстративность- у 49%.

При помощи личностного опросника PEN (Psychoticism, Extraversion, and Neuroticism) были изучены следующие психические свойства: нейропсихическая лабильность, экстраверсия и психотизм. Изначально, мы предположили, что высокие значения будут обнаружены в значительно большей степени по шкале нейротизма и психотизма.

В результате данного экспериментального исследования у 51% испытуемых были выявлены повышенные значения по шкале психотизма. Такие показатели могут свидетельствовать о повышенной склонности к асоциальным формам поведения, неадекватности эмоциональных реакций, низким коммуникативных навыков, негативизма, эгоцентризма. Повышенный

уровень психотизма в первую очередь говорит о конфликтности рассматриваемой целевой группы, что подтверждает наше предположение.

Высокие оценки по шкале психотизма подтверждают предположение о высоком уровне конфликтности футбольных фанатов. В жизни таких людей решающими оказываются не здравый смысл, не благоразумие, а инстинкты, влечения, стремление к разрядке, в котором они доходят до приступов неудержимой ярости [3]. Сюда можно отнести желание фанатов устраивать массовые драки и вспышки ненависти относительно болельщиков команды-соперника. Неспособность держать себя в руках является одним из качеств, характерных футбольным фанатам. У данной категории лиц в ситуации конфликта интересов возникает нарастающее напряжение, однако справиться с ним не представляется возможным в силу сниженного уровня самоконтроля.

По шкале нейротизма были получены средние значения. Повышенный уровень нейротизма характеризуется раздражительностью и восприимчивостью человека к происходящим событиям. Такие люди склонны реагировать на происходящее слишком эмоционально, переживания их не всегда адекватны реальности [4].

В опроснике невротических черт характера нас интересуют шкала «невротического сверхконтроля поведения» и шкала «аффективной неустойчивости». Предполагалось, что сверхконтроль поведения у футбольных фанатов будет снижен, в силу их эмоциональной неустойчивости. Гипотеза не подтвердилась.

Высокие показатели были обнаружены по шкале «Аффективная неустойчивость» у 71%. Такой результат свидетельствует о вероятности неконтролируемого поведения, раздражительности, агрессивности вспыльчивости и импульсивности личности. Такое поведение плохо прогнозируется и может содержать в себе необдуманные поступки и общественно опасные действия. Одновременно проявляются черты повышенной чувствительности в отношении несправедливости, сенситивности и аффективной ригидности.

На основании проведенного нами исследования были получены следующие выводы:

1. Среди футбольных фанатов наиболее популярными типами акцентуаций характера являются гипертимный, возбудимый и демонстративный типы.
2. У 51% испытуемых уровень психотизма повышен.
3. Уровень нейротизма в пределах средних значений.
4. Одной из специфических особенностей эмоциональной сферы выбранной целевой группы является аффективная неустойчивость.

Таким образом, футбольные фанаты имеют отличительные индивидуально-типологические особенности, что является ключевым фактором, оказывающим влияние на их поведение.

Теоретический анализ проблемы показал, что изучение психологических особенностей личности у футбольных фанатов является малоизученной, но довольно актуальной темой исследования в наше время.

В процессе работы над исследованиями индивидуально-типологических особенностей, были достигнуты поставленные задачи. А именно: изучены такие понятия, как темперамент, характер, массовидные явления психики, их классификации; футбольный фанатизм рассмотрен, как социальное явление; проанализированы межгрупповые и внутригрупповые отношения. С помощью характерологического опросника Леонгарда, опросника PEN Айзенка и опросника невротических черт личности Л.И. Вассермана было проведено эмпирическое исследование и установлена следующая закономерность: футбольные фанаты имеют повышенный уровень психотизма, то есть уровня конфликтности, эмоциональной устойчивости, склонности к агрессии и саморегуляции. Наиболее распространенными акцентуациями являются демонстративность, гипертимность и возбудимость.

Список литературы

1. Ениколопов С.Н. Психологические аспекты футбольного фанатизма молодежи // Вестник Московского университета МВД России. –2014.– №3.
2. Латышева, Т. В. Феномен молодежной субкультуры: сущность, типы / Т. В. Латышева. – М.: СОЦИС, 2010. – №3. – 101 с.
3. Медников, С. В. Мотивы футбольных болельщиков. / С.В. Медников. – СПбГУ, психология XXI века, 2010. –33с.
4. Улыбина, Е. В. Неизменность как характеристика идентичности футбольных фанатов // Психологические исследования. –2012. –Т. 5, № 23. – 6 с.
5. Якуба А.В. Футбольные фанаты как субкультура в России // Вестник КРУ МВД России. –2014. –№4. –26 с.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ: РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕГОДНЯ

Силакова В.О., Шутеева Е.Ю., Черноштан Е.И.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. Диабетическая нейропатия (ДН) является наиболее тяжелым осложнением сахарного диабета (СД) и встречается у 30%-90% пациентов. Частота встречаемости невропатических осложнений прямо пропорциональна стажу сахарного диабета [9]. Целью исследования явилось уточнение возможности применения келтикана в качестве нейрометаболического лекарственного средства в составе комплексной терапии в сочетании с традиционными препаратами для коррекции

проявлений диабетической полинейропатии. Было обследовано 50 пациентов, страдающих диабетической нейропатией, 30 - основная группа, который получали в течение келтикан в дозе 1 капсуле в сутки в течение 40 дней. В контрольную группу вошли 20 пациентов. Все пациенты (основной и контрольной групп) получали комплексное лечение, включающее сахароснижающие препараты, альфа-липоевую кислоту, сосудистые средства. Пациенты соответствовали по возрасту, жалобам, результатам клинического, инструментального и нейропсихологического обследований. Отмечалось снижение интенсивности нейропатической боли, улучшены состояния здоровья в целом у пациентов, получавших дополнительно к основной терапии келтикан. Использование келтикана в составе комплексной схемы лечения сопровождалось уменьшением клинических проявлений диабетической нейропатии. Келтикан целесообразно применять в схеме лечения диабетической нейропатии.

Ключевые слова: диабетическая нейропатия, нейропатическая боль, келтикан.

PAIN SYNDROME IN DIABETIC POLYNEUROPATHY: SOLVING THE PROBLEM TODAY

Silakova V.O., Shuteeva E.Yu., Chernoshtan E.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. Diabetic neuropathy (MD) is the most serious complication of diabetes mellitus (DM) and occurs in 30% -90% of patients. The frequency of neuropathic complications is directly proportional to the length of diabetes [1]. The aim of the study was to clarify the possibility of using celtican as a neurometabolic drug as part of complex therapy in combination with traditional drugs for correcting the manifestations of diabetic polyneuropathy. 50 patients suffering from diabetic neuropathy were examined, 30 - the main group, which was received during Celtican at a dose of 1 capsule per day for 40 days. The control group included 20 patients. All patients (the main and control groups) received complex treatment, including sugar-lowering drugs, alpha-lipoic acid, vascular agents. Patients were matched by age, complaints, results of clinical, instrumental and neuropsychological examinations. There was a decrease in the intensity of neuropathic pain, and an improvement in overall health in patients who received celtican in addition to the main therapy. The use of celtican as part of a comprehensive treatment regimen was accompanied by a decrease in the clinical manifestations of diabetic neuropathy. Celtican should be used in the treatment of diabetic neuropathy.

Key words: diabetic neuropathy, neuropathic pain, celtican.

Введение. В последние годы повсеместно увеличивается число пациентов, заболевших сахарным диабетом. СД способствует увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений. Одним из тяжелых осложнений, сопровождающих течение СД, является диабетическая нейропатия, выявляющаяся у 30% - 90% пациентов (по разным данным). Возможность данного осложнения увеличивается пропорционально стажу и тяжести проявления СД [1]. Также ДН понижает показатели качества жизни пациента, вызывает быструю инвалидизацию, значительно ухудшает показатели физического, психического и социального здоровья человека [1; 4; 11].

Нервная ткань крайне зависима от показателей гликемического профиля. Повышенная гликемия способствует развитию различных функциональных расстройств нервной системы при СД [9; 11]. Существенные колебания уровня глюкозы с увеличением до очень высоких критических значений способствуют более значительным деструктивным изменениям, чем стабильный постоянный повышенный уровень глюкозы в крови. Обменные процессы глюкозы в нервной ткани протекают по градиенту концентрации и не зависят от уровня инсулина [1]. Нервная ткань, как инсулиннезависимая среда, не может снизить поступление глюкозы при гипергликемии. Хроническое повышение глюкозы в крови активирует альтернативные направления метаболизма уровня глюкозы (полиоловый, гексозаминовый, путь протеинкиназы С), что может приводить к развитию сосудисто-метаболических нарушений, которые даже на этапе своей функциональной обратимости вызывают грубую дегенерацию и демиелинизацию нервных волокон, эндотелиальную дисфункцию, что вызывает грубые поражения нервной ткани [1; 11].

Согласно теории сосудистых поражений в основе формирования нейропатии при СД лежат микрососудистые расстройства [7]. Диабетическая микроангиопатия проявляется микротромботическими нарушениями и стойким спазмом капилляров, которые вызывают дегенеративно-ишемические поражения нервных волокон. Эндотелиальная дисфункция лежит в основе многообразных повреждающих механизмов [8]. Гипергликемия разнообразными путями (прямым и опосредованным) посредством эндотелиальной дисфункции вызывает значительные нарушения в процессах коагуляционного гомеостаза посредством роста прокоагулянтной активности плазмы [6]. Снижение кровотока вызывает ишемию и гипоксию, что увеличивает активность бета-2 подтипа протеинкиназы С, которая оказывает токсическое влияние на аксональный транспорт [6]. Существенное значение в патоморфозе ДН представляет истончение и дегенерация миелинизированных волокон, диффузные или локальные фрагменты демиелинизации [6].

Характер нарушений при ДН носит симметричный характер. Дистальные расстройства иннервации выявляются в первую очередь в ногах, и сенсорные изменения преобладают над двигательными. Клинические

симптомы диабетической нейропатии могут выявляться через 5-10 лет от начала гипергликемии [5; 6]. Дегенеративные изменения аксонов периферических нервов вызывают нарушения чувствительности, понижение или полное отсутствие рефлексов, слабость мышц и развитие на поздних этапах болезни трофических язв стоп [5; 6]. Болевые ощущения при диабетической нейропатии сопровождаются онемением в стопах и голени, усиливаются в ночное время. Также могут появляться интенсивные, жгучие, стреляющие, колющие боли.

Одним из важных моментов лечения ДН является коррекция уровня глюкозы. Постоянное поддержание адекватного уровня гликемии способствует профилактике или значительному снижению риска развития различных осложнений у пациентов с СД [3]. Нормализация гипергликемии достигается с помощью сахароснижающих препаратов и способствует стабилизации индивидуально соответствующих метаболических характеристик. Индивидуальная терапия заболевания зависит от возраста пациента, осложнений сахарного диабета и степени риска развития тяжелой гипогликемии [3]. Для терапии ДН успешно используют препараты альфа-липоевой кислоты, основными средствами для коррекции болевых проявлений являются антиконвульсанты, антидепрессанты. Сложность и многонаправленность патогенеза ДН способствует поиску новых способов лечения, включая препараты, способствующую улучшению метаболизма в тканях нервной системы. На протяжении длительного периода для коррекции проявлений диабетической нейропатии применяют витамины группы В, которые уменьшают отрицательные влияния гипергликемии и продуктов метаболизации глюкозы в тканях нервной системы [3]. Витамины группы В обеспечивают нейротропным и анальгетическим эффектами, активизируют процессы регенерации. В настоящее время для комплексного симптоматического лечения диабетической полинейропатии используют келтикан. Келтикан комплекс содержит уридинмонофосфат, фолиевую кислоту, витамин В₁₂. Механизм действия уридина имеет многокомпонентный характер и включает аспекты, направленные на восстановление структуры и профилактику дальнейших негативных изменений периферической нервной системы. Общеизвестно, что только нуклеозиды (цитидин, уридин), но не нуклеотиды (их фосфорилированные формы), могут проникать через биологические мембраны [2; 10].

Попав внутрь нервной клетки, уридин частично аминируется, в результате этого образуется цитидин. Оставшийся свободный уридин и вновь образовавшийся цитидин лежат в основании синтеза ДНК и РНК, активируя транскрипцию и трансляцию. Они играют важную роль биосинтезе таких составляющих компонентов мембран, как фосфолипиды, гликолипиды и гликопротеины. Этим веществам отводится важная роль в формировании

аксонов и миелиновой оболочки. Витамин В₁₂ и фолиевая кислота активируют и усиливают механизмы работы уридина.

Разнообразные клинические и патоморфологические изыскания показали, что при различных поражениях периферических нервов возрастает потребность в пиримидиновых нуклеотидах, таких как уридинмонофосфат. Поэтому его наличие очень существенно для регенеративных процессов. Метаболизация уридинмонофосфата способствует восстановлению нейронных клеточных мембран, а также транспорту запаса ферментов к пораженным клеткам.

Витамины группы В способствуют активации генетически заложенных процессов регенерации поврежденных функций нервных волокон, улучшают проведение нервного импульса, уменьшают болевые ощущения. Все эти механизмы коррекции неврологических расстройств уменьшают нейропатические проявления [5; 6; 10]. Фолиевая кислота и витамин В₁₂ играют важную роль процессах метаболизма нейронов (белковый обмен, миелинизация), а также способствуют развитию анальгетического эффекта [8]. Келтикан комплекс мобилизует собственные активные восстановительные процессы в организме [5].

Цель: Уточнить возможности применения келтикана как нейрометаболического средства, у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, осложненным диабетической нейропатией на фоне традиционно применяемой терапии, включающей препараты альфа-липоевой кислоты, сосудистые и сахароснижающие средства; оценить его переносимость.

Материалы и методы. Исследование проведено на 2^х группах пациентов с ДН дистального типа на фоне СД 2-го типа. Основная группа была представлена 30 больными (18 женщин и 12 мужчин) и контрольная - 20 (9 мужчин и 11 женщин) в возрастной категории от 46 до 63 лет. Все испытуемые соответствовали по характеру жалоб (разнообразные жгучие, колющие, стреляющие боли в стопах, онемение, парестезии, судороги, усиливающиеся в ночное время), стажу заболевания и особенностям терапии диабета, также по сопутствующим соматическим заболеваниям.

В обеих группах ежедневно оценивался уровень глюкозы натощак. Пациенты основной группы получали келтикан в дозе 1 капсула в день на протяжении 40 дней на фоне традиционной терапии. Контрольная группа получала обычную традиционную терапию в виде сахароснижающих, вазоактивных препаратов, альфа-липоевой кислоты, келтикан не назначался. Статус пациентов оценивался до начала исследования и через 40 дней после начала лечения. Исследование проводилось на условиях подписания информированного согласия.

Методы диагностики включали: клинический осмотр, оценку соматического и неврологического статусов. Оценку выраженности

нейропатической боли по опроснику нейропатической боли DN4. Оценку выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ.

Статистическая обработка проводилась с помощью комплекса статистических программ Statistica 6.0 с использованием критерия Манна-Уитни для 2-х не связанных выборок.

Результаты. На фоне лечения все пациенты отмечали уменьшение болевых ощущений, улучшение субъективного статуса. Существенных сдвигов в показателях соматического и неврологического осмотров не выявлялось. Пациенты в обеих группах соответствовали по степени выраженности болевых проявлений. На фоне лечения выявлялись положительные сдвиги по показателю интенсивности боли, но в группе пациентов, получавших келтикан, выраженность этих сдвигов была больше (таблица 1).

Таблица 1

Балл по опроснику DN4 до и после лечения

баллы	основная до лечения	группа после лечения	контрольная до лечения	группа после лечения
	7,6±1,5	5,2±1,1*	7,3±1,4	6,6±1,2*

*P<0,05

На фоне лечения в обеих группах выявлялась достоверная положительная динамика количественных и качественных характеристик нейропатической боли (таблица 2).

Таблица 2

Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ и его отдельных характеристик до и после лечения

Показатель	основная до лечения	группа после лечения	контрольная до лечения	группа после лечения
Интенсивность боли	6,8 ±1,1	3,3±1,2*	6,6±1,3	4,9±1,1*
жжение	6,9±1,2	3,4±1,1*	6,4±1,2	4,5±1,1
колющие боли	6,7±1,4	3,3±1,1	6,9±1,4	4,6±1,3*
болезненные судороги	7,3±1,1	3,2±1,1*	7,2±1,2	4,9±1,2

*P<0,05

При анализе отдельных показателей характеристик боли по шкале ВАШ (таблица 2) до лечения выявлялись выраженные болезненные судороги,

жжение, колющие боли, в икроножных мышцах в обеих группах. В результате лечения выраженность симптоматики уменьшалась в обеих группах, но в группе келтикана более значимо.

Пациенты обеих групп получали комплексную терапию, в состав которой были включены сахароснижающие, сосудистые лекарственные средства, препараты альфа-липоевой кислоты. Пациентов группы келтикана не сообщали о его непереносимости и нежелательных межлекарственных взаимодействиях.

Заключение и выводы. Проведенное исследование показало положительный регресс показателей выраженности нейропатической боли, ее длительности и интенсивности на фоне курсового лечения келтиканом в составе комплексной терапии. Использование данного препарата улучшало качество жизни пациентов, их эмоциональный статус. Не было отмечено аллергических реакций и негативных лекарственных взаимодействий. В обычной практике келтикан продемонстрировал необходимость и целесообразность его использования в составе комплексного лечения пациентов с диабетической нейропатией.

Список литературы

1. Бирюкова Е.В. Нейромультивит в комплексной терапии нейропатии // РМЖ.– 2015.– №2.– С.100-102.
2. Данилов А.Б., Монтеро Дж. Роль нуклеотидов в лечении периферических нейропатий: обзор // Manage pain.– 2015.– №4.– С.33-38.
3. Еременко Н.Н., Ших Е.В., Махова А.А. Место витаминов группы В и липоевой кислоты в фармакотерапии полинейропатий // РМЖ.– 2015.– №12.– С. 674-679.
4. Логачева Е.А., Гриднев М.А., Шутеева Т.В. Проблемы коррекции тревожно-депрессивных и болевых проявлений диабетической полинейропатии / В сборнике научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета. – Курск, 2018.– С. 33-37.
5. Панькив В.И. Новый подход к лечению поражений периферических нервов с помощью пиримидиновых нуклеотидов// Международный эндокринологический журнал.–2006.– №3(5).– С. 17-23.
6. Садырин А.В., Карпова М.И., Долганов М.В. Диабетическая полинейропатия: вопросы патогенеза и возможности лечения // РМЖ.– 2016.– №1.– С. 47-50.
7. Строков И.А., Баринов А.Н., Новосадова М.В. и др. Клинические методы оценки тяжести диабетической полинейропатии // Неврологический журнал.– 2000.–№ 5.– С. 14-19.
8. Топчий Н.В., Топорков А.С., Денисова Н.В. Полинейропатии в работе врача общей практики – возможности диагностики, профилактики и коррекции // РМЖ. –2015.– №16.– С. 946-957.

9. Усанова Е.А., Чаусова С.В., Гуревич К.Г., Арутюнова Е.Э. Исследование функциональной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов крови у пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями при сахарном диабете 2-го типа // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2017. – № 2. – С.5-10.
10. Шутеева Т.В. Коррекция болевого синдрома при диабетической нейропатии: современный взгляд на проблему // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3. – С. 1.
11. Шутеева Т.В. Современные подходы в лечении болевого синдрома при диабетической полинейропатии // Трудный пациент. – 2018. – № 6. – С. 58-60.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Силакова В.О., Шутеева Е.Ю., Меркулов Н.И.

**Курский государственный медицинский университет, г.Курск,
Россия**

Аннотация. В статье приведены результаты клинического, неврологического и нейропсихологического обследования пациентов с хронической ишемией мозга. Исследование проводилось в 2х группах больных: основной и контрольной. В основную группу были отобраны 25 пациентов, из них женщины - 14 (56%), мужчины - 11 (44%). В контрольную группу были отобраны 15 пациентов, сопоставимые с основной по характеру жалоб и результатам обследований, аналогичным распределением наличия соматической патологии. Исследование проводилось по схеме: опрос, оценка соматического статуса, неврологическое обследование (шкала Тинетти), исследование нейрокогнитивного статуса (шкала лобной дисфункции (ШОЛД), МоСА–тест). Оценка эффективности терапии проводилась по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS), исследование качества жизни - при помощи опросника SF-36. Испытуемые обеих групп получали стандартную терапию –сосудистые препараты, антиагреганты, сопоставимые по составу. Пациентам основной группы дополнительно был назначен питьевой раствор цитиколина в суточной дозе 1000 мг в течение 30 дней. В результате отмечено улучшение когнитивных и нейропсихических функций у пациентов основной группы. При приеме цитиколина не было зарегистрировано аллергических реакций, ухудшений соматического статуса,

обострений сопутствующих хронических заболеваний, препарат переносился хорошо. Использование цитиколина увеличивает эффективность базовой терапии и положительно влияет на клиническое течение основного заболевания.

Ключевые слова: цитиколин, хроническая ишемия мозга, нейпилепт, лечение хронической ишемии мозга.

MODERN SPEECHES OF CORRECTION OF COGNITIVE AND EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA OF THE BRAIN

Silakova V.O., Shuteeva E.U., Merkulov N.I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents the results of a clinical, neurological and neuropsychological examination of patients with chronic brain ischemia. The study was conducted in 2 groups of patients: the main and control. In the main group, 25 patients were selected, of which women - 14 (56%), men - 11 (44%). In the control group, 15 patients were selected, comparable to the main complaint character and examination results, similar to the distribution of the presence of somatic pathology. The study was conducted according to the following scheme: survey, somatic status assessment, neurological examination (Tinetti scale), neurocognitive status study (frontal dysfunction scale (SHOLD), MoCA – test). Evaluation of the effectiveness of therapy was carried out on the scales of depression and anxiety Hamilton (HDRS and HARS), the study of quality of life - using the questionnaire SF-36. The subjects of both groups received standard therapy - vascular drugs, antiplatelet agents, comparable in composition. In addition, a citicoline drinking solution was administered to the patients of the main group in a daily dose of 1000 mg for 30 days. As a result, improvement in cognitive and neuropsychiatric functions was noted in patients of the main group. When taking citicoline, no allergic reactions, deterioration of somatic status, exacerbations of concomitant chronic diseases were registered, the drug was well tolerated. The use of citicoline increases the effectiveness of basic therapy and has a positive effect on the clinical course of the underlying disease.

Key words: citicoline, chronic cerebral ischemia, neupilept, treatment of chronic cerebral ischemia

Введение. На сегодняшний день сосудистые заболевания головного мозга являются одной из самых актуальных проблем ввиду высокой частоты инвалидизации и смертности населения, а также распространенности во всем мире [5]. Согласно данным Научного центра неврологии РАМН число пациентов с хроническими расстройствами мозгового кровообращения

составляет не менее 700 на 100 тыс. человек, и их количество неуклонно растет.

