

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

XI Всероссийская научно-практическая конференция с международным  
участием  
«ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:  
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД»  
(с использованием дистанционных технологий)

Сборник материалов конференции  
2-3 декабря 2021 г.

Курск–2021  
©ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2021  
ISBN 978-5-7487-2777-8

УДК 159.9(063)  
ББК 88.7я43

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход (с использованием дистанционных технологий). Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2-3 декабря. 2021 г./ Под ред. Липатова В.А. – Курск: КГМУ, 2021. – 310 с. – Текстовое (символьное) электронное издание (4,19 МБ). – Курск, 2021. – 1 эл. опт. диск (CD/R).

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России  
Сборник выполнен при использовании программы MS PowerPoint,  
iSpring Suite 7.1

Минимальные системные требования:  
Windows 10/8/7/Vista/XP 32- и 64-бит

ISBN 978-5-7487-2777-8

ББК 88.7я43

© ФГБОУ ВО КГМУ, 2021

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

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

### **Члены редакционного совета:**

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

**Запесоцкая И.В.** – профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета, д.психол.н., доцент.

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

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

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Часть I</i>	
<u><i>Бочков М.М., Рута А.В., Зайцева М.Р., Анохина Т.В.</i></u> <u>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОБЛЕМЫ САМОЛЕЧЕНИЯ</u> <u>ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ</u> .....	13
<u><i>Быченко И.В.</i></u> <u>ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ,</u> <u>ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СОМАТОФОРМНЫХ</u> <u>РАССТРОЙСТВ</u> .....	20
<u><i>Велиева С. В.</i></u> <u>СВЯЗь ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И</u> <u>ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТАЖА ВОСПИТАТЕЛЕЙ</u> .....	28
<u><i>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В., Конопля Е.Н.</i></u> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ,</u> <u>СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ</u> <u>БОЛЕЗНЬЮ</u> .....	31
<u><i>Жидкова Д.С., Недуруева Т.В.</i></u> <u>ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ</u> <u>ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ</u> <u>АНАЛИЗ</u> .....	33
<u><i>Казакова А.А., Шутеева Е.Ю., Шутеева Т.В.</i></u> <u>КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО-</u> <u>ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С</u> <u>РАССЕЯННЫМ</u> <u>СКЛЕРОЗОМ</u> .....	37
<u><i>Клюева Н.В.</i></u> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ:</u> <u>РЕСУРСНЫЙ ПОДХОД (СТРАТЕГИЯ И ОПЫТ</u> <u>РЕАЛИЗАЦИИ)</u> .....	42

<u>Колеватова А.С., Кузнецова А.А.</u> <u>СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ</u> <u>ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ</u> <u>ЗАВИСИМОСТИ</u> .....	46
<u>Левченко Е.В., Роцин Ю.В., Лучкина С.Д.</u> <u>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ</u> <u>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУРСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ</u> <u>ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ</u> <u>УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19</u> .....	49
<u>Левченко Е.В., Котова Д.В., Ласкорунский В.Ю., Бельских И.А.</u> <u>ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕГРУЗОК У</u> <u>ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КГМУ. ОПЫТ КАФЕДРЫ</u> <u>ПСИХИАТРИИ</u> .....	52
<u>Лихачева Э.В., Николаева Л.П., Огнев А.С., Огнева Н.А.</u> <u>ПЕСОЧНОЕ ИГРОВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО</u> <u>ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ</u> <u>ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</u> .....	55
<u>Ловкис А.А.</u> <u>КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ</u> <u>СТРУКТУРЫ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И</u> <u>ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД</u> <u>СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (В ПЕРИОД</u> <u>КАРАНТИНА COVID-19)</u> .....	61
<u>Локтева А.В., Корнеева С.А.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С</u> <u>НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО</u> <u>АППАРАТА</u> .....	64
<u>Лукьянов В.В.</u> <u>РАЗВИТИЕ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-</u> <u>ДЕФЕКТОЛОГОВ СРЕДСТВАМИ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ</u> <u>ЛИТЕРАТУРЫ</u> .....	70
<u>Матвеева А.В.</u> <u>ОПИСАНИЕ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ</u> <u>ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ</u> <u>ПЕДАГОГОМ-ПСИХОЛОГОМ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ</u>	73