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) включает разнообразные клинические симптомы: двигательные, чувствительные, эмоциональные и когнитивные нарушения [1]. Среди неврологических проявлений при данном заболевании ведущими являются когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства [8]. ХИМ лежит в основе развития тревожного расстройства, а также влияет на клинические особенности депрессии. Патогенез таких нарушений у пациентов с ХИМ в первую очередь связан с патологией гемодинамики. Ещё один вероятный механизм обусловлен возникновением висцеро-эндокринных и метаболических сдвигов с радикальным изменением вегетативной направленности (ваготония – симпатикотония) [4].

При хронических расстройствах мозгового кровообращения когнитивные и эмоциональные нарушения возникают независимо друг от друга, однако когнитивные расстройства могут быть причиной развития депрессии. Вследствие снижения управляющих лобных функций пациент может неадекватно оценивать ситуацию и поведение окружающих. Депрессия не только оказывает негативное влияние на пациента, но и способствует возникновению дополнительных трудностей в лечении сосудистой патологии. Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к повышению уровня кортикостероидных гормонов, что ухудшает реологию крови и способствует прогрессированию артериальной гипертензии. Кроме того, пациенты с депрессией менее привержены лечению, в т. ч. основного сердечно-сосудистого заболевания [6; 9].

Для коррекции клинических проявлений ХИМ традиционно используются средства, улучшающие мозговой метаболизм, к которым относятся препараты цитиколинового ряда [2]. Цитиколин представляет собой природное эндогенное вещество, мононуклеотид, состоящий из рибозы, цитозина, пирофосфата и холина. Цитиколин обеспечивает синтез ацетилхолина, метаболизм свободных жирных кислот, увеличивает содержание норадреналина и дофамина в нервной ткани, тем самым улучшая нейропластичность [3]. Также одним из механизмов действия цитиколина является положительное влияние на мозговое кровообращение. Цитиколин высокоэффективен при хронической гипоксии головного мозга, способствует регенерации поврежденных мембран клеток, блокирует действие фосфолипаз, препятствует образованию свободных радикалов, предотвращает апоптоз. Восстановление сна, уменьшение соматовегетативных расстройств, улучшение настроения, повышение устойчивости к стрессам обусловлены способностью препарата улучшать функции серотонинергической, норадренергической и дофаминергической систем, как показало исследование с оценкой временной динамики уровней метаболитов моноаминов, включенных в эти системы [10]. Препарат обладает удовлетворительным

профилем безопасности и переносимости. Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности применения цитиколина при ишемическом инсульте, а также с целью коррекции когнитивных нарушений при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга [7].

Цель – оценка возможности использования цитиколина (Нейпилепта) для коррекции клинических проявлений хронической ишемии мозга.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2х группах больных: основной и контрольной. Возраст пациентов варьировал от 53 до 75 лет, средний возраст – 62,6 года. В основную группу были отобраны 25 пациентов, из них женщины - 14 (56%), мужчины - 11 (44%). В анамнезе испытуемых основной группы отмечено наличие такой соматической патологии, как артериальная гипертензия (АГ) – у 16 больных (64%), церебральный атеросклероз без АГ – у 3х больных (12%), АГ в сочетании с церебральным атеросклерозом – у 17 человек (68%). В контрольную группу были отобраны 15 пациентов, средний возраст которых составил 61,5 года. Обе группы аналогичны по характеру жалоб, результатам обследований, распределению наличия соматической патологии.

Пациенты основной и контрольной групп получали стандартную терапию – сосудистые препараты, антиагреганты, сопоставимые по составу. Пациентам основной группы дополнительно был назначен питьевой раствор цитиколина в суточной дозе 1000 мг в течение 30 дней.

Исследование проводилось по схеме: опрос, оценка соматического статуса, неврологическое обследование (шкала Тинетти), исследование нейрокогнитивного статуса (шкала лобной дисфункции (ШОЛД), МоСА–тест). Оценка эффективности терапии проводилась по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS), исследование качества жизни - при помощи опросника SF-36. Статистическая обработка результатов выполнена при помощи комплекса программ Statistica 6.0.

Результаты. Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на головные боли, ухудшение памяти, ухудшение концентрации внимания, угнетенное моральное состояние, низкую самооценку. Неврологический статус: нарушение координации движений, незначительная несоразмерность рефлексов с правых и левых конечностей, рефлексы орального автоматизма.

На фоне приема цитиколина испытуемые основной группы отмечали уменьшение головных болей, улучшение памяти и концентрации внимания, что способствовало повышению качества жизни. У пациентов контрольной группы отмечено уменьшение жалоб, субъективно выраженного улучшения когнитивных показателей не замечено. Лечение цитиколином способствовало улучшению статодинамических и когнитивных функций в основной группе, что подтверждают показатели используемых шкал (таблица 1, 2).

Таблица 1

Динамика показателей шкалы Тинетти в основной и контрольной группах (M±m)

Показатель	Группа	До лечения	После лечения
Шкала Гинетти	Основная	30,5 ±1,4	33,2±1,7*
	Контрольная	30,3±1,3	32,1±1,3

* $p < 0,05$

Из данных таблицы 1 видно, что прием цитиколина достоверно приводил к улучшению статодинамических функций у пациентов с ХИМ, в контрольной группе существенных изменений показателей не было.

Таблица 2

Результаты нейропсихологического обследования с использованием шкалы оценки лобной дисфункции (ШОЛД) и краткой шкалы оценки психологической сферы (КШОПС) в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Шкалы	Группа	До лечения	После лечения
ШОЛД	Основная	15,1±1,3	16,3±1,1*
	Контрольная	15,2±1,2	16,0±1,2*
КШОПС	Основная	27,1±1,3	29,3±0,7 *
	Контрольная	28,2±1,4	28,3±1,3

* $p < 0,05$

Исходя из данных таблицы 2, можно утверждать, что у пациентов основной группы приём цитиколина способствовал достоверному улучшению когнитивных показателей.

Выводы. Результаты, полученные при анализе показателей шкал (оценки статолокомоторных функций Гинетти, краткая шкала оценки психической сферы и шкала лобной дисфункции), указывают на значительный терапевтический эффект цитиколина в лечении пациентов с ХИМ. Применение препаратов цитиколинового ряда достоверно улучшает когнитивные показатели и качество жизни пациентов.

Таким образом, учитывая полученные результаты, можно сделать вывод, что препарат цитиколин оказывает положительный эффект на клиническое течение болезни и может быть рекомендован для лечения пациентов с ХИМ. Рекомендованная дозировка – 1000 мг в день в течение 1 месяца.

Список литературы

1. Агафонов Б.В., Подрезов Л.А., Каравашкина Е.А. Лечение двигательных и когнитивных расстройств у больных в резидуальном периоде инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №2. – С. 55-58.
2. Головкова М.С., Яхно Н.Н., Захаров В.В. Применение нейромидина в терапии сосудистых когнитивных нарушений разной степени

- выраженности // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – №9. – С. 20-26.
3. Звягинцева Е.И., Силакова В.О., Шутеева Е.Ю. Хроническая ишемия мозга: патогенетические вопросы терапии // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход: материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. – Курск, КГМУ. – 2018. – С. 120-126.
 4. Литвиненко И.В., Наумов К.Н., Одинак М.М. Коррекция когнитивных и некогнитивных симптомов цереброваскулярной болезни // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – №4. – С. 35-40.
 5. Маркин С.П. Нарушения когнитивных функций в практике врача // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №11. – С. 66-72.
 6. Никишина В.Б, Петраш Е.А, Шутеева Т.В и др. Формирование навыков самообслуживания в программе восстановительного обучения пациентов молодого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2018. – №1. – С.47-53.
 7. Шутеева Т.В. Возможности лечения когнитивно-эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга// Тихоокеанский Медицинский Журнал. – 2019.– № 1.– С.70-73.
 8. Шутеева Т.В. Применение нейпилепта для коррекции проявлений астенического синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – №2. – С. 81-84.
 9. Шутеева Т.В., Горшунова Н.К. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств при болезни Паркинсона // Успехи геронтологии. – 2017. – №5 – С. 765-769.
 10. Шутеева Т.В., Чернышков Е.В. Применение препарата нейромидин в лечении хронической ишемии мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – №4. – С. 77-78.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ ЭРИТЕМАТОЗНЫМ И ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНЫМ
ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА**

Силина Л.В., Есипова Е.А.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлены данные о расстройствах психо-эмоциональной сферы пациентов, страдающих розацеа

Ключевые слова: розацеа, психо-эмоциональная сфера

**DETERMINATION OF THE ANXIETY LEVEL IN PATIENTS
SUFFERING FROM ERYTHEMATOSUS AND PAPULOPUSTULAR
SUBTYPE OF ROSACEA**

Silina L. V., Esipova E. A.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. Data on the disorders of the psycho-emotional sphere of patients suffering from rosacea are presented in the article.

Keywords: rosacea, psycho-emotional sphere

Розацеа – хроническое, рецидивирующее заболевание кожи лица, характеризующийся проходящей или стойкой центральной эритемой, телеангиэктазиями, а также папулёзными и пустулёзными элементами, реже узлами, что приводит к социальной и профессиональной дезадаптации пациентов [6]. Следовательно, дефект кожного покрова, возникающий за счёт локализации высыпаний только на открытых участках у всех больных розацеа, оказывает существенное отрицательное влияние на отношения между людьми, профессиональную деятельность и психологическое состояние пациента, приводя к значительному снижению качества его жизни и самооценки [2; 3; 4; 5; 6; 7].

Цель работы: оценка степени выраженности тревожности у больных с эритематозным и папуло-пустулезным подтипом розацеа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 человек с установленным диагнозом розацеа, эритематозный или папуло-пустулезный подтип.

Оценка выраженности тревожности осуществлялась с помощью Шкалы реактивной тревожности (ШРТ) и теста Тейлора. Также для оценки влияния розовых угрей на различные аспекты жизни пациентов применялся Дерматологический индекс качества жизни.

Шкала реактивной тревожности (ШРТ) предназначена для выявления личностной реактивной тревожности. Разработана данная шкала Спилбергом Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.П. Опросник основан на концепции о различении тревоги как состояния. Является уникальной методикой, позволяющей измерять тревожность дифференцированно от личностной тревожности. Результаты оцениваются по 4-балльной системе [8].

Тест Д. Тейлора предназначен для измерения проявлений тревожности, используемая шкала состоит из 50 утверждений. Каждое утверждение

предлагается опрашиваемому на отдельной карточке. Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа утверждений и их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги».

Для оценки степени влияния данного заболевания на различные сферы жизни, применялся дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Данный опросник представляет собой анкету из 10 вопросов. Подсчёт производится простым суммированием баллов каждого вопроса. Минимальное значение равно 0, максимальное – 30 баллам [1; 2].

Полученные результаты. При изучении уровня тревожности у пациентов с эритематозной и папуло-пустулезными формами розацеа было отмечено значительное увеличение уровня тревожности. При оценке результатов теста Тейлора выявлены следующие показатели: эритематозный подтип $31,03 \pm 0,54$ балла, а для папуло-пустулезного подтипа значения были выше и составили $38,12 \pm 0,28$ балла. Кроме того, у больных при анализе результатов по Шкале реактивной тревожности выявлено наличие умеренной – $44,28 \pm 0,49$ балла для эритематозной формы, хотя показатель имеет пограничное значение и выраженной личностной и реактивной тревожности для папуло-пустулезной формы розовых угрей – $49,87 \pm 0,45$ балла. Показатели Дерматологического индекса качества (ДИКЖ) также демонстрируют значительные достоверные изменения в психоэмоциональной сфере. Для пациентов с эритематозным подтипом данный показатель составил $12,38 \pm 0,35$ балла, а $15,63 \pm 0,11$ балла для папуло-пустулезного подтипа заболевания. Так у пациентов с эритематозным подтипом розацеа выявленное нарушение в психоэмоциональной сфере менее выражены с таковыми у больных папуло-пустулезным подтипом, так как косметический дефект более выражен при папуло-пустулезном подтипе розовых угрей.

Заключение. На основании полученных нами данных можно сделать вывод, что выраженность психоэмоциональных нарушений коррелирует с тяжестью патологического процесса. Следовательно, стабилизация психоэмоционального статуса будет зависеть от скорости разрешения кожного процесса.

Список литературы

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.
2. Брибеш М.Р. Оценка психологического статуса и качества жизни больных розацеа и периоральным дерматитом // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – №1-4. – С. 78-82.
3. Брибеш М.Р. Современные взгляды на этиологию, патогенез, клинические особенности и лечение больных розацеа и периоральным дерматитом // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2014. – №1-4. – С. 17-21.

4. Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Родина Ю.А., Григорьева А.А. Розацеа: новые подходы к старым проблемам // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – №2. – С. 33-39.
5. Обголец И.А., Немчанинова О.Б. Дифференцированный подход к лечению розацеа // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – №3. – С. 38-40.
6. Обголец И.А. Клинические, психоэмоциональные и терапевтические аспекты розацеа, ассоциированной с кандидозной инфекцией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Новосибирск, 2009. – 41 с.
7. Утц С.Р., Моррисон А.В., Давыдова А.В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – №2. – С. 664-667.
8. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Л., 1976. – 18 с.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ основных характеристик стрессоустойчивости у больных с патологией дыхательной системы, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ КГБ № 6 города Курска. Анализ нервно-психической устойчивости проводился с помощью анкетирования больных. Выявлено, что в основном у больных средний уровень нервно-психической устойчивости.

Ключевые слова: дыхательная система, стресс, психологические изменения, устойчивость, тревожность, расстройство.

STRESS RESISTANCE OF PERSONALITY OF PATIENTS WITH RESPIRATORY SYSTEM PATHOLOGY

Sheluhina A.N., Dorofeeva S.G.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The article presents an analysis of the main characteristics of stress tolerance in patients with pathology of the respiratory system who were treated in the pulmonology department of the hospital № 6 in the city of Kursk. Analysis of neuropsychic resistance was carried out using a questionnaire survey of patients. It was revealed that mainly in patients an average level of neuropsychic resistance.

Key words: respiratory system, stress, psychological changes, stability, anxiety, disorder.

Актуальность. Проблемы различных психических нарушений у больных с дифференциальной соматической патологией, в том числе и заболеваниями связанные с органами дыхания, с каждым годом увеличивается. Результаты многих лабораторных и клинических исследований показывают высокую частоту и явность психических расстройств у соматических больных [1; 2; 3].

Цель: провести анализ основных характеристик стрессоустойчивости у больных пульмонологического отделения на базе городской больницы № 6 г. Курска Курской области.

Материалы и методы. В данное клиническое исследование включены 30 больных, находящихся на лечении в отделении пульмонологии больницы г. Курска № 6 в 2019 году. В состав входили - 14 человек, женского пола и 16 человек, мужского пола. Возраст исследуемых колебался в пределах от 29 до 74 лет. Использовались основные психологические диагностические методики:

- Методика «Прогноз», которая используется для выявления нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе (разработка Санкт-Петербургской военно-медицинской академии).
- Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина 2 часть (личностная тревожность).

Все больные подписали информированное согласие на проведение данного анализа.

Результаты исследования. С помощью количественного анализа результатов разделили на три группы с различным уровнем нервно-психической устойчивости и три группы испытуемых с разным уровнем тревожности из возможных трех. Большое количество анализируемых - 47,22 % от общего числа имеют средние показатели нервно-психической устойчивости. У данных больных увеличен риск дезадаптации в различных условиях стресса. 63,89 % анализируемых больных имеют средний уровень тревожности и оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Вывод. Полученные результаты, в ходе данного анализа, позволяют сделать вывод о том, что у большего количества больных средний уровень нервно-психической устойчивости. Это свидетельствует о том, что в условиях нахождения в стационаре они могут переживать стресс и находятся в ситуациях ожидания, уменьшения скорости принятия разнообразных решения, фрустраций. Пациенты испытывают чувство переживания во время

нахождения их в больнице, а также агрессию, обиду, смятение, чувство вины, а это накладывает на врача еще большую ответственность по уходу и лечению за данными больными, находящийся на стационарном лечении.

Список литературы

1. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г. Психологические аспекты больных ХОБЛ и бронхиальной астмой // «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход» материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2018. –С. 194- 196.
2. Лукашов А.А. Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Мансимова О.В., Конопля Е.Н. Анализ психологических особенностей личности при хронической соматической патологии // «Интегративные тенденции в медицине и образовании» сборник научных статей. – Том 3.Курск: МКУ «ИЦ «ЮМЭКС», 2019. –С. 17- 20.
3. Тертерян Л.И., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Психологические аспекты влияющие на успешность овладения русским языком у иностранцев // «Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации» сборник материалов II Международной научно-методической конференции- вебинара.–Курск, 2017.– С. 303-307.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Тимошилов В. И., Тюнякин И.Н.

**Курский государственный медицинский университет, г. Курск,
Россия**

Аннотация. Проблема зависимости от компьютерных игр среди молодежи приобрела значительную актуальность, и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила зависимость от видеоигр в одиннадцатое издание Международной классификации болезней, которая вступит в силу с 2022 года. Цель исследования – изучить распространенность признаков и факторов риска игровой компьютерной зависимости среди студентов. Программа исследования предусматривала опрос 205 студентов различных специальностей с применением опросника Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Большот. Результаты исследования показали, что чрезмерное увлечение компьютерными играми демонстрируют 28% студентов, а наиболее часто возраст начала систематической игры приходится на 7 – 9 лет. Среди признаков игровой компьютерной зависимости наибольшее распространение

имеют проявления положительного эмоционального состояния (у 35,1% опрошенных) и нарушения режима дня в связи с игрой на компьютере (у 16,6% опрошенных). Общение и интересы, связанные только с виртуальным миром, имеют 18% студентов.

Ключевые слова: молодежь, компьютерная зависимость, факторы риска, профилактика

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF SIGNS OF DEPENDENCE FROM YOUTH COMPUTER GAMES

Timoshilov V.I., Tyunyakin I.N.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The problem of addiction to computer games among young people has acquired significant relevance, and the World Health Organization (WHO) has included video game addiction in the eleventh edition of the International Classification of Diseases, which will enter into force in 2022. The purpose of the study is to study the prevalence of signs and risk factors for gaming computer addiction among students. The research program included a survey of 205 students of various specialties using the questionnaire L.N. Yurieva and T.Y. Bolbot. The results of the study showed that 28% of students demonstrate excessive enthusiasm for computer games, and most often the onset of systematic game is 7 - 9 years old. Among the signs of gaming computer addiction, manifestations of a positive emotional state (among 35.1% of respondents) and violations of the daily regime due to playing on a computer (among 16.6% of respondents) are most prevalent. 18% of students have communication and interests related only to the virtual world

Keywords: youth, computer addiction, risk factors, prevention

Введение. Компьютерные игры прошли длительную эволюцию от однопользовательских до массовых онлайн-игр [5]. В настоящее время проблема зависимости от компьютерных игр приобрела особую общественную актуальность. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в июне 2018 года включила зависимость от онлайн - и видеоигр в одиннадцатое издание Международной классификации болезней, который планируется ввести в действие с 1 января 2022 года [4].

Признаками и одновременно критериями диагностики компьютерной зависимости являются:

- Получение удовольствия, волнения или облегчения за компьютером.
- Увеличение времени, проводимого за компьютером, и возрастание денежных расходов на компьютерную деятельность.
- Покупка нового программного и аппаратного обеспечения для компьютера.

- Появление тревоги, злости, депрессии вне компьютера/Интернета.
- Постоянные мысли о компьютере или Интернете вне компьютера /Интернета.
- Потеря контроля за временем, проводимым за компьютером.
- Использование компьютера с целью ухода от текущих проблем.
- Игнорирование своих обязанностей, проблемы на работе или в учебе вследствие использования компьютера.
- Потеря весомых дружеских взаимоотношений вследствие использования компьютера.
- Возникновение финансовых трудностей, возникших в результате злоупотребления компьютером / Интернетом.
- Проблемы со здоровьем вследствие компьютерной деятельности.

На выявлении этих признаков основан скрининговый самоопросник Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Больбот [6]. Ряд симптомов из числа упомянутых актуален и для других форм зависимого поведения – в частности, они рассматриваются как компоненты психологической зависимости от алкоголя, табака, наркотиков [3].

К факторам риска возникновения компьютерной зависимости относятся раннее начало самостоятельной работы с компьютером, психосоматические возрастные особенности, длительность и «стаж» работы за компьютером, отсутствие хобби [1]. Ряд факторов, связанных с влиянием круга общения и ряда личностных характеристик, перекликаются с факторами наркопредрасположенности [2].

Цель исследования – проанализировать распространенность признаков компьютерной игровой зависимости среди студентов медицинских и технических специальностей.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено анкетирование 205 студентов медико-биологических и технических специальностей 15 – 24 лет с использованием скринингового самоопросника Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Больбот, направленного на выявление компьютерной зависимости (в том числе Интернет-аддикции). В результате тестирования косвенно были выделены «группы риска» по зависимости от компьютерных игр, проанализированы различные признаки игровой зависимости, произведено их ранжирование от самого распространенного к наименее распространенному признаку.

Результаты исследования. В ходе тестирования выявлено, что у 58% респондентов наблюдается увлеченность компьютерными играми, 25% злоупотребляют игрой за компьютером, у 3% вероятно наличие компьютерной зависимости. Минимальный риск развития игровой зависимости наблюдается у 14% респондентов (рис.1).