<u>(НА ПРИМЕРЕ МБОУ «ГИМНАЗИЯ № 4» Г. КУРСКА)</u> .....	
<u>Молчанова Л.Н., Кузнецова А.А., Малихова Л.Н.</u> <u>СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ</u> <u>КОМПЕТЕНТНОСТИ «ВЫГОРАЮЩИХ» ПЕДАГОГОВ</u> <u>ОТДЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ</u> <u>В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19</u> .....	77
<u>Молчанова Л.Н., Стулова А.В.</u> <u>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК</u> <u>ФАКТОР ПРЕОДОЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ</u> <u>МАТЕРЕЙ РАБОТАЮЩИХ И ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С</u> <u>НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА</u> .....	82
<u>Некрасова А.Н., Рыбакова Т.В.</u> <u>ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАНИИ</u> <u>ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ</u> <u>СЛУХА</u> .....	91
<u>Растегаева Е.С.</u> <u>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ</u> <u>СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ</u> <u>СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ</u> .....	94
<u>Растегаева Е.С.</u> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ</u> <u>ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ</u> <u>СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ</u> <u>БОЛЬНИЦЫ</u> .....	100
<u>Репринцева Е.А., Лукьянов В.В., Леонова Е.В.</u> <u>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТОРИТЕЛЛИНГА В ПОДГОТОВКЕ И</u> <u>ПЕРЕПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ «ПОМОГАЮЩИХ»</u> <u>ПРОФЕССИЙ</u> .....	106
<u>Ховалкина А.М., Богушевская Ю.В.</u> <u>«ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СЕМИНАРЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ</u> <u>СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАМКАХ</u> <u>КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ</u> <u>ПСИХОТЕРАПИИ»</u> .....	110

<u>Филиппович М.С.</u> <u>«ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ НАДЕЖНОСТЬ» РАЙНА БИРЛИ.....</u>	114
<u>Simonova Zh. G., Marson G.R., Adorno M.A., Hiray Leal G. Mendes S. V.</u> <u>PERCEPTION OF THE ACADEMIC PERFORMANCE OF BRAZILIAN</u> <u>STUDENTS ON THE DISTANCE LEARNING REGIME, FROM THE</u> <u>PERSPECTIVE OF PYGMALION</u> <u>EFFECT.....</u>	117
<i>Часть II</i>	
<u>Антилова А.В.</u> <u>ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ И</u> <u>САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ.....</u>	123
<u>Бабаева А.А.</u> <u>СВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТНОГО</u> <u>ПРОФИЛЯ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ</u> <u>ЖАЛОБАМИ.....</u>	127
<u>Блинова К.В.</u> <u>СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ СТУДЕНТОВ-</u> <u>МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-</u> <u>ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....</u>	132
<u>Бондарева Е.Ю.</u> <u>ПРОБЛЕМА СФОРМИРОВАННОСТИ ГРАФОМОТОРНОГО</u> <u>НАВЫКА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В</u> <u>ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ</u> <u>ИССЛЕДОВАНИЯХ.....</u>	135
<u>Ватутина А.С., Шутеева Е.Ю.</u> <u>ЦЕРЕБРОЛИЗИН КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ</u> <u>КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ</u> <u>МОЗГА.....</u>	141

<u><i>Воротынцева Д.А.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА</u> <u>МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНИКА С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ</u> <u>ТУГОУХОСТЬЮ 3-4 СТЕПЕНИ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО</u> <u>СЛУЧАЯ).....</u>	146
<u><i>Галко Ю.Д.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ</u> <u>УРОВНЕМ ДЕПРЕССИИ.....</u>	150
<u><i>Гнездилова С. О.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У</u> <u>СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО</u> <u>ВОЗРАСТА.....</u>	156
<u><i>Деяева Е.Г.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ</u> <u>МАТЕРЕЙ И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ</u> <u>ПИЩЕВОГО</u> <u>ПОВЕДЕНИЯ.....</u>	161
<u><i>Захарова Е. С.</i></u> <u>ПОЛИКОММУНИКАТИВНАЯ ЭМПАТИЯ И ПОДРОСТКИ С</u> <u>МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....</u>	163