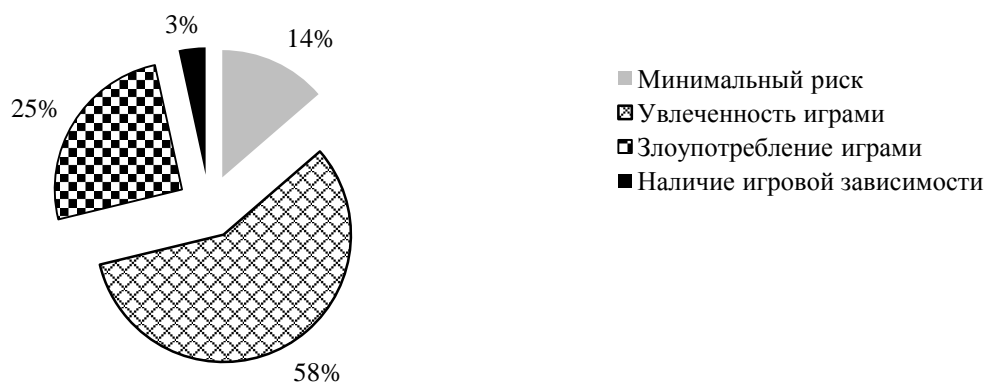


Рис 1. Группы риска развития компьютерной зависимости среди студентов

При анализе различных признаков зависимости от компьютерных игр было выявлено, что проявление положительного эмоционального состояния (оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение) испытывает наибольшее число респондентов – 35,1%. На втором месте стоит нарушение режима сна и бодрствования, связанное с работой на компьютере, которое является актуальным для 16,6% опрошенных. Различные физические симптомы (онемение и боли в кисти руки, боли в спине, сухость в глазах, головные боли) беспокоят 15,6% студентов. Такую же распространенность (по 15,6%) имеют факты пренебрежения личной гигиеной, употребления пищи около компьютера, невозможность самостоятельно прекратить игру; 14,6% респондентов отмечают такие признаки зависимости, как предчувствие удовольствия от игры и рассуждения о реализации игровых замыслов, 12,7% испытывают потребность вернуться за компьютер (в сеть) для поднятия настроения. Небольшая доля респондентов – 9,3% - чувствуют снижение настроения, пустоту вне компьютера; 8,3% опрошенных периодически скрывают количество времени, проведенное за компьютером (в сети), могут пренебрегать семейными и общественными обязанностями, учебой; 6,3% отмечают прогрессирующее увеличение времени пребывания за ПК в течение последнего года. С угрозой потери дружеских и/или семейных отношений по причине виртуальных увлечений столкнулось 5,9% опрошенных.

В числе факторов риска компьютерной зависимости на одно из ведущих мест поставлен возраст начала пользования компьютером. Опасным признается начало систематической игровой деятельности в возрасте до 15 лет, а среди опрошенных играть чаще 1 раза в неделю начали до 7 лет – 14,6%, в 7 – 9 лет – 38,5%, в 10-14 лет – 31,7%, в 15-19 лет – 13,2%, 20-27 лет – 1,5%.

При ответе на вопрос об имеющихся дружеских связях студентам позволялось выбрать несколько вариантов ответов. Выяснилось, что у 82% респондентов есть друзья, с которыми налажено регулярное личное общение и имеются общие интересы, не связанные с компьютерными играми, 16,6% имеют друзей, с которыми налажено регулярное общение и имеются общие

интересы, преимущественно связанные с компьютерными играми, у 19,0% есть друзья по виртуальной переписке, с которыми имеются общие интересы, не связанные с компьютерными играми, 6,8% имеют друзей по виртуальной переписке, с которыми имеются общие интересы, исключительно связанные с компьютерными играми, а у 5,9% респондентов есть партнеры и противники в онлайн-играх, с которыми не происходит общения вне игры. Свидетельствовать о высоком риске развития компьютерной зависимости может наличие только виртуальных друзей, что наблюдается у 20 человек (9,8% опрошенных), либо только тех друзей, общий интерес с которыми связан с компьютером (такая ситуация складывается у 21 опрошенного, или 10,2%). У ряда респондентов эти позиции совпадают, и в целом круг общения, признаваемый фактором риска, имеется у 18% опрошенных – это все те, у которых есть только друзья по виртуальной переписке или онлайн-играм, и те, кто имеет и реальных, и виртуальных друзей, но общается с ними только на тему игр.

На вопрос о проведении свободного времени вне компьютерных игр респонденты могли выбирать один или несколько вариантов ответов. Досуг вне компьютерных игр имеют все опрошенные студенты, причем 65,4% человек отдало предпочтение прогулкам на свежем воздухе, 32,7% – чтению, художественному и техническому творчеству, 32,2% - посещению спортивной секции, 18,5% предпочло художественную самодеятельность, 12,7% уделили время активному игровому времяпрепровождению (тир, лазертаг, пейнтбол и др.) Таким образом, увлечения, усугубляющие низкую двигательную активность при чрезмерном увлечении играми, имеют 35 человек или 17,1% студентов.

Выводы.

1. Неблагоприятные медико-социальные явления, связанные с компьютерными играми, наблюдаются у 28% студентов.
2. Среди признаков игровой компьютерной зависимости наибольшее распространение имеют проявления положительного эмоционального состояния (оживление, удовольствие, удовлетворение или облегчение) (у 35,1% опрошенных) и нарушение режима сна и бодрствования, связанного с игрой на компьютере (у 16,6% опрошенных).
3. Начало систематического увлечения играми до 7 лет отмечено у 14,6%, до 15 лет – у 84,8%, наиболее часто возраст начала данного увлечения приходится на 7 – 9 лет.
4. Общение и интересы, связанные только с виртуальным миром, имеют 18% студентов.
5. Увлечения, усугубляющие низкую двигательную активность при увлечении компьютерными играми, имеют 17,1% студентов.

Список литературы

1. Борисова, Т.С, Факторы риска развития компьютерной зависимости у детей и подростков / Т.С. Борисова, М.М. Солтан, И.Г. Занкевич // Здоровье и окружающая среда. – 2015. – №25. – С.119 –122.
2. Ластовецкий А.Г, Факторы риска употребления психоактивных веществ среди молодежи: аналитический обзор и экспертная оценка/ А.Г. Ластовецкий, В.И. Тимошилов, Ю.В. Бобрик // Таврический медико-биологический вестник. – 2019.–№1 – С.129-137.
3. Пятницкая И. Н, Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — С.84-92.
4. Тюнякин, И.Н. Анализ распространенности факторов зависимости от компьютерных игр среди студентов КГМУ / И.Н. Тюнякин, В.И. Тимошилов // Здоровый образ жизни и здоровьесберегающее мировоззрение как приоритет национальной политики: Сборник научных статей по материалам Международной научно-практической конференции. / Под редакцией В.А. Лазаренко, Т.А. Шульгиной, Ю.С. Филиппович – 2019. – С.514 –519.
5. Тюнякин, И.Н. История компьютерных игр с точки зрения формирования факторов зависимости от них/ И.Н. Тюнякин// Здоровье и здравоохранение в России: сборник статей II Научной конференции молодых ученых с международным участием 15 октября 2018 г.– М., 2018. – С.13-15
6. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Феоктистова Е.В., Журавлева А.И.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск,
Россия

Аннотация. Артериальная гипертония одно из самых распространенных состояний, приводящих к нарушению когнитивных функций. Нами было проведено исследование праксиса у больных с артериальной гипертензией и сделаны выводы о развитии апраксических расстройств у данной категории лиц.

Ключевые слова: артериальная гипертония, нейропсихология, когнитивные функции, праксис.

NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH VASCULAR DISEASES

Feoktistova E. V., Zhuravleva A. I.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract: arterial hypertension is one of the most common conditions that lead to impaired cognitive functions. We conducted a study of praxis in patients with hypertension and made conclusions about the development of apraxic disorders in this category of persons.

Key words: arterial hypertension, neuropsychology, cognitive functions, praxis.

Артериальная гипертония (АГ)- состояние повышенного давления, при котором систолическое составляет выше 140 мм. рт. ст. , диастолическое выше 90 мм. рт. ст.[1].

АГ в большинстве случаев приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярных и почечных заболеваний. Данные заболевания ежегодно приводят к смертности 55% населения в России [5]. Распространённость АГ в Российской Федерации среди женщин составляет 40% , мужчин 47%. При этом принимают лечение антигипертензивные препараты только 69,5 % больных [4].

При гипертонии, в большинстве случаев, нарушаются когнитивные функции, такие как внимание, память, речь, праксис, гнозис. Эти нарушения обусловлены органическими изменениями головного мозга [3].

Цель исследования: Изучить особенности праксиса у больных с АГ.

Задачи исследования:

1. Раскрыть понятие и причины развития гипертонической болезни
2. Раскрыть классификацию и клиническую картину проявления гипертонической болезни
3. Рассмотреть факторы развития гипертонической болезни
4. Изучить особенности праксиса у больных с гипертонической болезнью и реакция личности на болезнь
5. Подобрать методики для исследования праксиса у больных с гипертонической болезнью
6. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы.
7. Сформулировать рекомендации для коррекции апраксических расстройств у пациентов с АГ.

Объект исследования: больные с АГ.

Предмет исследования особенности праксиса у больных с АГ

Гипотеза исследования: Существует взаимосвязь тяжести гипертонической болезни с особенностями нарушения праксиса у пациентов, страдающих АГ.

Методы исследования: пробы на исследования апраксии: кинестетическая (проба «Позы пальцев»), оральная, кинетическая (методика «Забор»), регуляторная (проба «Реципрокная координация»), пространственная (проба «Хеда»), конструктивная (копирование рисунка). Использовалась 3 бальная система оценивания [2].

Результаты исследования:

Исследование проводилось на базе больницы города Курска. Приняли участие 15 пациентов с 1 стадией АГ, и 15 пациентов с третьей стадией АГ. Группы выборки: от 45 до 55 лет, без травм, опухолей, инфекции, интоксикаций головного мозга в анамнезе.

Выявлены значимые различия в проявления апраксии между двумя группами. В первой группе средний показатель апраксических расстройств 2,7 из 3, тогда как во второй группе 1,9 баллов. Что свидетельствует о прогрессировании апраксических расстройств с прогрессированием заболевания.

В двух группах самые низкие показатели при выполнении пробы «Реципрокная координация», что говорит об органических изменениях в лобных отделах головного мозга.

Разработана коррективная программа по созданию развернутых программ деятельности и действий и их постепенное сворачивание.

Выводы: больные с артериальной гипертонией подвержены развитию апраксических расстройств, в связи с чем им необходимо постоянное наблюдение у невролога и нейропсихолога, для коррекции и компенсации данных расстройств.

Список литературы:

1. Котов А.С., Силина Е.В., Елисеева Ю.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярных заболеваниях. – Москва, 2013.
2. Круков П. Нейропсихологические нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их потенциальное влияние на проблему несоблюдения рекомендаций врача // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2012. – №3. – С.108-120.
3. Максимова М.Ю., Смирнова И.Н. Предупреждение прогрессирования когнитивных нарушений у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Трудный пациент. – 2011. – Т.9. – №6. – С. 23-29.
4. Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В. Когнитивные нарушения и приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний / В сборнике: Профилактика. – 2015.
5. Неврычева Е.В. Артериальная гипертония: основные понятия, клиника, диагностика, лечение (лекция для средних медицинских работников // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2014. – №4(64). – С. 84-89.

СМЫСЛОВОЕ ЧТЕНИЕ У НОРМОТИПИЧНЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ С ДЦП: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Флуткова Д. М., Алексеева А. С.

Уральский Федеральный Университет, г.Екатеринбург, Россия

Аннотация. Развитие навыка смыслового чтения определяет успешность подростка в образовательной деятельности и способствует его личностному развитию. Определение влияния ведущих факторов, таких как наличие ДЦП, тип памяти, уровень пропозиции текста на качество его запоминания и воспроизведения, позволит улучшить интеграцию подростков с ДЦП в общеобразовательные школы. В работе используется пропозиционный анализ Торндайка для количественного исследования запоминания пропозиций подростками с ДЦП и нормотипичными подростками в возрасте 12-16 лет. Тип памяти и уровень пропозиции оказывают влияние на уровень воспроизведения в обеих группах испытуемых, тем не менее подростки с ДЦП имеют определенные особенности смыслового чтения. Определение причин расхождения требует дальнейшего анализа.

Ключевые слова: смысловое чтение, пропозиционный анализ, ДЦП, память, восприятие, воспроизведение текста

SEMANTIC READING AMONG NORMOTYPIC TEENAGERS AND TEENAGERS WITH CEREBRAL PALSY: COMPARATIVE ANALYSIS

Flutkova D. M., Alekseeva A. S.

Ural Federal University, Ekaterinburg, Russia

Abstract. The development of semantic reading skills determines the success of teenagers in educational activities and contributes to his personal development. Determining the influence of leading factors, such as the presence of cerebral palsy, the type of memory, the level of text proposition on the quality of its memorizing and reproduction, can improve the integration of adolescents with cerebral palsy into common education schools. We use a propositional analysis made by Thorndyke to quantify the memorization and reproduction of the text by teenagers with cerebral palsy and normotypic teenagers aged 12-16. The type of memory and level of proposition influence the level of reproduction in both groups of subjects, yet adolescents with cerebral palsy have certain features of sense reading. Determining the causes of the discrepancy requires further analysis.

Keywords: semantic reading, propositional analysis, cerebral palsy, memory, perception, text reproduction

Введение. Как вид деятельности, процесс чтения основывается на психофизиологических ресурсах личности, а именно на его внимании, памяти и восприятии, развитие которых во много связано с индивидуальными особенностями читателя и с его физическим состоянием [1]. Данный вид деятельности начинает свое масштабное развитие в младшем школьном возрасте ребенка и определяет его активно развивающиеся ведущие сенсорные системы: зрительная и слуховая [2]. Подростки с церебральным параличом характеризуются дефицитным развитием двигательного аппарата, нервной системы и могут обладать некоторыми нарушениями сенсорных систем [3]. Вопросы, связанные с процессами смыслового чтения у подростков, являются актуальными для науки и школьной практики, так как смысловое чтение, с одной стороны, является результатом образования и способом получения знаний, а с другой – средством развития личности подростков. В настоящее время образовательная система ориентирована на интеграцию подростков с ДЦП в общеобразовательный процесс. Анализ процессов смыслового чтения позволит отслеживать протекание когнитивных процессов как нормотипичных подростков, так и подростков с ДЦП [4; 5].

Целью данного исследования является проверка гипотезы о влиянии наличия ДЦП на качество запоминания и воспроизведения текста и его взаимосвязь с типом памяти и уровнем пропозиций.

Методы и выборка

В исследование участвовали 64 нормотипичных ученика (35 мальчиков и 29 девочек) 6-9-ых классов одной из средних школ г. Екатеринбурга, в возрасте от 12 до 16 лет. Также были опрошены 19 подростков (15 мальчиков и 4 девочки) с церебральным параличом различной степени тяжести (присутствует как спастическая диплегия, так и гиперкинетическая форма ДЦП) с сохранным интеллектом, аналогичного возраста. Родители всех испытуемых были уведомлены о проведении исследования и дали письменное согласие. Согласно процедуре, подросткам для прочтения был предложен текст П.В. Торндайка «Остров круга» [4], состоящий из повествовательной информации, изложенной в виде иерархической пропозициональной структуры четырех уровней, в которой более важные элементы поддерживаются менее важными. Сразу после прочтения испытуемые должны были записать наиболее полное изложение рассказа без опоры на текст. Спустя две недели, испытуемые, без повторного прочтения рассказа, должны были написать то, что они помнят из текста. Определялся уровень воспроизведения пропозиций на каждом из уровней в кратковременной и долговременной памяти. Ввиду физических особенностей нескольких испытуемых с ДЦП, таких как нарушение зрения и медленная скорость письма, предложенный текст зачитывался им вслух. После этого экспериментатор спрашивал, что они запомнили из прочитанного и самостоятельно записывал все, что они говорили.

Полученные данные были обработаны с использованием пакета Statistica 13.0.

Результаты исследования

Согласно проведенному анализу среди нормотипичных подростков уровень пропозиции достоверно влияет на запоминание и воспроизведение текста как непосредственно после прочтения ($F=8.10$, $F>F_{кр}$, $p<0.05$), так и через две недели после него ($F=3,71$, $F>F_{кр}$, $p<0.05$). При этом в обоих случаях пропозиции 1-3 уровней воспроизводятся достоверно лучше, чем пропозиции 4 ($t=3.78$, $t=3.23$, $t>t_{кр}$, $p<0.05$) (рис. 1). Такой результат можно объяснить тем, что ресурсы внимания нормотипичных подростков позволяют им без особых усилий запоминать и воспроизводить пропозиции 1-3 уровней, нехватка ресурсов начинает сказываться только на последнем уровне пропозиций. При переходе информации из кратковременной памяти в долговременную память воспроизведение пропозиций на каждом уровне достоверно ухудшается ($t>t_{кр}$, $p<0.05$).



Рис.1. Воспроизведение пропозиций по выборке нормотипичных подростков

При изучении выборки подростков с ДЦП уровень пропозиции также достоверно влияет как на запоминание и воспроизведение с использованием кратковременной памяти ($\chi^2_{Фр}=47,43$, $\chi^2_{Фр}>\chi^2_{Фр.кр}$, $p<0.05$), так и с использованием долговременной памяти ($\chi^2_{Фр}=49,35$, $\chi^2_{Фр}>\chi^2_{Фр.кр}$, $p<0.05$). Можно отметить, однако, что в данном случае пропозиции воспроизводятся согласно классической схеме Торндайка, где процент запомненных пропозиций высшего порядка (1-2 уровень) достоверно больше ($T=5$, $T=4$, $T<T_{кр}$, $p<0.05$), чем низшего порядка (3-4 уровень) (рис. 2).



Рис. 2. Воспроизведение пропозиций по выборке подростков с ДЦП

При этом после двухнедельного перерыва степень снижения воспроизведения пропозиций подростками с ДЦП выражена слабее, чем у нормотипичных подростков. Полученные результаты возможно связаны с тем, что ученики коррекционной школы регулярно проходят курсы реабилитации и посещают коррекционные занятия, что способствует повышению таких показателей, как оперативная память, непосредственное запоминание. Немаловажно, что для некоторых испытуемых текст был прочитан вслух и записан самостоятельно экспериментатором, что могло облегчить процессы восприятия и воспроизведения. В дополнение нужно учитывать компенсаторный компонент их когнитивной деятельности, т.е., имея недостатки в развитии своих двигательных функций, они делают больший упор на совершенствование себя в когнитивной сфере.

Сравнивая результаты по непосредственному воспроизведению пропозиций по выборкам нормотипичных подростков и подростков с ДЦП, достоверные различия ($F=10.07$, $F>F_{кр}$, $p<0.05$) наблюдаются только на 3-ем уровне пропозиций, где результаты нормотипичных подростков достоверно выше, чем у подростков с ДЦП. На диаграмме, изображенной на рисунке 3, можно заметить, что точка перегиба, указывающая на значительное снижение воспроизведения пропозиций, расположена у нормотипичных подростков между 3 и 4 уровнями, а на выборке с ДЦП между 2 и 3 уровнями.

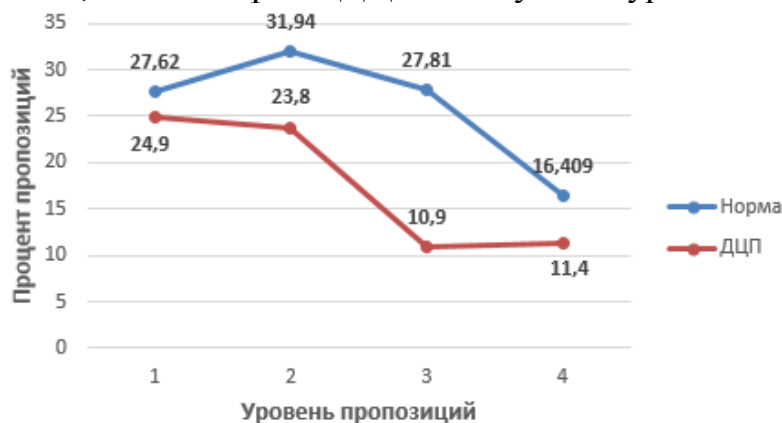


Рис.3. Распределение непосредственно воспроизведенных пропозиций в норме и при ДЦП

У нормотипичных подростков ресурсы внимания обеспечивают успешное воспроизведение первых трех уровней пропозиций, в то время как у подростков с ДЦП ресурсы вероятно более ограничены [5] и обеспечивают адекватное воспроизведение пропозиций высшего порядка, как наиболее значимых. Таким образом, можно сделать вывод, что стратегия Торндайка наиболее четко заметна в условиях ограниченного количества ресурсов.

При сравнении результатов отложенного на две недели воспроизведения пропозиций достоверно выделяется более полное воспроизведение пропозиций 1 уровня подростками с ДЦП ($F=4.13$, $F>F_{кр}$, $p<0.05$) (рис.4).

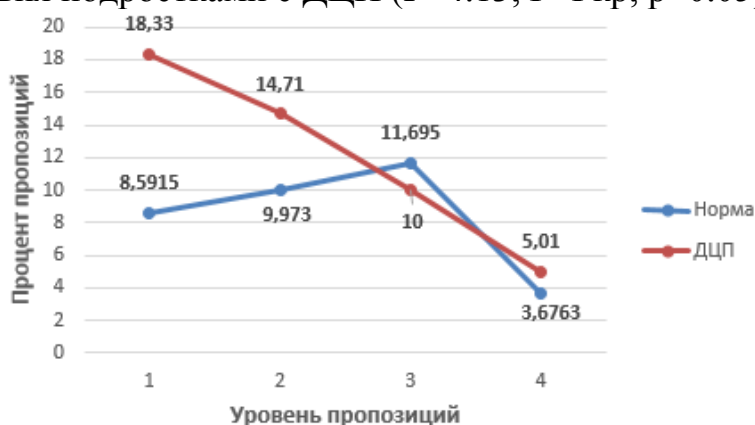


Рис. 4. Распределение отложенного воспроизведения пропозиций в норме и при ДЦП

Можно предположить, что первый уровень пропозиций испытуемыми с ДЦП был воспроизведен лучше в результате их компенсаторных возможностей, возникших на основании аномального развития при недостатке их двигательных функций, также это может быть связано с особенностями проведения процедуры исследования.

Заключение

Исследование показало, что тип памяти и уровень пропозиции оказывают влияние на уровень воспроизведения в обеих группах испытуемых. Пропозиции более высокого порядка воспроизводятся более полно, при этом при переходе из кратковременной памяти в долговременную количество воспроизводимых пропозиций уменьшается. Тем не менее подростки с ДЦП имеют определенные особенности смыслового чтения. Определение причин расхождения требует дальнейшего анализа, возможными причинами могут служить ограниченность ресурсов внимания подростков ДЦП, развитие их компенсаторных способностей, а также особенности процедуры проведения исследования.

Список литературы

1. Солсо Р. Л. Когнитивная психология. Москва, 1996. – 600 с.: ил. Пер. с англ.– М.: Тривола.

2. Полякова С.В. Восприятие и понимание текста в психологии чтения // Вестник Пермского университета. Иностранные языки и литературы. – 2007. – Вып. 2 (7). – С. 150–154.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – Москва: Академия, 2006. – 144 с.
4. Немкова С.А., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А., Заваденко Н.Н., Курбатов Ю. Н. Когнитивные нарушения у детей с церебральным параличом (структура, диагностика, лечение) // ПФ . – 2012. – №3. – С.85.
5. Thorndyke P. W. 1977. Cognitive structures in comprehension and memory of narrative discourse. *Cognitive Psychology*, v.9, 77-110.

ПЕРЕЖИВАНИЕ КРИЗИСА ИДЕНТИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Черникова С.И., Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Аннотация: в статье рассматриваются особенности переживания кризиса профессиональной идентичности у студентов, занимающихся добровольческой деятельностью.

Ключевые слова: идентичность, кризис идентичности, кризис профессиональной идентичности.

EXPERIENCING AN IDENTITY CRISIS IN STUDENTS ENGAGED IN VOLUNTEER ACTIVITIES

Chernikova S. I., Selin V. A.

Kursk state medical University, Kursk, Russia.

Abstract: the article deals with the peculiarities of experiencing the crisis of professional identity among students engaged in volunteer activities.

Key words: identity, identity crisis, professional identity crisis.

Исследование идентичности и различных ее аспектов в современной науке приобретает особую актуальность в связи с динамикой изменений, которые происходят в современном обществе. Скорость изменений, которые происходят на наших глазах влияют не только на молодые поколения, но и на более старшие [1].

Категорию идентичности принято рассматривать как междисциплинарный феномен, находящийся на стыке наук – антропологии, психологии и социологии.

История изучения идентичности насчитывает более 60 лет и связана с именем американского психолога Э.Эриксона [5].

В нашем исследовании, вслед за Ю.Г. Овчинниковой под идентичностью мы понимаем динамическую структуру личности, обеспечивающую ее целостность за счет интеграции и синтеза ценностей, смыслов, отдельных идентификаций и ролей в разные периоды жизни человека [3].

Мы предполагаем, что одним из факторов, способствующих выходу их кризиса идентичности является добровольческая деятельность, через которую студенты осваивают профессиональный опыт. Важно указать, что в процессе профессионально-ориентированная добровольческая деятельность является социально значимой и оказывается безвозмездно [2].

В нашем исследовании, мы исходили из предположения, что студенты, находящиеся в состоянии кризиса идентичности, используют участие в профессионально ориентированном волонтерстве, как один из способов выхода из кризиса [4].

Таким образом, целью нашего исследования стало изучение особенности кризиса социальной идентичности у студентов медицинского университета и описание путей выхода из него.

Предметом исследования выступает роль добровольческой деятельности в проживании кризиса идентичности у участников проекта «Реабилитационная программа Феникс».

В качестве **методов** исследования были использованы следующие методики:

- методика изучения профессиональной идентичности Л.Б. Шнейдер, которая выявляет наличие определенного статуса профессиональной идентичности [2; 3];
- анонимное анкетирование, в котором студентам предлагалось определить мотивы участия в волонтерской деятельности и оценить ее возможности для формирования общих и профессиональных навыков.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования были обработаны с использованием методов описательных статистик, а также критериев:

χ^2 Пирсона;

U-критерия Манна – Уитни.

В исследовании приняло участие 62 человека. В экспериментальную группу вошли добровольцы – участники проекта «Реабилитационная программа «Феникс». Количество исследуемых составило 31 человек. Контрольная группа представлена студентами различных факультетов

Курского государственного медицинского университета, не являющиеся добровольцами, также в количестве 31 человек.

В результате анализа профессиональной идентичности было выявлено, что добровольцы проекта «Феникс» действительно переживают кризис профессиональной идентичности. Преобладающие статусы идентичности – мораторий (29 %) и диффузный (25,8 %, отмечается преимущественно у студентов 2–3-х курсов). Статус достигнутой идентичности (19,4 %) отмечается у студентов старших курсов (5-го курс), которые посвящают добровольческой деятельности достаточно большое количество внеучебного времени. В контрольной группе, куда вошли преимущественно студенты, не включенные в добровольческую деятельность, преобладающим статусом профессиональной идентичности выступила псевдоидентичность. Наибольший процент (38,7 %) отмечается у студентов первого и второго курса. Этот показатель в два раза превышает подобный показатель у волонтеров проекта «Феникс».

Мы считаем, что студенты, которые не включены в профессионально ориентированную волонтерскую деятельность и не имеют возможности проверить на практике свои профессиональные предпочтения и навыки, не чувствуют уверенности в своих силах и, сталкиваясь с затруднениями, не могут адекватно сформировать профессиональную самооценку. Показатель достигнутой идентичности (25,8 %) наблюдается у студентов 6-го курса, а также у обучающихся ординатуры. Мы считаем, что подобные результат обоснован тем, что у них решен вопрос о профессиональном самоопределении на ближайший период обучения в вузе и в ординатуре. Наличие высокого показателя по шкале «мораторий» (22,6%), который наблюдается у обучающихся третьего и четвертого курсов, подтверждает возникновение кризисного состояния в процессе обучения.

В данном исследовании мы рассмотрели усредненные показатели профессиональной идентичности и стажа волонтерской деятельности. У студентов, имеющих стаж волонтерской деятельности менее полугода, наблюдаются следующие статусы профессиональной идентичности: преждевременная и достигнутая (по 50 %). Мы считаем, это может объясняться тем, что студенты, впервые попробовав себя в профессиональной деятельности в качестве волонтера, могут испытывать удовольствие от успешной деятельности и сопричастность к профессии. У участвующих в волонтерской деятельности от года до двух лет преобладают статусы профессиональной идентичности мораторий (45 %) и диффузная (37,5 %). Мы предполагаем, что это может быть возможным из-за снижения эйфории и удовольствия от первых успехов в профессиональной деятельности, появления критичности и, как следствие, возникновение тревоги и сомнений по поводу своего профессионального настоящего. Исследование стажа волонтерской деятельности от трех до четырех лет дает аналогичные результаты: как и в предыдущей возрастной группе, преобладающие статусы

профессиональной идентичности – мораторий (31 %) и диффузная (25 %). Разница в показателях между группой со стажем волонтерской деятельности от одного до двух лет и группой со стажем от трех до четырех лет может говорить о снижении тревожности при разрешении кризиса профессиональной идентичности у студентов-волонтеров. В данной группе наблюдаются такие статусы профессиональной идентичности, как мораторий (12,5 %), диффузная (12,5 %) и псевдоидентичность (17,5 %). Мы предполагаем, что данные результаты могут говорить о положительном влиянии волонтерской деятельности на формирование профессиональной идентичности, а псевдоидентичность может указывать на выгорание у студентов-волонтеров, либо на разочарование в профессии из-за несовпадения образа и реальной деятельности. Данные результаты требуют более детального рассмотрения.

Подводя итоги исследования, мы можем сделать вывод, что при проживании кризиса идентичности студенты активно ищут выход из него. Мы видим, что участие в добровольческой деятельности профессионально-ориентированной направленности позволяет студенческой молодежи соотнести идеальные представления о профессии с реальностью и дает возможность приобретения как общих, так профессиональных навыков, способствует личностному росту.

Список литературы

1. Кетова Н.А. Черникова С.И. Роль волонтерской деятельности в становлении профессиональной идентичности личности // ОБЩЕСТВО: социология, психология, педагогика. –2018. –№10 (54) .–С. 23-31.
2. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. [Электронный ресурс] : Режим доступа: URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/28c7f9e359e8af09d7244d8033c66928fa27e527/ (дата обращения 21.04.2018).
3. Шнейдер Л.Б. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления : дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001.– 327 с.
4. Austin D.R. Therapeutic Recreation Processes and Techniques. Evidence-based Recreational Therapy. 8th ed. Urbana, IL, 2018.
5. Erikson E.H. Childhood and Society. Norton, VA, 1993.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА – ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СЕГОДНЯ

Чистякова Н.С., Шутеева Е.Ю., Гречанюк Е.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. Большая часть всех проявлений болезни Паркинсона хорошо известна. По мере прогрессирования данного заболевания важным является присоединение депрессивной симптоматики, снижающей качество жизни пациента и усугубляющей течение основного заболевания. Определенный интерес представляет применение антидепрессантов в комплексной терапии болезни Паркинсона. Целью исследования явилось использование сертралина для коррекции депрессивных расстройств в лечении болезни Паркинсона. В исследовательскую группу включены 50 пациентов с болезнью Паркинсона. Степень депрессивных нарушений оценивалась по шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Группа контроля (15 человек) получали только противопаркинсоническое лечение, 35 пациентов получали наряду с базовой терапией болезни Паркинсона препарат сертралин в дозировке 100 мг. в сутки в течение 2-х месяцев. Отмечалось уменьшение депрессивных проявлений, снижение тревоги, улучшение сна. Препарат сертралин показал позитивное влияние на течение болезни.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, серената, депрессия, тревога.

DEPRESSIVE SYMPTOMS OF PARKINSON'S DISEASE - A LOOK AT THE PROBLEM TODAY

Chistyakova N.S., Shuteeva E.Yu., Grechanyuk E.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. Most of the manifestations of Parkinson's disease are well known. As this disease progresses, it is important to attach depressive symptoms that reduce the patient's quality of life and aggravate the course of the underlying disease. Of particular interest is the use of antidepressants in the treatment of Parkinson's disease. The aim of the study was to use sertraline to correct depressive disorders in the treatment of Parkinson's disease. The study group included 50 patients with Parkinson's disease. The degree of depressive disorders was assessed using the Hamilton score for anxiety assessment (HARS) and the Hamilton score for depression assessment (HDRS). The control group (15 people) received only anti-Parkinsonian treatment, 35 patients received the drug sertraline in a dosage of 100 mg along with the basic therapy for Parkinson's disease. per day for 2 months. There was a decrease in depressive symptoms, a decrease in anxiety, and improved sleep. The drug sertraline showed a positive effect on the course of the disease.

Key words: Parkinson's disease, serenate, depression, anxiety.

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим прогрессирующим заболеванием центральной нервной системы с избирательным поражением нейронов черной субстанции и нарушением функции базальных ганглиев [1]. Клиническая картина включает в себя: двигательные нарушения (тремор покоя, постуральная неустойчивость, брадикинезия, мышечная ригидность); немоторные нарушения- вегетативные нарушения (запоры, потливость, сухость кожных покровов), расстройство сна, депрессия, тревожность [3]. Клинические проявления БП связаны с дегенерацией nigrostriарных нейронов стриопаллидарной системы, являющейся важнейшей составляющей экстрапирамидной системы, которая обеспечивает организацию и построение движений. Отмечено, что основные нейротрансмитерные нарушения при БП затрагивают не только дофаминергическую систему(ДА), но и норадренергическую (НА), серотонинергическую (5-НТ), холинергическую (ХЭ) и другие (глутамат-, ГАМК-ергические) нервныe сети, локализованные в головном мозге, в спинном мозге и симпатической нервной системе [6].

Наиболее выраженный стресс у пациентов обычно вызывает начало болезни и установление диагноза, а затем тяжелые осложнения на поздних этапах болезни. Многочисленные исследования у пациентов, страдающих БП, в 40–56% случаев выявляют утомляемость, тревогу, депрессивные мысли, которые могут предшествовать появлению основных двигательных симптомов [5]. Патофизиологические механизмы БП и депрессии имеют сходные морфофункциональные изменения. Патогенез развития депрессии при БП рассматривают как нейромедиаторные нарушения в лимбической системе мозга, вследствие нейродегенерации с формированием вторичной субкортикально-кортикальной дисфункции. У пациентов с БП и депрессией, по сравнению с пациентами без нее и возрастной группой контроля, выявлено снижение метаболизма в хвостатом ядре и нижней орбитальной зоне лобной коры [4]. Депрессия оказывает разнообразное влияние на течение основного заболевания, проявления симптомов и на терапевтическую реакцию, а так же отсутствие удовлетворенности пациента результатами лечения, в то время как объективно врач отмечает положительные сдвиги (в том числе и в ответ на леводопу) [6].

К ограничению социальной и бытовой адаптации приводят нервно–психические проявления, неблагоприятно влияющие на качество жизни больных БП. В связи с этим целесообразно использование антидепрессантов в комплексном лечении БП [8]. Существует множество противотревожных препаратов, позволяющих влиять не только на психические, но и на соматические проявления тревоги - препараты группы трициклических антидепрессантов (ТЦА). Спектр возможных побочных эффектов ТЦА (усугубление когнитивных и психотических нарушений, ортостатическая

гипотензия, нарушение проводимости сердца, замедление моторики желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания) не позволяет рекомендовать препараты этой группы в качестве средств первого выбора у пациентов с БП [7]. Широко применяются препараты, которые обладают противотревожными свойствами и минимумом побочных эффектов, к таким препаратам относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), представителем которых являются препараты группы сертралина. Сертралин ингибирует обратный захват серотонина (5-НТ) в нейронах ЦНС. Он увеличивает содержание серотонина в синапсах, с чем связывают антитревожный, антидепрессивный эффект. Сертралин оказывает действие на обратный захват дофамина (дефицит которого лежит в основе патогенеза БП), норадреналина [9].

Сертралин, в группе СИОЗС, обладает наименьшим спектром взаимодействий с другими лекарствами, что обеспечивает его более высокий уровень безопасности и делает его препаратом выбора в геронтологии. Сравнительные исследования сертралина с ТЦА продемонстрировали его высокую эффективность и относительную безопасность у этой категории больных [2].

Цель – исследование эффективности и безопасности серенаты в комплексной терапии болезни Паркинсона.

Материалы и методы: обследовано 50 пациентов с болезнью Паркинсона и тревожно-депрессивным синдромом. Средний возраст пациентов составил $61,7 \pm 2,3$ года. Стадии заболевания по шкале Хен - Яра колебались от 2 до 3, в выборке преобладали пациенты с ригидно-дрожательной формой заболевания (65% случаев). Дебют заболевания наблюдался в среднем в $53,1 \pm 4,2$ года. Все включенные в исследование пациенты получали препараты леводопы, средняя доза которой составила $578,2 \pm 67,3$ мг/сут. Агонисты дофаминовых рецепторов (перибедил или прамипексол) принимали 52% испытуемых, амантадин - 13%. В исследование были включены пациенты без лекарственных дискинезий.

Клиническое обследование проводилось по схеме: оценка объективного соматического и неврологического статусов, анамнезов жизни и заболевания (учитывали возраст дебюта БП, длительность заболевания). Количественная оценка двигательных нарушений проводилась с помощью Унифицированной рейтинговой шкалы БП (UPDRS, III часть). Эффективность терапии оценивалась по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS). Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 35 испытуемых, получавших для коррекции депрессивных нарушений серенату в течение 2-х месяцев в дозировке 100 мг. в сутки. Группу контроля составили 15 пациентов без серенаты.

Пациенты были сопоставимы по уровню образования, наличию сопутствующей патологии, получали сопоставимое противопаркинсоническое лечение.

Результаты. У всех обследованных выявлялись гипокинезия и ригидность, у 30 пациентов – тремор покоя, у 15 пациентов - постуральный (кинетический) тремор, у 7 пациентов – изменение осанки с преобладанием тонуса в сгибателях, которое привело к специфической «позе просителя», у 19 - нарушение ходьбы.

Вместе с моторными у пациентов выявлялись многочисленные немоторные проявления: утомляемость, различные болевые проявления, страхи, инсомния, запоры. Все эти симптомы сочетались с потерей массы тела, чувством вины по отношению к близким, низкой самооценкой, снижением возможности получать удовольствие от жизни.

Длительность депрессивных проявлений отмечалась стойкостью, не всегда коррелировала со степенью выраженности основных симптомов болезни Паркинсона. Степень выраженности депрессивных проявлений по шкале депрессии Гамильтона обнаружило у пациентов депрессию легкой (26,5%) и умеренной (73,5%) степеней выраженности; выраженной депрессии выявлено не было. По шкале Гамильтона для оценки тревоги практически у всех пациентов отмечалось тревожное состояние.

В процессе лечения серената продемонстрировала анксиолитическое действие в отношении психической и соматической тревоги (таблица 1). Стабилизировался фон настроения. К концу 2-го месяца терапии пациенты указывали на уменьшение тревожно-депрессивных расстройств и связанных с ними соматовегетативных проявлений. Пациенты отмечали также уменьшение болевых ощущений, что, по-видимому, обусловлено норадренэргическим эффектом сертралина. Также отмечалось снижение раздражительности, незначительное улучшение сна.

Таблица 1

Результаты оценки выраженности тревоги и депрессии по HARS и HDRS

Шкала Гамильтона	Группа	До лечения	После лечения
Уровень тревоги (HARS)	серената	21,4±2,2	13,3±2,2*
	контроль	21,6±1,8	21,2±1,4
Уровень депрессии (HDRS)	серената	17,8±2,1	12,4±2,2*
	контроль	17,2±2,1	15,7±2,1

* $p < 0,05$

Выводы. Полученные данные указывают на целесообразность проведения оценки показателей депрессии и тревоги при болезни Паркинсона в комплексе диагностических мероприятий при данной патологии. Коррекция депрессивных нарушений при данной патологии повышает качество жизни

пациентов, позволяет оптимизировать ведение больных с болезнью Паркинсона.

Список литературы:

1. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. – М.: МЕДпресс, 1999.
2. Данилов А.Б. Золофт: возможности клинического применения // РМЖ. – 2007. – № 24. – С.1828-1834.
3. Никишина В.Б., Шутеева Т.В., Запесоцкая И.В., Петраш Е.А. Субъективная оценка боли в структуре немоторных проявлений болезни Паркинсона // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. –2017. –№ 4.– С.67-76.
4. Нодель М.Р. Недвигательные нарушения болезни Паркинсона // Доктор.Ру. Неврология. –2009. –№4.–С. 12-16.
5. Нодель М.Р, Яхно Н.Н. Нервно–психические нарушения при болезни Паркинсона // Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика. –2009. – №2. –С. 3-8.
6. Торган Т.И., Демчук Н.Д. Синдром утомляемости при болезни Паркинсона / Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам II Нац. конгресса.– М., 2011. –С. 326-327.
7. Шутеева Т.В. Применение антидепрессантов в комплексной терапии болезни Паркинсона / Психология здоровья и болезни: клинко-психологический подход: сборник трудов по материалам V Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск. –2015. –С.304-306
8. Шутеева Т.В., Горшунова Н.К. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств при болезни Паркинсона// Успехи геронтологии.– 2017.– Т.30.– № 5. –С.765-769.
9. Шутеева Т.В., Логачева Е.А. Лечение депрессивных проявлений при болезни Паркинсона // Эффективная клиническая практика: проблемы и возможности современного врача. Сборник трудов по материалам международной научно-практической конференции. Курск, 2017.– С.500-507.

**ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ
БУДУЩИХ ЖУРНАЛИСТОВ КАК ФАКТОР ИХ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Швецова В.А.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты исследования направленности личности студентов. Проанализированы разные типы направленности личности как ресурсы, обеспечивающие профессиональное становление журналистов и их профессиональную деятельность в будущем. Типы личностно-профессиональной направленности рассмотрены в качестве фактора психологического здоровья студентов.

Ключевые слова: личностно-профессиональная направленность, профессионально важные качества, психологическое здоровье, личность студентов

**PERSONAL AND PROFESSIONAL ORIENTATION OF FUTURE
JOURNALISTS AS A FACTOR OF THEIR PSYCHOLOGICAL HEALTH**

Shvetsova V.A.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article presents the results of the study of the orientation of the personality of students. Different types of personality orientation as resources providing professional development of journalists and their professional activity in the future are analyzed. Types of personal and professional orientation are considered as a factor of psychological health of students.

Keywords: personal and professional orientation, professionally important qualities, psychological health, personality of students

В условиях социально-экономической нестабильности, политической напряженности, кризиса в сфере общекультурных ценностей, стрессогенной информационной среды, нездорового образа жизни значительной части населения закономерно возникают и проявляются нарушения психического здоровья, особенно у молодежи. Психическое здоровье выступает одним из существенных факторов профессионального и личностного становления студентов в высших профессиональных учебных заведениях. «Психологическое здоровье связано с высшими проявлениями

человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и пр.» [5, с. 331]. Его нарушения проявляются в различных признаках (недостатке чувства идентичности, неадекватной самооценке, дезадаптированности, неспособности к волевой активности и т.п.), но одним из важнейших является наличие у молодых людей искаженной, аморфной системы ценностных ориентаций, определяющей построение жизненного и профессионального пути, процесс профессионального и личностного становления и самореализации.

Профессия журналиста очень сложна и требует проявления высокой активности и энергичности, поэтому человеку необходимо хорошее физическое и психическое здоровье. В качестве важнейших профессионально важных качеств (ПВК) личности выступают коммуникабельность, инициативность, работоспособность [1]. По классификации Е.А. Климова она относится к типу «человек-человек». В типологии Дж. Голланда профессия журналиста соответствует предприимчивому типу личности и наделяется энергичностью, организаторскими способностями, оптимизмом, инициативностью, готовность к риску. Соломин И.Л. считает объектом профессиональной деятельности журналиста художественный образ, относит к типу «Человек–искусство», подчеркивая творческий, а не исполнительский характер труда [3]. Олешко В.Ф., Шестерина А. М. , Ким М. Н. и другие описывают представителя данной профессии как «творческую» личность, обладающую способностями к литературному творчеству, высоким уровнем эстетического развития, умственными способностями и обязательно творческим мышлением [2].

Для изучения личностно-профессиональной направленности будущих журналистов мы обратились к методике Гарбузова В.И. на выявление «доминирующего инстинкта» [4, с.219-221]. Она включает две серии опросника и невербальный субтест. Данная методика позволяет выявить доминирующие осознанные мотивы (ценности), а также неосознанные (установки), побуждающие личность к определенному поведению относительно независимо от конкретной ситуации. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее распространенным типом личности по типологии Гарбузова В.И. является либертофильный. Он присущ 29 % испытуемых, т.е. почти каждому третьему испытуемому. Направленность таких студентов характеризуется такими приоритетными ценностями, как «свобода» и «независимость». Они склонны к самостоятельной работе, непосредственно не контролируемой со стороны руководства. Нетерпимы к любым ограничениям, монотонности, однообразию, предрасположены к перемене мест, реформаторству, преобразованиям.

Остальные типы личности (направленности) встречаются приблизительно с одинаковой частотой и в два раза реже, чем либертофильный: эгофильный присущ 17 % испытуемых, генофильный – 15%,

доминантный – 14% респондентов, дигнилофильный – 11%, альтруистический–10% студентов. Это значит, что значительная часть выборки (67 % испытуемых) имеет такие приоритетные ценности, как «стабильность» и «безопасность», «семья», «дело» и «карьера», «честь» и «достоинство», «служение идеалам», «альтруизм», «гуманистические ценности», «доброта» и «забота о других людях». Реже других распространен «исследовательский тип», для которого доминирующими ценностями являются «творчество», «поиск нового», «прогресс». Он присущ 5% испытуемых. Такие студенты склонны к исследовательской работе и творчеству.