<u><i>Зубова К.Ю.</i></u> <u>ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ</u> <u>ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И</u> <u>ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ: АКТУАЛЬНЫЕ НАУЧНО-</u> <u>ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ</u> .....	167
<u><i>Константинова Ю.О.</i></u> <u>НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ</u> <u>ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА ПРИ НАРУШЕНИИ ПИЩЕВОГО</u> <u>ПОВЕДЕНИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ</u> <u>ИССЛЕДОВАНИЯ</u> .....	173
<u><i>Касторная К.А.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У</u> <u>ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПИСЬМЕ. АНАЛИЗ</u> <u>КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РЕБЁНКА С РЕГУЛЯТОРНОЙ</u> <u>ДИСГРАФИЕЙ</u> .....	178
<u><i>Киреева А.В.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ КООРДИНАЦИОННЫХ ФУНКЦИЙ У</u> <u>СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО</u> <u>ВОЗРАСТА</u> .....	182
<u><i>Крахмаль Э.Г.</i></u> <u>ЭМОЦИИ: СТАРТ ИЛИ ФИНИШ?</u> .....	187
<u><i>Кудрявцева А.А.</i></u> <u>АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВОПРОСАМ</u> <u>ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЬСТВА</u> .....	191

<u>Ларчева М.Г.</u> <u>ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА</u> <u>ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ</u> <u>ДОШКОЛЬНИКА</u> .....	195
<u>Лозовская Е.А.</u> <u>АГРЕССИВНОСТЬ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ</u> <u>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</u> .....	201
<u>Муржак А.В.</u> <u>ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ</u> <u>РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «ФЕНИКС» НА</u> <u>САМООЦЕНКУ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРТЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО</u> <u>РАЗВИТИЯ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ</u> <u>РОДИТЕЛЕЙ</u> .....	206
<u>Машишина Д.О, Машишина Л.О, Шутеева Е.Ю.</u> <u>МЕСТО ХОНДРОПРОТКРТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ</u> <u>ДОРСАЛГИЙ</u> .....	209
<u>Мачулина А.В., Шутеева Е.Ю.</u> <u>СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ</u> <u>ДИАБЕТИЧЕСКОЙ</u> <u>ПОЛИНЕЙРОПАТИИ</u> .....	214
<u>Медведева В.Д.</u> <u>РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ОНТОГЕНЕЗЕ</u> .....	220
<u>Момот А.Ю.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У ДЕВОЧЕК-</u> <u>ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ</u> .....	225
<u>Немцев А.В.</u> <u>ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА ПРЕСТУПНОЕ ПОВЕДЕНИЕ</u> <u>В ПОДРОСТКОВОЙ МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ</u> .....	229
<u>Никитина М.Р.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО</u> <u>КОНТРОЛЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ</u> <u>РАССТРОЙСТВАХ</u> .....	233
<u>Пионтковская Д.А.</u> <u>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ</u> <u>ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРАХА И ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ С</u>	239

<u>РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....</u>	
<u><i>Покусаев А.А.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ.....</u>	243
<u><i>Положенцев Р.Е.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ.....</u>	246
<u><i>Северина А.В.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ И СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У СПОРТСМЕНОВ.....</u>	250
<u><i>Сивкина М.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....</u>	254
<u><i>Соломатина Ю.Е.</i> ВЛИЯНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ПРОКРАСТИНАЦИИ НА СКЛОННОСТЬ К ВИКТИМНОМУ ПОВЕДЕНИЮ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....</u>	259

<u>Сулейманов К.Б.</u> <u>ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА</u> .....	264
<u>Сыроватская Д.И.</u> <u>ПРОБЛЕМА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ</u> .....	268
<u>Терентьева Е.Р.</u> <u>ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)</u> .....	274
<u>Тимофеева П.В.</u> <u>ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОЖИДАЮЩИХ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ</u> .....	276
<u>Трехглазов В.Н.</u> <u>ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ</u> .....	280
<u>Фомина А.В.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ САМООЦЕНКИ И СКЛОННОСТИ К ШКОЛЬНОМУ БУЛЛИНГУ У ПОДРОСТКОВ</u> .....	284
<u>Чаплыгина К.И.</u> <u>ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА</u> .....	288
<u>Шевелёва А.А.</u> <u>ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ</u> .....	291

<u><i>Штвенна В.А.</i></u> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ,</u> <u>ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ</u> <u>(COVID-19).....</u>	294
<u><i>Шураева К.М., Протопопова М.А.</i></u> <u>ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ С</u> <u>РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО</u> <u>СПЕКТРА.....</u>	297
<u><i>Шураева К.М. Протопопова М.А.</i></u> <u>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ</u> <u>РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....</u>	301
<u><i>Шурыгина В. С.</i></u> <u>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ</u> <u>СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ.....</u>	306

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОБЛЕМЫ САМОЛЕЧЕНИЯ  
ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Бочков М.М., Рута А.В., Зайцева М.Р., Анохина Т.В.*

**ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава  
России 410012, Саратов, Россия**

**Аннотация.** Среди существующих в настоящее время профессий определенное место занимают медицинские работники, особенно врачи хирургического профиля. Их труд принадлежит к наиболее сложным и ответственным видам деятельности. Эффективность лечения пациента во многом определяется состоянием здоровья самого медработника и условиями труда, поэтому сохранение здоровья медицинских работников – важная задача здравоохранения.

**Ключевые слова:** гигиена труда, профессиональные болезни, хронические заболевания, врач-хирург, состояние здоровья врача, самолечение.

**STUDY OF THE BEHAVIOR OF SURGEONS DURING THE DISEASE**

*M.M. Bochkov, A.V. Rut<sup>1</sup>, M.R. Zaitceva, T.V. Anochina*

**Saratov state medical University n.a. V.I. Razumovsky, 410012, Saratov,  
Russian Federation**

**Abstract.** According to international standards, doctors should be seen by a therapist and avoid self-medication, but not everyone follows these guidelines. The aim of the study is to describe the behavior of surgeons during illness, and to identify chronic diseases among this category of medical personnel in Saratov and the region. Research methods: structural analysis, experimental questionnaire research. In 2020, in the course of the study, 1000 surgeons from various departments were interviewed and questioned at the Regional Clinical Hospital in Saratov, the 3rd City Clinical Hospital Saratov and the 1st city hospital in Engels. Data were obtained on observation by a therapist, chronic diseases and self-medication. Descriptive statistical analysis was carried out, the correlation was checked by the Student's test and the chi-square test. The results of 285 received responses (29%) met the necessary conditions for the analysis. 12% of doctors regularly see a therapist, 58% have at least one chronic disease, 68% make their own diagnoses, 60% self-medicate. Attempts to self-treat chronic diseases are inversely correlated with the subjective severity of the disease ( $r = -0.159$ ;  $P < 0.05$ ). Conclusion: Despite international standards and recommendations, in Saratov, a large number of surgeons are self-medicating and are not seen by a therapist. Further research is needed to identify specific causes.

**Keywords:** occupational hygiene, occupational diseases, chronic diseases, surgeon, behavior during illness, doctor's health, self-medication.

В процессе своей деятельности медицинский работник подвергается разнообразным неблагоприятным факторам условий труда. В структуре профессиональных заболеваний заболевания медицинских работников в настоящее время занимают ведущее место.

Цель исследования – анализ структуры заболеваний врачей хирургического профиля, выявление наличия хронических патологий и обращаемости за медицинской помощью в Саратове и области.

Методы исследования: структурный анализ, экспериментальное анкетное исследование. В 2020 - 2021 годах в ходе исследования были опрошены и проанкетированы 1000 врачей-хирургов различных отделений на базе Областной клинической больницы г. Саратова, 3-ей городской клинической больницы им. Миротворцева г. Саратова и 1-ой городской клинической больницы г. Энгельса. Были получены данные по диспансерному учету врачей-хирургов, наличия хронических заболеваний, обращаемости и самолечению. Проведены описательный статистический анализ, проверка корреляции по критерию Стьюдента и критерию хи-квадрат. Результаты 285-ти полученных ответов (29%) удовлетворяли необходимым условиям для анализа. 12% врачей регулярно наблюдались у терапевта и состояли на диспансерном учете, 58% имеют как минимум одно хроническое заболевание, 68% самостоятельно ставят себе диагнозы, 60% занимаются самолечением. Попытка самостоятельно лечить хронические заболевания имеет обратную корреляцию с субъективной тяжестью заболевания ( $r = -0.159$ ;  $P < 0.05$ ).

Заключение: данные проведенных исследований показали, что в Саратове и области большая доля врачей-хирургов редко обращается за медицинской помощью, занимается самолечением, и не состоит на диспансерном учете у терапевта.