В результате сопоставления объектов профессиональной деятельности журналиста, его профессионально важных качеств и типов направленности личности, мы пришли к выводу, что максимальной реализации деятельности журналиста способствует мотивационная основа, ориентируемая такими ценностями, как «альтруизм», «гуманистические ценности», «доброта» и «забота о людях», «свобода», «независимость», «дело» и «творчество», «поиск», «прогресс». Преобладание в направленности личности таких ценностей, как «свобода», «независимость» и «дело» соответствует требованиям профессии журналиста, характеризуемой в рамках предприимчивого типа, связанной с готовностью к риску, инициативностью, энергичностью, постоянным передвижением, выражением собственного мнения, приоритетом деловых интересов, наличием организаторских способностей и стремлением к лидерству.

Преобладание в направленности личности таких ценностей, как «альтруизм», «гуманистические ценности», «доброта» и «забота о людях», соответствует характеристике профессии журналиста по объекту деятельности, как профессии типа «человек-человек», требующей развитых коммуникативных качеств и способностей. Преобладание в направленности таких ценностных ориентиров, как «творчество», «поиск», «прогресс» соответствует трактовке профессии журналиста, как творческой деятельности, относящейся к типу «Человек-искусство», для реализации которой необходимы такие качества, как творческая направленность, развитые творческие способности и воображение.

Таким образом, можно сделать вывод, что реализацию деятельности журналиста в полной мере обеспечивают либертофильный, доминантный, альтруистический и исследовательский типы направленности личности. Суммарно они присущи 58% студентов, т.е. половине репрезентативной выборки. Причем с значительным перевесом преобладает либертофильный тип, характеризующийся стремлением к «свободе» и «независимости». Данные типы личности выступают фактором психологического здоровья будущих журналистов и в наибольшей степени способствуют его сохранению

благодаря гармонизации индивидуальных ценностей, смыслов и интересов с требованиями учебно-профессиональной среды и деятельности.

42 % студентов находятся в зоне риска нарушения психологического здоровья, так как в той или иной степени испытывают напряжение, вызванное конфликтом между индивидуальными ценностными предпочтениями и требованиями выбранной будущей профессии. Дисгармония может проявляться в непонимании и в неприятии определенных видов профессиональной деятельности, смысла учебно-профессиональных задач, отсутствии необходимой мотивации и волевой мобилизации на их выполнение, наличии сомнения в своих способностях, сомнения в целесообразности тех или иных образовательных дисциплин, учебно-профессиональных видов деятельности, неосознанного сопротивления к взаимодействию в учебных ситуациях, и как следствие, проявления недовольства, раздражительности, агрессивности, длительного стресса.

Таким образом, около половины студентов- журналистов нуждаются в психологическом сопровождении с целью профилактики нарушения психологического здоровья путем гармонизации их ценностно-смысловой сферы личности, профессиональных интересов с требованиями учебно-профессиональной среды вуза.

Список литературы

1. Нарциссова С.Ю. Психология и социология журналистики. –М.: Академия МНЭПУ, 2017. – 168 с.
2. Олешко В.Ф. Психология журналистики. Учебное пособие.– СПб.: Изд-во Михайлова В. А., 2006. – С.32-42.
3. Соломин И.Л. Экспресс-диагностика персонала.– СПб.: Изд-во Речь, 2008. – 280 с.
4. Столяренко Л. Д. Психология делового общения и управления. Учебник / Л. Д. Столяренко. –Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 416 с.
5. Тутушкина М.К., Соловьева Е.А., Годлиник О.Б. Современная практическая психология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/Под ред. М.К. Тутушкиной.–М.: Издательский центр «Академия», 2005. –432 с.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ФОРМИРОВАНИЯ У НИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ

Швецова В.А., Лихачева А.В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме формирования профессионально важных качеств будущих психологов. В ней рассмотрены типы характера, которые являются наиболее значимыми для профессионального становления обучающихся.

Ключевые слова: акцентуация характера, профессионально важные качества психолога, личность студента

CHARACTEROLOGICAL FEATURES OF PSYCHOLOGY STUDENTS AS A PREREQUISITE FOR THE FORMATION OF THEIR PROFESSIONALLY IMPORTANT

Shvetsova V.A., Likhacheva A.V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. This article is devoted to the problem of formation of professionally important qualities of future psychologists. It considers the types of character that are most important for the professional developme.

Keywords: accentuation of character, professionally important qualities of a psychologist, personality of a student

На современном этапе развития общества становится актуальной проблема формирования профессионально важных качеств будущих специалистов. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, в ходе научно-технического прогресса появляется все большее количество новых профессий, о которых необходимо просвещать население и которым следует обучать. Во-вторых, наиболее эффективным специалистом может стать только та личность, внутренние черты которой соответствуют выбранной должности. Именно эти факторы побудили нас изучить особенности характера студентов-психологов с целью определить их динамику в процессе формирования профессионально важных качеств в соответствии их выбранной сфере деятельности.

Под характером (от греч. *charakter* — отпечаток; черта, признак, особенность) понимается индивидуальное сочетание устойчивых психических особенностей человека, обуславливающих типичный для данного субъекта способ поведения в определенных жизненных условиях и обстоятельствах [3]. Акцентуация характера — это крайний вариант нормы как результат усиления отдельных черт. Акцентуация характера при весьма неблагоприятных обстоятельствах может привести к патологическим нарушениям и изменениям

поведения личности, к психопатии, но отождествлять ее с патологией неправомерно [2; 4].

Характер выступает подструктурой профессионально важных качеств (ПВК) и одной из основ их формирования. Профессию психолога по критерию объекта деятельности (классификация Е.А. Климова) традиционно относят к типу «человек-человек». В структуре наиболее значимых ПВК, необходимых для эффективной работы психолога с клиентом и коллективом людей, выделяют такие, как высокая общая культура, внимание и интерес к другим людям, развитые коммуникативные навыки и способности, общительность, эмпатия, психическая устойчивость, уравновешенность, неконфликтность, склонность к самоанализу и рефлексии, хороший уровень речевого развития, умение работать с коллективом, организаторские способности и др.

Опираясь на типологию акцентуаций характера К. Леонгарда, содержательное описание составляющих ее типов, можно выделить те из них, которые в наибольшей степени способствуют проявлению профессионально важных качеств и их формированию. Повышенной коммуникабельностью обладают следующие типы: гипертимный (очень общительный, энергичный, инициативный, оптимистичный), демонстративный (легкость в установлении контактов, потребность в признании, жажда похвалы, внимания к своей персоне), экзальтированный (высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость, яркость и искренность чувств), циклотимный (периодами повышенная говорливость, активность, общительность). Выраженная эмпатия, гуманность, склонность к сопереживанию присуща эмотивному и экзальтированному типам. Психическая устойчивость, уравновешенность, неконфликтность предполагает отсутствие у психологов выраженных акцентуаций характера и возбудимого типа личности, которому присущи склонность к грубости, жестокости, агрессивности, конфликтности. Умение работать с коллективом, организаторские способности свойственны гипертимному и демонстративному типам (сочетание стремления к лидерству и коммуникабельности). Склонность к самоанализу и рефлексии присуща тревожно-мнительному типу.

Исследование проводилось на базе Белгородского государственного национального исследовательского университета (НИУ «БелГУ»). В нем приняли участие 38 студентов-психологов — девушек и юношей в возрасте от 17 до 24 лет. Для выявления типа характера испытуемых нами была использована методика определения акцентуаций характера К. Леонгарда, первая русскоязычная адаптация которой была выполнена В. М. Блейхером в 1973 году. В результате подсчета данных, полученных испытуемыми по каждой шкале, можно выявить три уровня выраженности акцентуации: до 15 баллов — отсутствие акцентуации; 15-19 баллов — тенденция к акцентуации; более 19 баллов — ярко выраженная акцентуация [1].

На первом этапе проведенного исследования у испытуемых были выявлены характерологические типы и проанализированы обобщенные

показатели (по средним значениям параметров) профиля личности у обучающихся на первом и третьем курсах факультета психологии. Анализ результатов по группе студентов-психологов, обучающихся на первом курсе позволяет сделать вывод о том, что им не свойственны ярко выраженные акцентуации. Это свидетельствует об отсутствии у студентов выраженной дезадаптации, конфликтности, психотических проявлений.

На уровне тенденции к акцентуации выражены следующие шкалы: экзальтированности (18,9 баллов — самый высокий показатель), дистимности (16,8 баллов), эмотивности (16,4 баллов), циклотимности (15,9 баллов) и демонстративности (15 баллов). Указанные черты говорят о склонности первокурсников к многословию, паникерству, чрезмерной впечатлительности. Также для них характерны некоторая пассивность, позерство, могут наблюдаться нечестность и частые смены настроения.

На уровне умеренно выраженных черт представлены параметры застревания (14,7 баллов), гипертимии (13,8), тревожности (12,4 балла) и педантичности (11,8 баллов), что определяет гармоничное проявление требовательности и стремления к совершенствованию, умение доводить начатое дело до конца, честолюбие, стремление к справедливости, а также некоторую уязвимость и осторожность (застревающий тип); общительности, активности, оптимизма и жизнерадостности, инициативности и предприимчивости (гипертимный); внимательность, склонность к самоанализу, самокритичность, исполнительность (тревожный); склонность к порядку, аккуратности и пунктуальности, ровное серьезное настроение (педантичный). В целом умеренно выраженные черты свидетельствуют о нормальной адаптации личности, гармоничной включенности в учебно-профессиональную деятельность. Наконец было выявлено, что студентам-психологам первого курса не свойственны черты неуравновешенности (10,7 баллов) — это характеризует обучающихся как не склонных к раздражимости, грубости, конфликтности.

Таким образом, можно отметить, что у студентов первого курса выявлено заострение, т.е. излишнее, неумелое проявление таких профессионально важных качеств, как эмпатии, склонности к сопереживанию (проявляются в виде чрезмерной впечатлительности и слезливости), коммуникативности, организаторских умений (проявляются в многословии, излишнем стремлении к лидерству и доминированию, демонстративности). Выявлено гармоничное проявление таких профессионально важных качеств, как общая энергичность, общительность, оптимизм, склонность к самоанализу, самокритичность, справедливость, ровное настроение, не склонность к раздражимости, грубости, выраженной конфликтности. Важно отметить отсутствие выраженной акцентуации, проявляющейся в явлениях дезадаптации, яркой и частой конфликтности.

Профиль характерологических черт личности студентов третьего курса в целом аналогичен студентам первого курса. Им также не свойственны ярко выраженные акцентуации. На уровне тенденции к акцентуации выявлены в целом те же параметры: экзальтированность (16,5 баллов), демонстративность (15,5 баллов), циклотимность (15,3 баллов), эмотивность (14,8 баллов). На уровне умеренно выраженных черт представлены в целом также как и у первокурсников параметры застревания (13,8 баллов) и гипертимности (13,4 баллов). Также как и студентам первого курса третьекурсникам не свойственны черты неуравновешенности (11,4 баллов).

Однако результаты исследования показали количественно-качественные отличия по трем шкалам: дистимность (12,7 баллов) была на уровне тенденции к акцентуации, понизилась до умеренного; тревожность (11,6 баллов) и педантичность (9,7 баллов) имели умеренную степень выраженности, понизилась до несвойственной черты. Обратим внимание, что проявление профессионально важного качества эмотивности стало более адекватным в виде умеренного сочувствия и сопереживания. В целом все шкалы, имеющие тенденцию к акцентуации у первокурсников имеют склонность к понижению к третьему курсу. Достоверные различия были выявлены в ходе математико-статистического анализа с применением параметрического метода t-критерия Стьюдента для двух независимых выборок. В результате было установлено то, что студенты разных курсов различаются друг от друга по шкале дистимности ($t_{эмп}=0,954$) на достоверном уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$).

Итак, подводя итоги проведенного исследования, мы можем сделать вывод о том, что большинство студентов-психологов не имеют ярко выраженной акцентуации характера, проявляющейся в явлениях дезадаптации, высокой конфликтности, отклоняющемся поведении. В тоже время им присуще заострение многих профессионально важных качеств, т.е. излишнее, неумелое или недостаточно адекватное их проявление: недостаток мастерства в коммуникативности и организаторских умениях проявляется в многословии, излишнем стремлении к лидерству и доминированию, чрезмерной демонстративности. Склонность к чрезмерной эмпатии, проявляющаяся в излишней впечатлительности и слезливости у многих студентов несколько гармонируется к третьему курсу и приобретает адекватные формы выражения как умеренное сопереживание другим людям и адекватное соучастие. Студентам-психологам присуще гармоничное проявление таких профессионально важных качеств, как энергичность, общительность, оптимизм, склонность к самоанализу, самокритичность, справедливость, им не свойственны раздражимость, грубость, злобность, агрессивность.

Для многих студентов-психологов характерна значительная динамика в снижении дистимичных черт: пессимистических установок, пониженного настроения, малой контактности, пассивности, тревожности. Наблюдаемая

положительная динамика может объясняться влиянием специфики обучения в вузе на факультете психологии, где со студентами проводится большое количество обучающих тренингов, мастер-классов и других образовательных мероприятий, направленных на развитие личности. Однако наличие недостаточно сформированной коммуникативности, лежащей в основе умения быстро и легко устанавливать межличностные контакты, навыков субъект-субъектного общения, умения строить межличностные и групповые отношения, эффективно работать с коллективом и конструктивно разрешать конфликты, указывает на актуальность и необходимость активизировать организацию образовательного процесса в направлении коррекции акцентуированных свойств личности студентов, стимулирования процессов саморазвития и самовоспитания для обеспечения формирования важнейшего профессионально значимого качества психолога.

Список литературы

1. Кортнева, Ю. В. Диагностика актуальной проблемы / Ю. В. Кортнева. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 240 с.
2. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – СПб.: Речь, 2009. – 256 с.
3. Мещеряков, Б. Г. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – Изд. 4-е, расш. – М.: АСТ, 2008. – 344 с.
4. Руднев В. П. Характеры и расстройства личности. Патография и метапсихология. — М.: Независимая фирма «Класс», 2002. — 272 с.

УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ КАК КРИТЕРИЙ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Швецова В.А., Холод К. Е.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье рассматривается проблема формирования ответственности у студентов-психологов и сохранения их психологического здоровья. Выявлены у студентов-психологов уровни ответственности и локус контроля

Ключевые слова: ответственность, локус-контроля, психологическое здоровье, личность студентов

LEVEL OF DEVELOPMENT OF RESPONSIBILITY OF STUDENTS- PSYCHOLOGISTS AS A CRITERION OF THEIR PSYCHOLOGICAL HEALTH

Shvetsova V.A., Kholod K.E.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Annotation. The article deals with the problem of responsibility formation among psychology students and preservation of their psychological health. Levels of responsibility and locus of control were revealed in psychology students.

Keywords: responsibility, locus-control, psychological health, personality of students

В современном обществе к человеку и специалисту, готовому выполнять свои профессиональные обязанности, предъявляются высокие требования, и непрерывно они усиливаются в отношении таких качеств, как ответственность и самостоятельность. Существуют различные виды ответственности. Например, выделяют политическую, юридическую, моральную, профессиональную, социальную и др. Социальная ответственность рассматривается как склонность личности придерживаться в своем поведении общепринятых в обществе социальных норм, исполнять ролевые обязанности и ее готовность дать отчет за свои действия.

В психологическом словаре ответственность понимается как осуществляемый в разных формах контроль над деятельностью субъекта с точки зрения выполнения им принятых норм и правил. Различают внешние формы контроля, обеспечивающие возложение на субъект ответственности за результаты его деятельности (подотчетность, наказуемость и т.п.) и внутренние формы саморегуляции его деятельности (чувство ответственности, чувство долга). Ответственность является одной из важных характеристик личности. Без преувеличения можно сказать, что она оказывает влияние на все сферы жизни человека. Ответственность оказывает регулирующее влияние на поведение человека [1; 4].

В достижении своих целей и при самореализации каждый человек по-своему воспринимает сложившиеся обстоятельства. Такую особенность американский психолог Д. Роттер назвал локус-контролем. Это качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный локус-контроля) или собственным способностям и усилиям (интернальный локус-контроля). Многочисленные исследования локуса-контроля показали, что люди с внутренней направленностью обладают большей уверенностью в себе, активностью, стойкостью, развитой ответственностью [2]. Они

уравновешенные, последовательны и достигают в жизни больших высот и качественно лучших результатов. Люди же, обладающие внешним локусом-контроля, наоборот, менее стрессоустойчивы, неуверенные в себе, робкие, стремятся отложить свою самореализацию, избегают ответственности, тревожные и агрессивные.

В работах В.А. Горбачевой (1985), К. Муздыбаева (1983), А.Л. Слободского (1976) исследуется проблема формирования ответственности в конкретной деятельности, причем деятельности ведущей на данном этапе развития личности [3]. Уже на этапе обучения в вузе каждый студент должен в полной мере осознавать свои обязанности и стремиться соответствовать предъявляемым к нему учебно-профессиональным требованиям. За время учебы в институте студенты обретают свою профессиональную компетентность. Каждый из них действует исходя из личностных побуждений, устремлений, при этом в проявлении личностной активности на высшем уровне ответственность играет первостепенную роль. В чем заключается ответственность студента-психолога сегодня? Студент-психолог должен быть готов к своей учебно- профессиональной деятельности, он обязан четко осознавать важность и ценность своей компетенции; уметь адекватно реагировать на возникающие проблемы и вопросы; своевременно реагировать, принимая ответственные и самостоятельные решения с полным осознанием всех вытекающих последствий. Сегодня работодатели предъявляют высокие требования к студентам-выпускникам психологических факультетов не только со стороны ключевых компетенций, но и к их личностным характеристикам, которые обязательно включают такие качества, как: активная жизненная позиция, самостоятельность, ответственность, уверенность в себе, направленность на результат и другие.

Профессия психолога подразумевает психологически здоровую, зрелую личность с высокой степенью ответственности как личностной, так и профессиональной, гражданской, социальной. Поэтому важно рассматривать ответственность будущих психологов в контексте психологического здоровья личности. Психологическое здоровье соотносится с высшим уровнем психического здоровья человека и характеризует его психологическое благополучие, т.е. достаточную сформированность высших компонентов психики: самосознания, самооценки, морально-нравственных качеств, просоциальной системы ценностных ориентаций, нравственных чувств, волевой сферы. Таким образом, ответственность как комплексное морально-волевое личностное свойство, является составной частью психологического здоровья и во многом определяет его состояние. Для успешного профессионального становления будущему специалисту очень важно в процессе обучения сохранять психическое и психологическое здоровье, которое поможет ему преодолевать трудности, стрессовые состояния, адаптироваться к изменяющимся условиям.

В целях экспериментального исследования уровня ответственности у студентов-психологов мы использовали тест «Ответственный ли вы человек» А. Махнача и «Шкалу локуса-контроля Дж. Роттера». В исследовании принимали участие 48 студентов психологического факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета. Из них 42 студента - девушки и 6 студентов - юноши, в возрасте от 18 до 25 лет.

Анализ результатов по шкале уровня ответственности А. Махнача в целом показал, что 18,75% студентов имеют низкий уровень (среднее значение –13), 56,25% имеют средний уровень (среднее значение –17,55) и 25% студентов-психологов имеют высокий уровень ответственности (среднее арифметическое значение – 21,5).

Высокий уровень ответственности у студентов-психологов выражается в студенческой среде в виде активного участия в учебной деятельности и общественной жизни университета. Он предполагает проявление таких качеств, как самоанализ, самостоятельность, проявление настойчивости, умение нести ответственность за последствия своих поступков, за организацию работы всей студенческой группы. В психологических исследованиях трактовка интернального локуса-контроля соотносится с более здоровой и зрелой личностью в целом. Наблюдения за студентами в процессе работы показывают, что такие студенты сразу выделяются среди участников всей группы. Они активно и свободно выражают собственные умозаключения, склонны к сотрудничеству, показывают свою готовность к взаимовыручке. У них четко прослеживается осознание необходимости исполнять общественный долг, интериоризируясь, он становится для них внутренней потребностью.

Исходя из полученных результатов можно выразить мнение, что со стороны студентов-психологов реализуется недостаточное проявление ответственности. На наш взгляд это может быть связано с возрастом студентов-психологов. В этом возрасте характерной особенностью является высокая эмоциональность, недостаточная самоидентификация с будущей выбранной профессией. Еще нет достаточного осознания всех требований к компетенциям будущих профессионалов. Так же на уровень ответственности в группах может оказывать влияние внутренняя атмосфера среди участников студенческой группы, ее сплоченность, ценностные ориентиры, взаимопонимание и безоценочное принятие субъектов. Нет четкого представления и глубоких знаний о собственном здоровьесбережении.

В результате экспериментального исследования локуса-контроля студентов-психологов по шкале Дж. Роттера было выявлено: 70,83% испытуемых имеют интернальный локус-контроля (среднее арифметическое значение – 13) и 29,17% экстернальный (среднее арифметическое значение – 9,85). Это означает, что приблизительно две третьих студентов возлагают ответственность за то, что происходит в их жизни, себе, своим навыкам и

умениям и около одной третьей части студентов ответственность за все происходящее в их жизни приписывают внешним обстоятельствам.

В целом данные эмпирического исследования по локусу-контроля и уровню ответственности у студентов-психологов соответствуют соотносятся между собой. По результатам шкалы Дж. Роттера подавляющее число студентов-психологов относятся к интерналам, которые склонны возлагать ответственность за последствия своих поступков на себя. Данные теста А. Махнача показывают, что подавляющему большинству испытуемых присущ развитый уровень ответственности. Однако больше половины имеют не высокий, а средний уровень ответственности. Выявленный факт можно предположительно объяснить влиянием фактора социально-одобряемой желательности качества интернальности, смысл которого студенты-психологи знают, и могли неосознанно частично приписать себе. При этом возникает необходимость более пристального, глубокого и детального изучения уровня и структурных особенностей ответственности студентов-психологов как показателя их психологического здоровья.

Список литературы

1. Дементий Л.И. Ответственность: типология и личностные основания: монография. – Омск: Издательство Омского государственного университета, 2001. – 192 с.
2. Левкова Т.В. Взаимосвязь уверенности в себе и локуса контроля личности у студентов вуза // Вестник ДВГСГА. Серия 1. Гуманитарные науки. – 2009. – №1(2).
3. Муздыбаев К. Психология ответственности. – М.: Книжный дом «Либроком», 2010. – 240 с.
4. Прядеин В.П. Ответственность как системное качество личности: Учебное пособие. – Екатеринбург, 2001. – 209 с.

СКЛОННОСТЬ К ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ У СОТРУДНИКОВ МЧС

Шинкаренко И. А., Швецова В.А.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. В статье представлены результаты психодиагностического исследования уровня выгорания у сотрудников МЧС. Также приводится описательная характеристика коррекционной программы, направленной на повышение навыков саморегуляции и коррекцию эмоционального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, саморегуляция, сотрудники МЧС, стресс, адаптация, дезадаптация

PROPENSITY TO EMOTIONAL BURNOUT OF EMERGENCY WORKERS

Shinkarenko I.A., Shvetsova V.A.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article presents the results of psychodiagnostic study of the level of burnout in emergency workers. The author also provides a descriptive description of the correctional program aimed at improving self-regulation skills and correction of emotional burnout.