**Введение.** Врачи хирургического профиля подходят к процессу лечения своих пациентов с высоким уровнем ответственности и с профессиональной компетентностью [1,4]. Однако, они не всегда используют такие стандарты по отношению к себе во время болезни [2]. В частности, это касается самолечения и отказа обратиться за помощью [3,4]. Данному вопросу посвящено не так много исследований [5,7,8,12,15,18,23,26], но согласно стандартам, врачи должны регулярно наблюдаться и обращаться за профессиональной помощью в случае болезни [6,9,10-13,25]. Тем не менее, согласно последним данным зарубежной литературы только 56% врачей наблюдаются у терапевта [7,8,16,21,23,26]. Самый низкий показатель, по данным зарубежной литературы, в Швейцарии — 21% [15-9-13,18,19,21,22]. В соответствие с международными стандартами рекомендуется избегать самолечения [14,18,19]. Однако к нему прибегают врачи по всему миру [15,20]. По данным литературы, доля врачей, занимающихся самолечением, превышает 76% из 27% проведенных

исследований за рубежом [16,20,21,22]. В России эти данные вовсе отсутствуют. Как и многие из пациентов, врачи страдают от хронических заболеваний. Плохое состояние здоровья приводит к неспособности качественно выполнять свои обязанности лечащего врача и к снижению стандартов ухода за пациентами. Все найденные нами исследования проводились, в основном, в европейских странах [17,18,25,26]. В России на сегодняшний день недостаточно соответствующих работ и рекомендаций, а выводы, полученные в других странах, не могут быть применены из-за различий в системах здравоохранения. В структуре профессиональных заболеваний заболевания медицинских работников занимают пятое место. На первом месте растет заболеваемость инфекционной природы, на втором – аллергические заболевания, на третьем – интоксикации и болезни опорнодвигательного аппарата. Также растет число случаев варикозного расширения вен нижних конечностей у врачей-хирургов и операционных сестёр. Профилактика и улучшение условий труда позволит существенно снизить профессиональную заболеваемость среди медицинского персонала.

**Цель данного исследования** — анализ структуры заболеваний врачей хирургического профиля, выявление наличия хронических патологий и обращаемости за медицинской помощью в Саратове и области.

**Материалы и методы.** В ходе исследования, проведенного в 2020 - 2021 годах, мы связались с 1000 хирургами разных хирургических отделений на базе Областной клинической больницы г. Саратова, 3-ей городской клинической больницы им. Миротворцева г. Саратова и 1-ой городской клинической больницы г. Энгельса. Подходящие по начальным критериям врачи получили информационный лист исследования, форму информированного согласия, анкету и заверение в том, что их ответ останется анонимным. Мы разработали всеобъемлющую анкету и скорректировали ее после пробного тестирования с участием трех врачей. Мы попросили участников подписать согласие, заполнить и вернуть анкету в течение 2-3 недель. В исследовании рассматривались следующие вопросы: «Наблюдаетесь ли вы у терапевта? Как часто вы делали это за последние 12 месяцев (ни разу, один или два раза, три или четыре раза, пять или шесть раз, больше шести раз)? Есть ли у вас хронические заболевания (да или нет). Мы попросили участников указать свои хронические заболевания на основе шкалы совокупной оценки заболеваний (CIRS), а также как долго они страдают от этих заболеваний. Мы попросили участников указать серьезность своего состояния по пятибалльной шкале Лайкерта (от «не беспокоит» до «очень сильно беспокоит»). Мы попросили участников оценить самолечение острого заболевания по четырехбалльной шкале Лайкерта (от «использую» к «не использую») в отношении: самодиагностики и самолечения. Мы объединили категории «скорее не относится» и «не относится» в анализе ассоциаций, чтобы повысить статистическую точность. Мы попросили участников с хроническим заболеванием оценить частоту, с которой они использовали самолечение, по семибалльной шкале Лайкерта (от «без самолечения» до «всегда»). Помимо