Key words: emotional burnout, self-regulation, emergency workers, stress, adaptation, disadaptation

Ежегодно в мире, в том числе и в России, происходит большое число аварий, катастроф и стихийных бедствий, которые впоследствии приводят к многочисленным жертвам людей и значительному материальному ущербу. В нестабильных условиях современного мира любая катастрофа, любое происшествие влечет за собой целый комплекс сложнейших проблем различного характера: экологические, техногенные, социальные, экономические и др.. Их устранение не ограничивается только преодолением последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС). Важнейшим пунктом дальнейшей работы является оказание медицинской и психологической помощи пострадавшим и их родным в составе комплекса мер по длительной реабилитации [4]. Рост количества ЧС техногенного и природного характера привел к созданию во всех регионах Российской Федерации поисково-спасательных служб и подразделений, к необходимости усиливать медицинскую помощь и создавать специализированные центры оказания психологической помощи [6].

Проведение спасательных работ неизменно осуществляется в сложных морально-психологических условиях, таких как: дефицит информации об обстановке у специалистов, возникновение паники, неполная осведомленность населения, распространение слухов и т.д. Именно поэтому одной из основных задач является обеспечение постоянного мониторинга состояния физического и психического здоровья не только свидетелей и пострадавших, но и сотрудников Российской единой системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС), а также оказание своевременной всесторонней медицинской и психологической помощи.

Стоит отметить, что постоянная работа в ЧС не может не сказываться на психическом состоянии сотрудников, ведь, как правило, всякая ЧС связана с опасностью для жизни и здоровья человека. Это закономерно вызывает чувство страха, растерянности, зачастую определяет неадекватное поведение не только в повседневной жизни, но и в условиях работы в ЧС, что в свою очередь может повлечь за собой повышения риска для жизни и здоровья людей [3]. Учитывая тот факт, что сотрудникам РСЧС приходится работать в стрессогенных условиях ЧС, риска получения психологической травмы, угроза ускоренного эмоционального выгорания сильно возрастает. Поэтому нельзя не учитывать важность своевременной психодиагностики, профилактики и оказания эквивалентной психологической помощи лицам, побывавшим в условиях ЧС.

В настоящее время широкое распространение в исследовательских работах, научных статьях, монографиях и даже в средствах массовой информации получила проблема профессионального выгорания работников различных сфер деятельности. Впервые понятие «эмоциональное выгорание» было введено в психологическую науку в 1974 году американским психиатром Гербертом Фрейденбергером. Он под этим термином подразумевал синдром, проявляющийся в состоянии физического, психического и эмоционального истощения, которое обусловлено продолжительной включенностью в значимые эмоционально напряженные ситуации, связанные с угрозой жизни и здоровью [5]. Данный феномен представляет собой острое кризисное состояние, свойственное лицам, которые постоянно сталкиваются с отрицательными переживаниями других людей, в какой-то степени оказывающимся лично вовлеченными в эти переживания и подвергающиеся вторичной травматизации.

Относительно профессии эмоциональное выгорание представляет собой специфический вид хронического состояния лиц, работающих с людьми [1]. Необходимо отметить тот факт, что в первую очередь данная проблема затрагивает именно специалистов профиля «человек-человек», специфика работы которых заключена в постоянной коммуникации и взаимодействии с другими людьми (как положительно, так и отрицательно окрашенном). Важно подчеркнуть, что эмоциональное выгорание влияет на все сферы жизнедеятельности человека, подрывая соматическое и психическое здоровье, снижая мотивацию профессиональной деятельности и уровень коммуникабельности [2].

Отечественные и зарубежные исследования показывают, что эмоциональное выгорание формируется на основе стрессов, возникающих в профессиональной сфере. Так, В.Н. Сочнев и И.В. Сочнева подчеркивают, что продолжительные нервно-психические нагрузки способны спровоцировать нарушения психофизического, психологического и лично-профессионального плана. Следовательно, каждый спасатель должен обладать

высоко развитыми навыками психологической саморегуляции, чтобы избежать эмоционального выгорания.

Наше исследование проводилось на базе пожарной части г. Белгорода. Выборка испытуемых состояла из 80 респондентов: 80 мужчин в возрасте от 23 до 41 года. Для изучения уровня эмоционального выгорания применялась методика «Диагностика эмоционального выгорания личности» (В.В. Бойко). Полученные результаты представлены в таблице (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика эмоционального выгорания сотрудников МЧС

Фазы эмоционального выгорания	Уровни эмоционального выгорания		
	Высокий	Средний	Низкий
Напряжение	22,1%	24,6%	53,3%
Резистенция	18,7%	11%	70,3%
Истощение	4%	6,3%	89,7%

Итак, мы можем отметить, что по фазе «Напряжение» 22,1% испытуемых набрали высокий балл, что говорит о наличии у данной категории лиц сформированности первой фазы стресса, которое проявляется в ощущении «загнанности в клетку», неудовлетворенности собой, своей работой и собственными достижениями, в состоянии тревоги, безвыходности вплоть до ощущения тоски. Средний балл набрали 24,6% опрошенных, что говорит о наличии у данной категории респондентов тревоги и чувства неудовлетворенности собой. 53,3% получили низкий балл, что свидетельствует об отсутствии у них стрессового состояния. При этом важно отметить, что максимальный показатель среднего арифметического значения ($Max=13$) был набран по такой составляющей стадии напряжения, как неудовлетворенность собой, что говорит о возникновении внутриличностного напряжения, выражающегося в переживании разочарования в себе и в своей профессии.

По фазе «Резистенция», высокий балл набрали 18,7% испытуемых что говорит о сформированности у них второй фазы стресса, которую характеризует наличие неадекватного ситуации эмоционального реагирования, снижения эмоционального диапазона, редукации профессиональной деятельности. 11% испытуемых набрали средний балл, означающий то, что данная фаза уже находится на стадии формирования. 70,3% набрали низкий балл, характеризующий отсутствие вышеперечисленных признаков. Важно подчеркнуть, что наиболее высокий показатель среднего значения был набран по критериям «Неадекватное эмоциональное реагирование» ($Max=14$) и «Редукция профессиональных обязанностей» ($Max=16$). Это говорит о сниженной способности данной категории лиц к различению степени адекватности проявления собственных эмоций и склонности к их чрезмерному эмоциональному реагированию, а также о наличии в профессиональной деятельности попыток ее облегчить,

сократить обязанности, требующие интенсивных эмоциональных затрат, в сниженном внимании и в недостаточной включенности в происходящее.

По фазе «Истощение» высокий балл набрали 4% испытуемых. Данная фаза является третьей и наиболее тяжелой, так как свидетельствует о наличии сильного продолжительного стресса, что естественным образом, крайне негативно сказывается на психическом и физическом здоровье человека. Для данной фазы характерно падение общего энергетического тонуса, ослабление нервной системы и сниженное эмоциональное реагирование на происходящее. Также в данной фазе проявляются ощущение отстраненности, деперсонализация и эмоциональный дефицит. У 6,3 % испытуемых данная фаза находится на стадии формирования, что означает необходимость для них психотерапевтической и в дальнейшем профилактической работы. 89,7% сотрудников показали низкий уровень, т.е. отсутствие признаков психического истощения.

Отметим, что наиболее выраженным признаком проявления психического истощения в выборке является «Эмоциональная отстраненность», проявляющаяся в практически тотальном исключении эмоций из профессиональной сферы, отсутствии положительного или отрицательного эмоционального отклика, тогда как в других сферах жизни эмоции проявляются в полной мере без каких-либо ограничений.

Итак, можно сделать вывод о том, что в большинстве своем сотрудники МЧС, побывавшие в ЧС, подвержены эмоциональному выгоранию. Группу риска составляют все респонденты и нуждаются в психопрофилактической работе. В группу, нуждающуюся в психотерапевтической помощи, необходимо включить 28,7% опрошенных, у которых была выявлена фаза резистенции, и 10,3% сотрудников, характеризующихся средним и высоким уровнем психического истощения.

В целях диагностики уровня нервно-психической устойчивости сотрудников МЧС была проведена методика «Прогноз-2» В.Ю. Рыбникова. В соответствии с полученными результатами отмечается, что у 17% испытуемых выявлен низкий уровень нервно-психической устойчивости, что говорит о высокой вероятности нервно-психических срывов и повышенной подверженности травматизации. У 29% был обнаружен средний, а у 54% испытуемых выявлен высокий уровень нервно-психической устойчивости. Таким образом, и подавляющему большинству (83 %) работников МЧС присущи признаки выраженной нервно-психической устойчивости, что обеспечивается профессиональным отбором. В целях проверки достоверности сделанных выводов методика «Прогноз-2» В.Ю. Рыбникова была проведена на испытуемых, не являющихся сотрудниками МЧС. Сравнение полученных данных в двух выборках при помощи критерия t-Стьюдента показало, что они имеют значимые статистические различия ($t=3,78$; $p<0,05$).

Подытожив проведенную работу по исследованию склонности к эмоциональному выгоранию сотрудников МЧС, мы разработали ряд предложений и рекомендаций, направленных на профилактику и психотерапию эмоционального выгорания, а также по работе со стрессовыми состояниями. В программу психопрофилактической и терапевтической работы с нервно-психическим напряжением и резистенцией предлагается включить упражнения на снятие психоэмоционального напряжения, психологическую разгрузку, снижение негативного эмоционального фона, работу по развитию навыков позитивного самоотношения, а главное – упражнения на развитие навыков саморегуляции. В дальнейшем это будет способствовать повышению уровня нервно-психической устойчивости к стрессогенным факторам, а соответственно, снижению уровня эмоционального выгорания сотрудников МЧС. К таким упражнениям стоит отнести «Пять моих главных стрессоров», «Мои эмоции и поступки», «Кто я?», «Выйди из круга» и т.д. В психотерапевтической программе работы с истощением следует акцентировать внимание на формирование механизмов совладающего поведения, снятие психоэмоционального напряжения посредством психодраматических упражнений и арт-терапии.

Список литературы

1. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 2003. – 474 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
3. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Профилактика психологической дезадаптации сотрудников ОВД / Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2012. – №1. – С.66-70.
4. Котова Е.В. Профилактика синдрома эмоционального. – Красноярск, 2013. – 76 с.
5. Фрейденбергер Г. Выгорание: высокая цена высоких достижений. – М., 1974. – 272 с.
6. Шевченко А.В. Ликвидация последствий ЧС, предотвращение угроз радиационного, химического и биологического характера и подготовка и аттестация кадров в этой области / Технологии гражданской безопасности. – 2017. - №1. – С.44-49.

ПРЕОДОЛЕНИЕ САМОСТИГМАТИЗИРУЮЩЕГО ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫМИ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шкуркова А. С., Богусhevская Ю.В.

Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия

Аннотация. Распространенность соматизированных расстройств в первичной медицинской практике значительно возрастает. У таких больных наблюдаются настойчивые требования медицинских обследований, которые не подтверждают органической основы заболевания. В связи с этим возрастает необходимость изучения психологических особенностей стигматизации, формирующих «избегающее врача-психиатра» поведение и препятствующих обращению за квалифицированной помощью. Одним из направлений преодоления самостигматизирующего отношения больными с психическими расстройствами невротического спектра может стать выработка адекватного отношения к статусу психически больного в обществе. Разработка психообразовательной и психокоррекционной программ позволит больным сформировать грамотные представления о своем заболевании, осознать необходимость обращения за специализированной психиатрической помощью, преодолеть избегающее отношение к врачу-психиатру и осуществить профилактику явлений стигматизации.

Ключевые слова: соматизированные расстройства, самостигматизация, «избегающее врача-психиатра» поведение, дестигматизация.

OVERCOMING SELF-STIGMATIC RELATIONSHIP WITH PATIENTS WITH SOMATIZED DISORDERS

Shkurkova A.S., Bogushevskaya Yu.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Abstract. The prevalence of somatized disorders in primary medical practice is increasing significantly. In such patients, persistent medical examinations are observed that do not confirm the organic basis of the disease. In this regard, there is an increasing need to study the psychological characteristics of stigmatization, which form “avoiding a psychiatrist” behavior and prevent the application of qualified help. One of the ways to overcome the self-stigmatizing attitude of patients with mental disorders of the neurotic spectrum may be to develop an adequate attitude to the status of the mentally ill in society. The development of psycho-educational and psycho-correctional programs will allow patients to form competent

ideas about their disease, realize the need to seek specialized psychiatric help, overcome the avoidant attitude to a psychiatrist and prevent the effects of stigma.

Key words: somatized disorders, self-stigmatization, «avoiding psychiatrist» behavior, destigmatization.

МКБ-10 относит соматизированные расстройства к числу соматоформных (F45). Эти расстройства проявляются многочисленными, часто видоизменяющимися физическими симптомами, сопровождающими больного на протяжении 2 лет и более [1].

Распространенность соматизированных расстройств в первичной медицинской практике значительно возрастает. Часто меняющиеся жалобы соматических больных затрудняют правильную своевременную диагностику у таких пациентов, а также являются основанием для многократного посещения врачей-интернистов, что способствует хронизации соматизированных расстройств, формированию необратимых изменений личности.

Анализируя процесс стигматизации нельзя не коснуться теории, затрагивающей мотивацию стигматизирующего – «унитарной теории стигматизации» (Haghighat, 2001). Автор в рамках данной теории использует термин «личной выгоды» – как базисной структуры, лежащей в основе явления стигмы: подразумевается, что человек, в угоду себе, делает все, чтобы избежать напряженности, связанной со стигматизируемыми лицами, которые могут посягать на устоявшиеся общественные нормы и ценности. Стигматизацию он описывает как эволюционный механизм выживания и указывает, что процесс дестигматизации начнется после того, как люди перестанут беспокоиться о своей «личной выгоде» [7].

С точки зрения Кабанова М.М. (2001), процесс стигматизации заключается в наделении лица, обладающего психиатрическим диагнозом, девианта в глазах общества, типичными чертами, присущими душевнобольным, с последующим его дискредитированием широкой общественностью. Описываемый процесс длителен во времени и протекает постепенно, затрагивая различные аспекты психологического и социального функционирования человека. Он утверждает, что ценность психического здоровья образует у индивида преждевременную «готовность» отнесения себя как к категории «душевнобольных», так и к категории «здоровых», то есть, заболевая, он может причислить себя к последней категории без прохождения описанного выше процесса. Измененная идентификация в таком случае будет являться потребностью пациента. По мнению автора, у властных личностей данная потребность выше, чем у лиц, склонных к подчинению, что подтверждает мысль о том, что рассмотрение феномена самостигматизации требует учета индивидуальных характеристик пациентов с психиатрическим диагнозом [3].

Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В. и Михайлова И.И. (2009) выделили фрустрирующий и компенаторный компоненты самостигматизации: первый подразумевает под собой «представления больного о собственной несостоятельности», второй – «механизмы искажения информации, стабилизирующие самооценку больного». Структурно-динамическая модель самостигматизации отражает составляющие адаптационной реакции пациента на проявления своего заболевания [6].

По мнению Скрипки Е.Ю. (2012), у пациентов с психическими расстройствами психотического спектра ввиду снижения критики к своему состоянию отмечается отсутствие стремления сокрыть факты о своем заболевании, в том числе информацию о госпитализации. Больные с расстройствами невротического спектра, напротив, опасаются разглашения и потери своего социального статуса, насмешек со стороны знакомых и близкого окружения, отрицательных комментариев. Они более подвержены ощущению дискриминации и социальной изоляции [4].

С точки зрения Ениколопова С.Н. (2013), избегание врача-психиатра, отказ от медикаментозного лечения и госпитализации, попытки снятия психиатрического диагноза, несмотря на присутствие психопатологии, являются примерами проявления деструктивных тенденций в поведении. Применение конструктивных способов в данном случае связано не только с непосредственным взаимодействием с обществом, представителями психиатрических служб, но и обусловлено личностными ресурсами в виде наличия так называемых «механизмов совладания» или «копинговых стратегий», механизмов психологической защиты [2].

Таким образом, дестигматизация – это одна из основных задач, которая возникает перед специалистами как в области психиатрии, так и клинической психологии. Речь идёт о разработке психообразовательной и психокоррекционной программ для данной группы больных, которая позволит больным с соматизированными расстройствами сформировать грамотные представления о своем заболевании, осознать необходимость обращения за специализированной психиатрической помощью, преодолеть избегающее отношение к врачу-психиатру и осуществить профилактику явлений стигматизации. Несмотря на то, что в современном обществе еще не до конца сформированы представления о психических заболеваниях, идеи относительно дестигматизации совершенствуются и постепенно внедряются в психиатрическую практику.

Целью нашей работы выступает преодоление стигматизирующего отношения к себе больных с соматизированными расстройствами.

Приближаясь к цели исследования, мы пошагово осуществляем следующие задачи:

- 1) Теоретико-методологический анализ литературы, связанной с процессом стигматизации больных соматизированными расстройствами.
- 2) Определение выраженности самостигматизации у конкретного пациента, оценка его уровня знаний о психической болезни.
- 3) Разработка психообразовательной и психокоррекционной программ для преодоления «избегающего врача-психиатра» поведения, внедрение её в практику.
- 4) Определение выраженности самостигматизации у конкретного пациента, оценка его уровня знаний о психической болезни после внедрения в практику программ дестигматизации.

Психообразовательная программа включает в себя 3 этапа: первый этап направлен на формирование группы, ознакомление участников с целями групповых занятий; второй этап включает собственно групповые занятия, на которых обсуждаются наиболее актуальные темы для больных соматизированными расстройствами с целью формирования грамотных представлений об особенностях заболевания; третий этап связан с подведением итога разработанной программы, осознанием необходимости обращения за своевременной специализированной психиатрической помощью, а также предоставление больным информации о современном состоянии психиатрической помощи.

Психокоррекционная программа включает тренинговые занятия с больными соматизированными расстройствами. Программа включает в себя 3 этапа: первый этап (формирование группы, предоставление участникам группы информации о целях работы); второй этап включает собственно тренинговые занятия, направленные на предотвращение нарушений личностной идентичности (низкая самооценка больного, его представление о собственной несостоятельности в межличностных отношениях, неуверенности в себе), работу с чувствами больных психическими расстройствами невротического спектра, снижение уровня тревожности, повышение стрессоустойчивости, социальной адаптации и комплаентность. На заключительном этапе работы участники делятся своими впечатлениями от проведенных тренинговых занятий, целью которых являлось преодоление «избегающего врача-психиатра» поведения и осуществление профилактики явлений стигматизации.

Таким образом, результатами внедрения психообразовательной и психокоррекционной программ для больных с соматизированными расстройствами, должны выступить сформированные и грамотные представления о своем заболевании, осознание необходимости обращения за специализированной психиатрической помощью, преодоление избегающего отношения к врачу-психиатру и осуществление профилактики явлений стигматизации.

Список литературы

1. Богушевская Ю.В., Николаевская А.О. Клинико-динамические особенности больных соматизированными расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С.31-36.
2. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии / С.Н. Ениколопов // Терапия психических расстройств. – 2007. – №1. – С. 18 – 22.
3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – №1. – С. 22 – 27.
4. Скрипка Е.Ю. Сравнительный анализ самостигматизации больных с психическими расстройствами невротического и психотического спектра. Молодой ученый. Психология и социология. – № 7 (42). – 2012. – С. 237–240.
5. Чижова А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. – 2012: 6 (15): 91-96.
6. Ястребов В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова; Науч. Центр психического здоровья РАМН. – М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 18 с.
7. Naghghat R. A. Unitary theory of stigmatization / R. A. Naghghat // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 207–215.

**СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
САМОРЕАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ КАК ОСНОВЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В
СОВРЕМЕННОМ ВУЗЕ**

Шутенко Е.Н., Сидорчук К.В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. В статье представлены концептуальные аспекты проблемы самореализации студентов в логике обеспечения их психологического здоровья в вузовском обучении. Показывается перспектива социокультурной парадигмы разработки и решения данной проблемы за счет смещения ценностного фокуса ее научной рефлексии с категории самости на категорию сущностных сил личности, которые изначально складываются в сфере приобщения к культурно-историческим формам и образцам.

Ключевые слова: самореализация, высшая школа, студенческая молодежь, психологическое здоровье, социокультурная парадигма.

SOCIO-CULTURAL PRECONDITIONS FOR STUDENTS' SELF-REALIZATION AS THE BASIS FOR THE FORMATION OF THEIR PSYCHOLOGICAL HEALTH IN A MODERN HIGHER SCHOOL

Shutenko E.N., Sidorchuk K.V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article presents the conceptual aspects of the problem of students' self-realization in the logic of ensuring their psychological health in higher school education. The authors show the prospect of a sociocultural paradigm for developing and solving this problem by shifting the value focus of its scientific reflection from the category of the self to the category of the essential forces of the personality, which initially develop in the field of mastering the cultural-historical forms and patterns.

Keywords: self-realization, higher school, students, psychological health, sociocultural paradigm.

Современная образовательная практика воспитания здорового молодого поколения нуждается в действенных и привлекательных формах социализации. Кризис социальных институтов и традиционных ценностей обусловил рост психологических отклонений в молодежной среде, который связывается с доминантой потребительских, эгоистических и меркантильно-иждивенческих настроений. В условиях глубокой трансформации культурных и нравственных основ общества система образования и высшая школа сталкивается с новыми невиданными прежде вызовами. Эти вызовы заключаются в дегуманизации отношений, дерационализации сознания, в разрушении трудовой этики и моральных норм общежития, в росте апатии и бездушия, в немыслимом прежде уровне отчуждения и атомизации общества [1; 2; 8].

В этих условиях современная молодежь мучительно ищет свой «коридор нормальности», пытается найти пути и способы самореализации, отвечающие ее актуальным возрастным и экзистенциальным проблемам. И в этой связи, задача общества и системы образования – помочь молодому поколению занять достойную социальную нишу, обеспечить его продуктивными жизненными образцами мировоззрения и поведения в складывающемся обществе массового потребления и отчуждения [1].

Воспитание психологически здоровой личности в высшей школе все больше ассоциируется с таким процессом, который направлен на расширение

возможностей полноценного развития, формирования целостного самосознания и конструктивного поведения [19; 20]. Сегодня в культуре всё настойчивее осознается необходимость построения такой образовательной среды, которая открывает перед молодым поколением спектр равнодостоинных направлений саморазвития, обеспечивает возможность для разносторонней и продуктивной *самореализации* на поприще учебной, научной, общественной, культурной, спортивной и пр. видов деятельности [14].

С точки зрения обеспечения психологического здоровья студентов в условиях трансформации современного общества и системы образования отмечается необходимость полноценной концептуальной рефлексии проблемы самореализации личности в образовательном пространстве [16]. Проблематика и феноменология самореализации активно разрабатывается учеными различных отраслей психологической науки со второй половины XX века.

При всем многообразии подходов и теорий ключевые аспекты понимания проблемы самореализации сложились в рамках трех ведущих гуманитарно-психологических направлений ее научной рефлексии: потенциалистской, экзистенциальной, трансцендентной [5].

Первое направление связывается с традициями гуманистической психологии (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс и др.), которая объясняет самореализацию действием *самости*, развертывающей скрытые в ней силы и потенции [7]. Такой же принцип преформизма присущ и другим подходам. Например, в теории аутопоэзиса (У. Матурана, Ф. Варела) самореализация трактуется в терминах самовоспроизводства человека, имеющего «аутопоэзную организацию» его психологической природы [18]. Схожие идеи преформизма можно также обнаружить и в довольно популярных когнитивистских, гештальтистских и других учениях.

Второе направление усматривает истоки самореализации не столько в наличии некоей внутренней сущности, сколько в самом плане существования человека. Экзистенциальный вектор (Ж.-П. Сартр, Р. Мэй, М. Босс и др.) утверждает приоритет здесь-бытия (Dasein) как акта сознательного выбора, заброшенного в мир индивида. «Человек ... есть лишь то, что сам из себя

Третье направление выводит проблему самореализации в сферу поиска смысла жизни в ходе нравственного роста и обретения достоинства (А. Gewirth) [16], лежащей за гранью внутреннего мира субъекта, равно как и за пределами наличной ситуации бытия (И. Кант, В. Франкл, А. Лэнгле и др.). Трансцендентный вектор направляет самореализацию к высшим, духовным ценностям и смыслам [11].

В методологическом плане социально-исторический и антропологический аспекты самореализации были раскрыты К. Марксом [6]. Как отмечает Э. Фромм, в акте само-реализации (*Selbsterschaffung*) Маркс

-

П

.

С

видит основание для независимости и свободы человека, видит антипод отчуждению и связывает ее с понятием «труд» в антропологическом смысле [12]. Причем труд для Маркса также как и для Гегеля выступает как «процесс самотворчества, самопроизводства» («*Selbsterzeugung*») [17]. Идеи социально-культурной и исторической обусловленности самореализации стали основополагающими в методологии разработки этой проблемы в отечественной гуманитарной науке. В работах С.Л. Рубинштейна, Г.М. Андреевой, Г.С. Батищева, Л.П. Буевой, М.С. Кагана, Л.Н. Когана, И.С. Кона, В.А. Ядова и др. процесс самореализации прочно связывается с процессами социализации и сознательной деятельности человека как социального субъекта.

Преломление проблемы самореализации в историографию высшей школы на примере университета показывает, что с самого начала своего возникновения в средние века классический университет выступал как социокультурный проект подготовки дееспособной личности, передачи целостного опыта культуры, нравственных образцов поведения и мировоззрения [3]. По мере дальнейшего своего развития институт высшей школы претерпевал массу изменений, но при этом во все времена неизменной в нем оставалась ценность личностного развития студента, ценность его подготовки как гармонично развитого человека, как полноценного члена общества, а потом уже как специалиста. Согласно В. фон Гумбольдту, основным предназначением университета является социализация подрастающего поколения, поскольку он видел в нем сосредоточение нравственной культуры нации (Ф. Шлейермахер, Ф.В. Шеллинг и др.). Понимание миссии университета в таких дефинициях как: «интеллектуальное единство социума» (М. Вебер), «атмосфера мысли» (Дж.Ньюмен), «интеллигентность духа» (Х. Ортега-и-Гассет), «интеллектуальная совесть» (К. Ясперс) и пр. отражает культуропорождающее начало этого проекта (М.А. Гусаковский, Л.А. Яценко, А.М. Корбут, Д.Ю. Король, С.В. Костюкевич, Н.И. Латыш и др.).

В нынешний век с началом глобализации происходит усиление процессов трансформации и аннигиляции основных социальных институтов, в том числе и высшей школы [15]. Ю. Хабермас указывает на кризис университета как социального института [13], Б. Риддингс описывает «университет в руинах» [9]. Близкие оценки звучат и в адрес отечественной высшей школы. По мнению И.М. Ильинского, «высшая школа перестала быть высшей», она утратила роль социального лифта, источника универсальных научных знаний, перестала обеспечивать духовный рост личности и др. В качестве причин называются процессы разгосударствления высшего образования, его коммерциализация, утилитаризация, прагматизация, гиперспециализация, деперсонализация, деавтономизация, унификация, примитивизация, дерационализация [4].

В западном обществе форсированная глобализация и коммерциализация высшего образования не столько расширяет возможности самореализации студентов, сколько ограничивает их под прессом жестко унифицированных стандартов Болонского процесса [4]. В постмодернистской логике высшая школа все более отрывается от национального государства, жизненных интересов страны и ее регионов, от традиционных ценностей и привязывается к миру потребления в границах глобальных рынков [2]. В этом мире на место квалифицированного производителя приходит квалифицированный потребитель-пользователь [8]. Основу общества составляют компетентный обслуживающий персонал (привязанный к новым технологиям) и масса покладистых потребителей (консьюмтариат). Подготовкой и тех и других должны заниматься переформатированные вузы в массовом порядке. Задача социокультурного воспроизводства сменяется задачей обеспечения экономического роста. Императив «учить учиться» (т.е. обучать развитию) сводится к идее «учить пользоваться». Социализирующие функции вузов активно перехватываются СМИ и массовой культурой, образовательные функции передаются интернет-коммуникациям (e-Ducation), а функции профессиональной подготовки перекрываются краткосрочными курсами при крупных корпорациях.

Кризис высшей школы активизировал проблему молодежи. Массовизация вузовской подготовки привела к тому, что через высшую школу проходит подавляющая часть молодого поколения, которой приходится на свой страх и риск, самостоятельно решать судьбоносные задачи самоопределения, достижения адекватного самосознания, личностной и культурной идентичности (Э. Эриксон, Р. Бернс, Х. Ремшмидт, Г. Таджфел, И.С. Кон, В.Т. Лисовский, А.В. Мудрик, Е.И. Головаха, В.Н. Шубкин, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, Д.И. Фельдштейн, В.А. Ядов и др.).

В контексте укрепления психологического здоровья эвристическое решение проблемы самореализации связывается с преодолением самоцентрической парадигмы ее разработки и в переходе к *социокультурной парадигме*. В рамках такой парадигмы исходной основой выступает развитие не столько *самости*, сколько *сущностных сил* личности, которые изначально складываются и вырабатываются в условиях взаимодействия и обращенности личности к культуре посредством опредмечивания (культурализации и персонализации) производительных сил общества (К. Маркс) [6].

Таким образом, задача формирования психологического здоровья студенческой молодежи требует социокультурной реконструкции воспитательного пространства высшей школы на базе *человекообразующих стандартов* построения образовательной практики. Речь должна идти о создании в сфере высшей школы целостной воспитательной среды социокультурного становления здорового молодого поколения как дееспособной и жизнеспособной части общества, полноценно реализующей

свой личностный потенциал в различных сферах деятельности. И в этой связи эффективная вузовская подготовка должна открывать возможности самореализации студентов в образовательной системе, способствовать росту их сущностных сил как субъектов учебной и предстоящей профессиональной деятельности.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-01151 «Самореализация студенческой молодежи как показатель и фактор ее психологического здоровья в условиях социокультурных вызовов российскому обществу» на 2018-2020 годы

Список литературы

1. Бауман З. Индивидуализированное общество. – М.: Логос, 2005.
2. Бодрийар Ж. В тени молчаливого большинства, или Конец социального / Пер с франц. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета. –2000.
3. Гусаковский М.А. (ред.) Университет как центр культуропорождающего образования. Изменение форм коммуникации в учебном процессе / Под ред. Мн.: БГУ. –2004.
4. Ильинский И. М. Образовательная революция. – М.: МГСА. –2002.
5. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл.–1997. –С. 110-123.
6. Маркс К. Экономическо-философские рукописи 1844 года // Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. 2-е изд. М.: Политиздат. –1974. –Т. 42. – С. 41-174.
7. Маслоу А. Мотивация и личность / Пер. с англ. Спб.: Евразия. –1999.
8. Огурцов А.П., Платонов В.В. Образы образования. Западная философия образования. XX век. Спб.: РХГИ. –2004.
9. Ридингс Б. Университет в руинах / Пер. с англ. М.: ГУ ВШЭ. –2010.
10. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм – это гуманизм // Сумерки богов / Сост. А.А. Яковлев. М.: Политиздат, 1989. – С. 319-344.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. М.: Прогресс. –1990.
12. Фромм Э. Концепция человека у К. Маркса // Душа человека / Пер. с англ. – М.: Республика, 1992.
13. Хабермас Ю. Идея университета. Процессы обучения // Alma mater (Вестник высшей школы). – 1994. – №4.–С. 9-18.
14. Шутенко А.И. Социокультурные измерения образовательного процесса в высшей школе // Alma Mater (Вестник высшей школы). – 2013. –№.7. – С. 36-
15. Шутенко А.И., Шутенко Е.Н. Высшее образование как зеркало растворенной культуры // Alma Mater (Вестник высшей школы). – 2006. – №11. –С. 9-12.
16. Gewirth A. Self-Fulfillment. Princeton: Princeton University Press. 2009.
17. Hegel G.W.F. System der Wissenschaft. Erster Theil, die Phänomenologie des

- Geistes. Bamberg-Würzburg. –1807.
- 18.Maturana H., Varela F. Autopoiesis and Cognition: The organization of the living. Boston: Reidel. – 1980.
- 19.Ogden J. Health Psychology: A textbook. 3rd edition. New York. 2004.
- 20.Ryff C.D., Singer B. The contours of positive human health. Psychological inquiry. 1998. No. 9(1), pp. 1-28.

ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ КАК ЛИЧНОСТНОГО РЕСУРСА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Шутенко Е.Н., Локтева А.В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

Аннотация. В статье рассматриваются психологические основы развития самосознания личности в логике обеспечения психологического здоровья. Представлены структурные компоненты психологического здоровья и роль самосознания в их формировании. Описаны детерминанты и механизмы роста самосознания личности. определена оздоровительная роль высшей школы как социокультурной среды развития полноценного самосознания студентов.

Ключевые слова: самосознание, психологическое здоровье, высшая школа, студенческая молодежь, социокультурная детерминация.

THE PROBLEM OF STUDENTS' SELF-CONSCIOUSNESS DEVELOPMENT AS A PERSONAL RESOURCE OF THEIR PSYCHOLOGICAL HEALTH

Shutenko E.N., Lokteva A.V.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article considers the psychological foundations of the development of self-consciousness in the logic of ensuring psychological health. The authors present the structural components of psychological health and the role of self-consciousness in their formation, describe the determinants and mechanisms of self-consciousness growth, and define the health-improving role of higher school as

a sociocultural environment for the development of full-fledged self-consciousness of students.

Keywords: self-consciousness, psychological health, higher school, students, sociocultural determination.

Повышенный интерес психологической науки и практики к проблеме психологического здоровья молодежи и развития её самосознания обретает сегодня острый социальный смысл. Складывающийся социокультурный контекст самоопределения молодежи характеризуется ростом асоциальных явлений и деструктивных процессов в обществе, значительно повышая то экзистенциальное напряжение, которое неизбежно испытывает личность в период своего наиболее интенсивного формирования [4].

Вопрос о том, может ли юноша или девушка в современных условиях жизни в обществе обрести позитивный опыт самоидентичности, самостоятельно достичь продуктивных ценностно-смысловых основ Я-существования связан сегодня, прежде всего, с осознанием роли и степени воспитательно-психологического участия общества в решении молодежной проблематики в целом [10].

Данные психологической науки показывают, что человеку для того, чтобы стать субъектом собственной жизнедеятельности, необходимо достичь определенный уровень личностного самосознания [2; 6; 11]. Согласно методологическим основам отечественной психологии (С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев и др.), этот уровень отвечает вершинным характеристикам психологической жизни дееспособного человека. Он определяет направленность личности, ее жизненные ценностно-смысловые ориентации и в целом составляет ее внутренний ментальный стержень. Формирование этого внутреннего стержня находится в лоне генезиса и развертывания сознания и самосознания человека [6].

Для того, чтобы понимать важность развития самосознания студентов необходимо зафиксировать ту роль и значение, которое играет самосознание человека в его функционировании как полноценной психологически здоровой личности. И в этой связи необходимо иметь адекватную научную картину феномена и состояния психологического здоровья [1; 13].

В описании и верификации характеристик такого сложного феномена как психологическое здоровье различные авторы сводят его содержание к нескольким важным уровням локализации процессов психической жизни, образующим комплекс процессов продуктивно-устойчивого функционирования личности [1; 4; 8]. Прежде всего выделяются биологические, психологические, социокультурные аспекты. Наш подход к проблеме формирования психологического здоровья человека основывается на факте социокультурной детерминации, за которым стоит совокупный эффект и результат продуктивной социализации личности. Под результатом понимается активная субъектная жизненная позиция, адекватная картина

мира, позитивное самосознание и конструктивные паттерны жизнедеятельности [10].

Опираясь на сложившиеся подходы и исследования психологического здоровья, можно свести его характеристики и процессы к трем базовым уровням: *психосоматическому*, *функционально-психологическому* и *ментальному* [1; 12; 13]. Данным уровням присуща глубокая взаимосвязь, взаимная опосредованность, а по своему содержанию они соотносятся с тремя уровнями жизнедеятельности человека: организмическому, индивидуному и личностному (В.В. Столин) [6].

В то время как на психосоматическом уровне складывается телесно-физиологический базис здоровья, на функционально-психологическом уровне образуется регуляционно-поведенческий статус (что обеспечивает устойчивость и согласованность работы психологических функций – низших и высших), то на ментальном закладывается ценностно-смысловая или нравственная основа здоровья. Будучи связанным со сферой сознания и самосознания, этот высший ментальный уровень вбирает личностные образования психологического здоровья (ценности, смыслы, идеи, идеалы, убеждения, принципы, моральные нормы и др.) [8].

Если на первых двух уровнях очерчивается круг процессов, составляющих основу *психического* здоровья, то с добавлением третьего, ментального уровня, формируется уже более высокий метафизический слой функционирования, который обеспечивает целостность личности и ее полноценную жизнедеятельность [1]. Соединяясь вместе, данные уровни образуют целостный план паттернов и признаков, определяющий состояние *психологического* здоровья. В целом, психосоматический и функционально-психологический уровни вместе составляют природный базис психологического здоровья, а ментальный уровень образует организующую надстройку [8]. Эта организующая инстанция управляет базовыми компонентами здоровья. Нет сомнений в верности древней истины о том, что в здоровом теле здоровый дух, но в этой истине заключена еще не вся правда о здоровье. Речь идет о том, что если дух подорван, то как известно страдает и телесное начало. И напротив, за счет крепости и силы духа могут выправляться различные телесные дисфункции, человек может заставить себя жить полноценной жизнью [4; 10].

Стоит отметить, что в онтогенетическом измерении роль отмеченных уровней различна и может варьировать на разных возрастных этапах. Известно, что в раннем возрасте преобладающая роль принадлежит психосоматическому и функционально-психологическому уровням здоровья. Между тем, по ходу взросления все бóльшую роль играет ментальный уровень, уровень самосознания. Он становится доминирующим в подростковом и юношеском возрастах, когда активно формируются личностные образования. И это определяющее значение сохраняется за

ментальным уровнем в течение всей основной части взрослой жизни вплоть до старости, тогда базовые уровни вновь обретают актуальность в силу возрастных процессов старения организма. Между тем, пока человек способен к сознанию и самосознанию, роль ментального уровня в структуре психологического здоровья остается главенствующей [2].

Нужно сказать, что именно уровень самосознания и ментальный план психологического здоровья российской молодежи испытывает сегодня серьезные негативные трансформации под воздействием потребительски-пользовательского мейнстрима в массовой культуре и в образовательно-информационном пространстве [10].

В этой связи повышается оздоровительная роль высшей школы, которая, по нашему мнению, должна более действенно влиять на сферу самосознания личности, на план ценностных ориентаций студентов в логике приближения к ценностям культуры, в логике формирования адекватной целостной картины мира и своего места в нем [9]. При этом, такое опосредованное формирование (через ценности) вершинной сферы психологического здоровья студентов должно оперировать фундаментально конструктивными механизмами и образцами общечеловеческого опыта, задействовать творческо-мыслительные процессы и способности обучаемых, их внутренний потенциал как дееспособных субъектов жизнедеятельности [5].

Большинство специальных исследований по проблеме самосознания отмечают, что ключевые аспекты этой проблемы сводятся к единству процессов, связанных с *познанием* и *отношением* к себе человека в социокультурном опосредовании (И.И. Чеснокова, Б.С. Братусь, И.С. Кон, Ф.Е. Василюк, Е.Т. Соколова, В.С. Мухина, В.А. Петровский и др.) [2; 3; 6; 11]. Поэтому в структурном измерении сфера самосознания резонно рассматривается как общность процессов самопознания и самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантिलеев, В.А. Ядов и др.) [6]. Причем процесс самоотношения в этом единстве имеет свою специфическую структуру и способ самопрезентации индивида. Речь идет о внутренней эмоциональной активности в адрес «Я», сопутствующей процессу самореализации личности, лежащей в основе ее отношения к себе (С.Р. Пантилеев, Ф.Е. Василюк, В.Н. Мясищев, В.В. Лебединский и др.) [3].

Рассматривая вопросы онтогенеза и актуалгенеза самосознания, авторы отмечают определяющую роль активности человека на личностном уровне, т.е. осуществление такой субъективно значимой деятельности, которая реализует сущностные силы и отношения человека в системе социокультурных связей. И эти связи в значительной мере задают и определяют конфигурацию протекания процессов самосознания [3; 6].

Совокупный теоретический и эмпирический опыт сложившихся исследований указывает на то, что сущностные аспекты самопознания и самоотношения личности и их развитие, связаны в большей мере с мотивационно-ценностной сферой и прежде всего с социальными мотивами и

духовно-нравственными образованиями. Как отмечается в работах, для достижения целостного гармоничного самосознания необходима реализация «вершинных» потребностей и ценностных ориентаций (культурогенных смыслов, потребностей в познании и признании, в социально значимой деятельности, в творчестве, в самоактуализации и др.) [2; 6; 11].

В отношении механизмов развития полноценного самосознания личности авторы указывают на существование некой парадоксальной трансцендентной закономерности. Она может быть сведена к следующей формуле – для обретения подлинного сознания и понимания своего «Я» человек должен преодолеть своё «Я». Данная формула указывает на важность выхода сознания за пределы ограниченности сферой собственного индивидуального существования и необходимость обращения (посвящения) человека чему-то большему, чем его собственное «Я» (социуму, культуре, профессии, семье, богу и т.д.). При этом важно, чтобы такие выход и посвящение осуществлялись осознанно и свободно. Именно в ходе такого построения жизненного пути человек может открыть истинные, сущностные смыслы своего существования и понимания себя как личности. Именно на этом пути у студенческой молодежи могут сложиться перспективы их личностного самоопределения, открыться горизонты и возможности осмысленного продуктивного существования в качестве дееспособной и здоровой личности [6; 7].

Отмеченная закономерность представляется как фундаментальная основа для построения различных прикладных моделей и психотерапевтических практик оздоровительной работы со студенческой молодежью в логике развития сферы их полноценного самосознания.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-01151 «Самореализация студенческой молодежи как показатель и фактор ее психологического здоровья в условиях социокультурных вызовов российскому обществу» на 2018-2020 годы

Список литературы

1. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. – 2010. – №. 3. –С. 17-21.
2. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. – М: Политиздат. –1984. –335 с.
3. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система (спецкурс). – М: МГУ. –1991. –108 с.
4. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества. Сер. "Труды Института психологии РАН" / Отв. Ред.: А.Л. Журавлев и др. М., 2014. –317 с.

5. Ситаров В.А., Шутенко А.И., Шутенко Е.Н. Психологические особенности студенческой молодежи с различным уровнем самореализации в обучении // Alma Mater (Вестник высшей школы). –2008. – № 7. –С.49-55.
6. Столин В.В. Самосознание личности. –М.: МГУ, 1983. –284с.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. М.: Прогресс. –1990. –366 с.
8. Шувалов А.В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. –2004. –№ 6. –С. 18-33.
9. Шутенко А.И. Кризис высшей школы: испытание постмодернизмом // Сибирский педагогический журнал. –2005. –№ 5. – С.197-203.
10. Шутенко Е.Н. Психологическое здоровье молодежи в условиях социокультурных трансформаций современного общества // Психолог.– 2018. – № 3. – С.32-40.
11. Шутенко Е.Н. Развитие самосознания личности как проблема психологической теории и практики // Знание. Понимание. Умение. – 2012. –№ 1. – С. 196–204.
12. Bradburn N.M. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldin publ. company, 1969. 320 p.
13. Ogden J. Health Psychology: A textbook. 3rd edition. New York. 2004.

СВЯЗЬ ЭМПАТИИ И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У СТУДЕНТОВ

Щетинина М. В., Шутенко Е.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье рассматривается связь акцентуаций характера студентов с особенностями эмпатии: с уровнем эмпатии и её компонентами. Даны рекомендации по работе с акцентуированными студентами.

Ключевые слова: акцентуация характера, характер, эмпатия, особенности эмпатии.

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMPATHY AND ACCENTUATIONS CHARACTER OF STUDENTS

Shchetinina M., Shutenko E.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article deals with the relationship of students' character accentuations with the peculiarities of empathy: with the level of empathy and its components. This text provides recommendations for working with accented students.

Keywords: character accentuation, character, empathy, features of empathy.

Человек становится личностью в процессе взаимодействия с социальной средой, что, наряду с образованием, воспитанием и усвоением культурных ценностей, подразумевает общение как процесс межличностного взаимодействия. На качество общения влияет, в свою очередь, множество факторов, в том числе такие свойства личности участников общения, как способность к эмпатии и акцентуированность характера. Помимо указания на дисгармоничность развития характера личности, акцентуация может указывать на хорошие и даже повышенные способности к адаптации в специфических ситуациях, так или иначе относящихся к акцентуированной черте. К таким ситуациям можно отнести и процесс общения. Кроме того, нельзя отрицать влияние эмпатии на качество межличностного взаимодействия. Способность к эмпатии опосредована культурой и развивается в ходе соответствующей деятельности: в процессе соприкосновения с культурным наследием человечества и в собственно общении. Акцентуация, как наиболее ярко выраженная черта характера, имеет более сильное влияние на вероятное развитие эмпатийных способностей, чем другие его черты. Это позволяет говорить о возможности существования связи между эмпатией и определенными акцентуациями характера, однако эта проблема до сих пор недостаточно изучена [3; 4; 5; 7].

Наиболее часто эмпатия понимается как свойство личности и определяется как целостное базовое внутреннее образование, представляющее собой особое отражение партнеров по взаимодействию, способность к сопереживанию. В. Бойко подчеркивал, что эмпатия может быть отражена в виде трехкомпонентного образования, включающего в себя рациональное, эмоциональное и интуитивное отражение другого человека. Эмпатические способности зависят от эмоционального потенциала личности, от эмоциональной реактивности и активности. И. Юсуповым отмечалось, что эмпатические способности снижаются при малейших нарушениях в интеллектуальной сфере. Эмпатия появляется быстрее и легче в случае близости поведенческих и эмоциональных реакций. Эмпатическая способность личности повышается в соответствии с жизненным опытом. В качестве особых форм эмпатии В. Бойко выделяют сопереживание (переживание собеседником тех чувств, которые испытывает партнер по общению, ставя себя на его место) и сочувствие (переживание из-за чувств другого человека) [2; 9].

Акцентуированные личности понимаются нами, вслед за К. Леонгардом, как личности, у которых ярко выражены отдельные основные черты, их не следует рассматривать в качестве патологических. Это личностная черта, находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера, при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим [4].

На сегодняшний день имеются результаты исследований, подтверждающие существование тех или иных закономерностей между эмпатией и акцентуациями характера, однако ни в одном из этих исследований не была исследована их взаимосвязь, что только подчёркивает необходимость изучения этого вопроса. При этом, отмечается достаточно большое количество исследований, изучающих акцентуации характера и эмпатию [1; 6; 8; 10].

Мы предполагаем, что существует связь между особенностями эмпатии (компонентами и её уровнем) и акцентуациями характера, а именно: между уровнем эмпатии и экзальтированной или демонстративной акцентуациями характера, рациональным каналом эмпатии и застревающей акцентуацией, между интуитивным каналом и демонстративной, между проникающей способностью в эмпатии и экзальтированной, между способностями, способствующими эмпатии, и демонстративной или гипертимной акцентуациями.

Эмпирическое исследование проводилось на базе факультета психологии НИУ «БелГУ». В исследовании приняли участие студенты третьего курса. Объем выборки составил 31 человек.

Для выявления особенностей эмпатии и акцентуаций характера у студентов нами были использованы следующие методики: 1. «Методика диагностики уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко); 2. Методика «Шкала эмоционального отклика» (А. Меграбян, М. Эпштейн); 3. «Методика изучения акцентуаций личности» (К. Леонгард), модификация С. Шмишека.

В результате исследования эмпатии у студентов, мы обнаружили, что у 42% (13 человек) выражена проникающая способность в эмпатии. Проникающая способность в эмпатии характеризуется как важное коммуникативное свойство, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности, способствующая возникновению эмпатического сопряжения. Их манера ведения диалога способствует ослаблению внутреннего напряжения собеседника и его эмпатическому постижению.

Было отмечено, что у 55% (17 человек) респондентов заниженный уровень эмпатии, который затрудняет взаимодействие с окружающими и не дает полностью проникнуть в состояние партнера по общению. Мы исследовали выраженность способности к эмпатии, которая отождествляется нами, вслед за авторами методик, с уровнем эмпатии, и выяснили, что у 12 студентов она низкая (39%). Такие студенты характеризуются ограниченным

диапазоном эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия. Они предпочитают эгоистические стратегии взаимодействия с другими, включающие использование окружающих в собственных целях и ухудшающие общение и взаимодействие между людьми. Это может свидетельствовать о возможных трудностях в общении. Вероятно, это связано с личностными особенностями студентов, в числе которых может оказаться и акцентуированные черты характера.

При исследовании акцентуаций характера мы ориентировались на теорию акцентуированных личностей К. Леонгарда. Мы обнаружили преобладание количества студентов с экзальтированным типом акцентуации характера (35%, 11 человек). Такие студенты улыбкивы и чаще, чем другие, испытывают счастье, наслаждение, печаль, тоску. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние – от печальных. Они умеют искренне радоваться чужим удачам и сопереживать чужому горю, чем и подкупают окружающих. Однако у них есть и негативные черты – излишняя тревожность за других и за себя, зачастую склонность к паникерству, слишком частая смена настроения.

Наименее свойственны студентам педантичный и демонстративный типы акцентуации, эти акцентуации представлены только одним человеком (2%). Респонденты с педантичной акцентуацией характеризуется аккуратизмом, ригидностью взглядов, а демонстративной характеризуется артистизмом, поведенческой живостью и демонстративностью. Это характеризует современных студентов как эмоциональных, чувствительных, и ранимых, при этом подчеркивает, что им недостает пунктуальности, аккуратности и организованности.

Для анализа связи между особенностями эмпатии и акцентуациями характера был использован линейный коэффициент корреляции r -Пирсона, потому что он позволяет определить, какова сила корреляционной связи между двумя показателями, измеренными в количественной шкале. Этот критерий был нами выбран, так как данная выборка характеризуется нормальным распределением, а анализируемые переменные измерены в метрических шкалах.

В ходе корреляционного анализа нами была выявлена обратная связь между общим уровнем эмпатии с демонстративным ($r=-0,361$; $p\leq 0,05$) и экзальтированным типами акцентуаций ($r=-0,355$; $p\leq 0,05$). Были обнаружены связи между акцентуациями характера и компонентами эмпатии, а именно: между рациональным каналом и застревающим типом акцентуации ($r=0,357$; $p\leq 0,05$), между интуитивным каналом и демонстративным ($r=-0,389$; $p\leq 0,05$), между проникающей способностью и экзальтированным ($r=-0,386$; $p\leq 0,05$), также между способствующими эмпатии установками и гипертимным ($r=-0,385$; $p\leq 0,05$) и демонстративным типом акцентуациями характера ($r=-0,379$;

$p \leq 0,05$).

Исследуя характер связи между особенностями эмпатии и акцентуациями характера, мы делаем следующие выводы. Чем выше у студента уровень эмпатии, тем ниже вероятность демонстративной или экзальтированной акцентуации характера. «Экзальтированные» студенты в ходе общения создают атмосферу напряженности, а «гипертимные» не считают необходимым проявлять любопытство к окружающим. Студенты с экзальтированной акцентуацией не обладают проникающей способностью в эмпатии, а «демонстративные» студенты не обладают интуицией, интересом к партнеру по общению и способствующими эмпатии установками. «Застревающие» студенты в ходе эмпатийного взаимодействия прежде всего стремятся ухватить сущность партнера по общению, фокусируют внимание на поведении и проблемах.

Подводя итог проделанной работе, можно сделать вывод о том, что связь между особенностями эмпатии и акцентуациями характера существует. Мы можем охарактеризовать современных студентов как эмоциональных, ранимых и чувственных, однако в большинстве своем не эмпатичных, испытывающих затруднения в распознавании эмоций и поведения партнера по общению из-за ограниченного диапазона эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия.

Анализируя результаты проведенного исследования, мы разработали рекомендации, направленные на развитие эмпатии. Составили программу психологической коррекции, включающую в себя формирующий и развивающий этап, в том числе перечень рекомендованных упражнений для студентов по развитию у себя эмпатии. Работа с акцентуированными студентами может отягощаться, если не учесть особенности их характера. Поэтому нами были разработаны рекомендации психологу по работе с акцентуированными студентами, суть которых заключается в следующем:

1. Формировать адекватные представления о тех социальных действиях и ситуациях, в которых студент чувствует себя наиболее уязвимым.
2. Выявить сильные и слабые стороны студента и обучить его организации своей жизни и деятельности в соответствии с ними.
3. Изменить непродуктивные способы реагирования в повторяющихся жизненных обстоятельствах за счет включения более выносливых и сильных сторон характера.
4. Формировать адекватное и гибкое отношение к будущему, развивать разнообразные и содержательные ориентации на собственное будущее.
5. Формировать осознание студентом специфических особенностей своего характера, так как это увеличивает широту и гибкость восприятия жизненных ситуаций и себя в этих ситуациях.

Наконец, в зависимости от преобладающей акцентуации характера каждому студенту рекомендуется выдать список самостоятельных упражнений для того, чтобы оптимизировать межличностное взаимодействие

путём коррекции акцентуированных черт характера.

Список литературы

1. Белорусова А.В. Изучение влияния акцентуаций характера на социальную адаптацию в юношеском возрасте // Научно-методический журнал «Концепт» – 2015. – №18. – С. 16-20.
2. Вартамян В.М. Эмпатия в структуре индивидуально-психотипологических особенностей личности – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2007. – 172 с.
3. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений – СПб: Речь, 2009 – 576 с.
4. Леонгард К.Л. Акцентуированные личности. Пер. с англ.. – М.: Феникс, 1989. – 780 с.
5. Менджерицкая Ю.А. Эмпатия личности. Социальная психология личности – М: Просвещение, 1999. – 425 с.
6. Обозов Н.Н. Межличностные отношения – СПб: Изд. ЛГУ, 1989. – 150 с.
7. Шутенко Е.Н. Развитие самосознания личности как проблема психологической теории и практики // Знание. Понимание. Умение. – 2012. – № 1. – С.196-205.
8. Шутенко Е.Н. Самореализация студентов в современном вузе как гуманитарная проблема социализации молодежи // Перспективы науки и образования. – 2014. – №1 (7) – С. 149-152.
9. Щербакова Н. А. Эмпатические способности студентов-психологов – Воронеж: МОДЭК, 2006. – 240 с.
10. Юсупов И. М. Психология эмпатии: (теоретические и прикладные аспекты): автореф. дис. д-ра психол. наук – СПб: Изд-во СПбГУ, 1995. – 24 с.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ СЕМЬИ НА ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПОДРОСТКА

Яцко А.Г., Гут Ю.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования уровня эмоционального интеллекта и смысложизненных ориентаций подростков, которые были изъяты из неблагополучной семьи и в настоящее время проживают в социально-реабилитационном центре.

Ключевые слова: неблагополучная семья, личностный потенциал, эмоциональный интеллект, смысложизненные ориентации.

THE INFLUENCE OF A DYSFUNCTIONAL FAMILY ON THE PERSONAL POTENTIAL OF A TEENAGER

Iacko A. G., Gut Y.N.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Abstract. The article presents the results of the study of the level of emotional intelligence and understanding orientations of teenagers who have been removed from a disadvantaged family and currently live in a social rehabilitation center.

Keywords: dysfunctional family, personal potential, emotional intelligence, meaningful orientations.

Исследование проблемы влияния неблагополучной семьи на личностный потенциал подростка в настоящее время только зарождается. В структуру личностного потенциала входит: смысловое наполнение жизни, здоровье (психическое, духовное и т.д.) и общий и эмоциональный интеллект. Подросток, у которого развитый эмоциональный интеллект способен устанавливать причинно-следственную связь своих эмоций, умеет их контролировать и направлять, также он может понимать эмоциональные состояния других людей и оказывать влияние на них, помимо этого у него развиты коммуникативные навыки. Благодаря высокому уровню эмоционального интеллекта подросток умеет направлять себя в сторону определенного вида деятельности, добиваться успехов в ней, тем самым поддерживать свою мотивацию.

Если подросток справляется со своими эмоциями, осознает их, то он может ставить себе определенные цели, анализировать свои успехи и неудачи в течение жизни, исправлять ошибки. Он понимает, что все зависит от него и только он способен улучшить свое положение. Эти знания и умения помогают ему ориентироваться в своей жизни и выделять значимые конструкты. Что, в свою очередь, указывает на развитую смысловую сферу, а именно, смысложизненные ориентации.

Стоит отметить, что в случае, когда подросток попадает в неблагополучные социальные условия, происходит обратный процесс. Возникают трудности в общении, различные нарушения поведения, педагогическая запущенность, эмоциональная несдержанность, неприятие ценностей общества и ценности жизни в целом.

Изучение феномена эмоционального интеллекта началось с зарубежных ученых, таких как Дж. Мэйер, П. Сэловей, Д. Карузо, Д. Гоулман, Х. Вайсбах и др. [1]. Они разработали различные модели эмоционального интеллекта и вывели определение. Дж. Мэйер, П. Сэловей и Д. Карузо определяли эмоциональный интеллект как «способность распознавать собственные

эмоции, а также эмоции других людей и использовать полученную информацию для принятия решений» [1]. Эмоциональный интеллект включает в себя следующие компоненты: самосознание; саморегуляция; мотивация; эмпатия; социальные навыки.

В отечественной психологии только в 1999 году в первый раз было применено понятие «эмоциональный интеллект» Г.Г. Гарсковой. В своей работе она описала эмоциональный интеллект как «способность понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе интеллектуального анализа и синтеза» [4].

Помимо Г.Г. Гарсковой феномен эмоционального интеллекта изучали Э.Л. Носенко, Д.В. Люсин, Г.В. Юсупова, М.А. Манойлова, Т.П. Березовская, А.С. Петровская и др. [1].

Особенности эмоционального интеллекта в подростковом возрасте исследовали Ю.В. Давыдова, Л.А. Регущ, А.А. Реан, В.Г. Казанская, И.Н. Андреева, А.А. Александрова и др. [5].

Ю.В. Давыдова определила, что эмоциональный интеллект в подростковом возрасте выступает в качестве устойчивой гетерогенной категорией, функциями которой являются организация успешной деятельности, гармоничность процессов межличностного и внутриличностного взаимодействия [5].

Среди знаменитых зарубежных психологов проблема «смысла жизни» очень увлекла З. Фрейда, А. Адлера, К. Г. Юнга, К. Роджерса [2].

В отечественной психологии «смысл жизни» рассматривалась в трудах С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева, Н.И. Аркаевой, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, А.В. Брушлинского и др. [2].

Д.А. Леонтьев смысложизненные ориентации трактовал как «структурно-иерархическая система представлений, которая является базовым элементом внутренней структуры личности, сформированной и закреплённой жизненным опытом индивида в ходе социализации и социальной адаптации на фоне индивидуально-типологических особенностей, и являются, субъективными составляющими феноменами смысла жизни» [2].

В пубертатный период формируется смысложизненная концепция, так как для развития личностного потенциала это наиболее чувствительный период. В этот момент происходит самоопределение, которое включает в себя понимание своего места в жизни и определение своих интересов [3]. Смысловая структура жизни в подростковом возрасте не постоянна. Все зависит от прошлого опыта и эмоционально значимых потребностей в настоящий момент. То, что было раньше важно, может изменить полярность и стать абсолютно не значимым.

На эмоциональный интеллект и систему ценностей подростка в большей степени влияет их социальное окружение, а именно, семейные условия. В неблагополучной семье у ребенка не развивают эмоциональный интеллект. Он

не может выражать свои эмоции, не понимает их причину, не умеет контролировать вспышки гнева, недовольства и др. Это сказывается на неумении общаться с другими людьми. Часто такие дети попадают в конфликтные ситуации ввиду своей несдержанности и эмоциональной неграмотности [6].

И.А. Котлевская установила, что благодаря развитому эмоциональному интеллекту подросток может осмысливать свое прошлое, принимать настоящее и задумываться о будущем. Также он способен ставить перед собой цели и достигать их [7].

Нормально функционирующая семья – это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. На формирование личности подростка прямое влияние оказывает внутрисемейная жизнь, и не только взаимодействие родителей и детей, но и родителей между собой. В неблагополучной семье происходит нарушение ее структуры, размываются внутренние границы, не выполняются основные семейные функции, возникают явные «дефекты» воспитания, вследствие чего нарушается психологический климат семьи. В результате в этих семьях вырастают «трудные дети». У таких детей возникают нездоровые привычки, потребности и представления, которые не дают им вступать в нормальные отношения с обществом.

Неблагополучная семья также формирует ценности и смыслы подростка. Все, что важно для подростка, это прожить сегодняшний день. Он не заинтересован в успехах, не задумывается о том, как устроить свою жизнь и получить хорошее образование. Часто, такие подростки не принимают общественные ценности, так как у них сформировано другое представление о жизни.

В нашей работе мы задались целью изучить влияние неблагополучной семьи на личностный потенциал подростка, а именно на эмоциональный интеллект и смысложизненные ориентации.

Мы предположили, что для подростков из неблагополучных семей характерны низкий уровень эмоционального интеллекта и смысложизненных ориентаций: подростки не способны осознавать и контролировать свои эмоции, понимать чувства других, не ориентированы на достижение успеха в будущем, у них не сформированы ценности и цели.

Исследование проводилось на базе ОСГБУСОССЗН «Областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» г. Белгород. Участие приняло 46 подростков от 11 до 16 лет. Все они изъяты из неблагополучных семей и в ближайшее время будут определены в дом-интернат.

Для диагностики мы использовали следующие методики: диагностическая беседа; опросник «Эмоциональный интеллект (ЭмИн)» Д.В. Люсина; методика «Диагностика эмоционального интеллекта» Н. Холла; тест

«Смыслжизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева; шкала «ориентация во времени» из опросника «Уровень самоактуализации личности (САМОАЛ)».

В процессе обработки были получены следующие результаты: был выявлен низкий общий уровень эмоционального интеллекта как по методике Д.В. Люсина (ср.знач. = 60,4 балла), так и по методике Н. Холла (ср.знач. = 23 балла). По всем шкалам методики Н. Холла был выявлен низкий уровень: «эмоциональная осведомленность» (ср.знач. = 6,4 балла), «управление своими эмоциями» (ср.знач. = 3 балла), «самотивация» (ср.знач. = 3,3 балла), «эмпатия» (ср.знач. = 5 баллов), «распознавание эмоций других людей» (ср.знач. = 4 балла). Данные результаты говорят о том, что подростки не способны определять свое эмоциональное состояние, контролировать порывы своих эмоций и организовывать себя на выполнение какой-либо деятельности. Также они не умеют анализировать состояние другого человека и сопереживать ему.

Анализируя шкалы Д.В. Люсина результаты также оказались не высокими, что указывает на низкий уровень развития: «межличностный эмоциональный интеллект» (ср.знач. = 30 баллов), «внутриличностный эмоциональный интеллект» (ср.знач. = 31 балл), «понимание эмоций» (ср.знач. = 31,4 балла), «управление эмоциями» (ср.знач. = 26,21 балл).

Данные результаты говорят о том, что подростки не способны определять свое эмоциональное состояние, контролировать порывы своих эмоций и организовывать себя на выполнение какой-либо деятельности. Также они не умеют анализировать состояние другого человека и сопереживать ему.

Результаты по методике Д.А. Леонтьева показали низкий уровень осмысленности жизни подростков (ср.знач. = 71 балл). Такое положение просматривается по всем шкалам: «цели в жизни» (ср.знач. = 13 баллов), «процесс жизни» (ср.знач. = 14 баллов), «результат жизни» (ср.знач. = 9 баллов, «локус контроля – Я» (ср.знач. = 5,4 балла), «локус контроля – жизнь» (ср.знач. = 9,2 балла).

Таким образом, у подростков возникают сложности в осмыслении собственной жизни и определении своей ценности. На это влияет прошлый опыт, а также страхи и неуверенность в преддверии будущего.

По шкале «ориентация во времени» ср.знач. = 16 баллов, что указывает на низкий уровень. Подростки не принимают настоящее, им сложно ставить перед собой какие-то цели и планировать будущее, так как прошлый опыт не осмыслен и влияет на восприятие жизни в целом.

По результатам беседы можно сказать, что подростки «застряли» в переживаниях о прошлом, им сложно представить себя в будущем, ставить глобальные цели. Основная их цель — это «закончить школу, а там как получится». Говоря о будущем, они пытаются представить что-то недостижимое, например, «когда-нибудь я уеду жить в Москву и у меня будет

много денег, любимый муж». Обсуждая общечеловеческие ценности большинство из ребят не знали, что такое ценности и какие они бывают. После разъяснений в основном говорили о важности друзей, о том, что они всегда поддержат и т.д. Обсуждая их эмоциональные состояния, подросткам было сложно описывать свои доминирующие эмоции и определять, что их вызывает. Многие из-за трудностей в определении эмоций вовсе отказывались отвечать.

Таким образом, в результате диагностической работе мы смогли установить, что неблагополучная семья оказывает влияние на развитие личности подростка, а именно, у него не формируется понимание себя, принятие себя и своих эмоций, возникают трудности с пониманием и взаимодействием с другими людьми. Помимо этого, у подростков не развиваются смысложизненные ориентации, они идут против общечеловеческих ценностей, ввиду того, что в их жизни сложилось иное восприятие окружающего мира и того, что в нем может быть ценным.

На основе полученных данных мы предлагаем разработать коррекционную программу, направленную на развитие эмоционально интеллекта, что повлечет за собой развитие смысложизненных ориентаций.

Список литературы

1. Андреева, И.Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии/ И.Н. Андреева. – Новополюк: ПГУ, 2011 г. – 388 с.
2. Аркаева, Н.И. Формирование смысложизненных ориентаций у студентов-психологов как фактор психологической безопасности личности [Электронный ресурс]/ Н.И. Аркаева/ Концепт. – №2 (февраль), 2015. – 7 с. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/formirovanie-smyslozhiznennyh-orientatsiy-u-studentov-psihologov-kak-faktor-psihologicheskoy-bezopasnosti-lichnosti> (дата обращения: 05.08.2019).
3. Бережкова, Е.И. Ценностные ориентации подростков из благополучных и неблагополучных семей [Электронный ресурс]/ Е.И. Бережкова. – 2017. – С.9-17. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/tsennostnye-orientatsii-podrostkov-iz-neblagopoluchnyh-i-blagopoluchnyh-semey> (дата обращения: 10.08.2019).
4. Гарскова, Г.Г. Введение понятия «эмоциональный интеллект» в психологическую теорию [Электронный ресурс]/ Г.Г. Гарскова// «Ананьевские чтения». – 1999. – Режим доступа: URL: https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/garskova-vvedenie-ponyatiya-emotsionalnyiy-16964.html (дата обращения 10.08.2019).
5. Давыдова, Ю.В. Особенности эмоционального интеллекта подростков [Электронный ресурс]/ Ю.В. Давыдова// Вестник РУДН. Сер. «Психология и педагогика». – №2. – 2007. – С. 92-99. – Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/osobennosti-emotsionalnogo-intellekta-podrostkov> (дата обращения 13.08.2019).

6. Казанская, В.Г. Подросток: социальная адаптация: книга для психологов, педагогов и родителей/ В.Г. Казанская. – СПб.: Питер, 2011. – 52 с.
7. Котлевская, И.А. Взаимосвязь уровня эмоционального интеллекта и смысловых ориентаций депривированных подростков/ И.А. Котлевская// Журнал «SCIENCE TIME». –№1(37). – 2017. – С. 223-226.