описательного анализа всех вопросов, мы проанализировали все ассоциации со следующими социально-демографическими переменными (возраст, пол, семейное положение, рабочий статус и характер работы). Мы также проанализировали связь между хроническими заболеваниями и частотой наблюдения у терапевта. Мы проанализировали частоту наблюдений у терапевта и хронические заболевания (наличие, количество, продолжительность и тяжесть) на предмет связи с самолечением. Мы рассчитали эти ассоциации с помощью сравнительных тестов в зависимости от типа данных, в частности t-критерия и критерия хи-квадрат. Эти тесты были направлены на изучение различий между врачами, которые состояли и которые не состояли на учете у терапевта, и между врачами с хроническими заболеваниями и без них. Кроме того, мы проверили корреляцию с помощью корреляционного анализа в зависимости от типа данных, в частности, теста хи-квадрат и корреляции продукта-момента Пирсона. Мы исключили недостающие данные из анализа. Для статистического анализа использовался SPSS версии 22 с уровнем значимости 5% для всех двусторонних тестов.

**Результаты.** Из 1000 опрошенных врачей, 303 ответили на анкеты. 18 из них не предоставили форму о согласии, поэтому в данном исследовании были ответы 285 врачей (29% от опрошенных). Из них 141 (49%) были врач-хирурги из Областной клинической больницы г.Саратова, 79 (28%) хирургов из 3-ей городской клинической больницы г. Саратова и 62 (22%) хирурга из 1-ой городской больницы г.Энгельса. 163 опрошенных (57%) сообщили как минимум об одном хроническом заболевании. Опрошенные сообщившие как минимум об одном хроническом заболевании были значительно старше ( $t = -5,6$ ;  $P < 0,001$ ). Наличие хронических заболеваний не связано с полом. Средняя продолжительность хронических заболеваний составила 12,0 (SD = 11,0) лет. Медиана степени тяжести по самооценке составила 2 (легкая проблема; среднее =  $2,15 \pm 0,8$ ). Сердечно-сосудистые заболевания ( $n = 77$ ; 47%) были наиболее частыми, за ними следовали заболевания опорно-двигательного аппарата – спины, суставов ( $n = 62$ ; 38%); диабет и другие нарушения обмена веществ ( $n = 35$ ; 21%); респираторные заболевания ( $n = 17$ ; 10%); рак ( $n = 14$ ; 9%) и заболевания центральной нервной системы ( $n = 9$ ; 5%). 38 опрошенных (23%) сообщили о другой категории состояний, включая офтальмологические, желудочно-кишечные, аллергию и мигрень. Респонденты сообщили о наличии в среднем 1,5 хронических состояния (SD = 0,78; диапазон 1–4). 54 опрошенных (19%) сообщили о том, что прикреплены и регулярно наблюдаются у терапевта. Из них 24 человека (44%) не посещали терапевта ни разу за последние 12 месяцев, а 15 человек (28%) были на консультации один или два раза. Только один человек был на приеме больше двух раз за последние 12 месяцев, и 14 (26%) не указали количество посещений.

Опрошенные, зарегистрированные у терапевта, чаще сообщали по крайней мере об одном хроническом заболевании. Однако 123 (76%) опрошенных с хроническими заболеваниями сообщили, что не наблюдаются у терапевта регулярно. Хирурги, состоящие на учете у терапевтов, реже

использовали самодиагностику в случае острого заболевания ( $P < 0,001$ ). Мы не обнаружили статистических связей между самодиагностикой и социально-демографическими переменными или хроническими состояниями. Женщины-врачи значительно реже прибегают к самолечению острых хронических заболеваний ( $\chi^2 = 8,34$ ;  $P < 0,05$ ), в то время как врачи-мужчины чаще прибегали к самолечению. Врачи, сообщавшие об отсутствии или лишь незначительном самолечении острого заболевания, были значительно ( $F = 3,4$ ;  $P < 0,05$ ) старше ( $58,9 \pm 10,8$  лет), чем врачи, сообщавшие о самолечении ( $52,7 \pm 9,1$  года). Врачи-хирурги, состоящие на учете у терапевтов, чаще сообщали об отсутствии самолечения при остром заболевании ( $P < 0,001$ ). Мы не обнаружили статистической связи между самолечением и хроническими заболеваниями. 68% опрошенных прибегают к самодиагностике, и 60% — к самолечению. Среднее значение самолечения равняется 4,9 ( $SD = 1,97$ ) среди 165 опрошенных, у которых есть как минимум одно хроническое заболевание. Была выявлена значительная разница в частоте самолечения между наблюдающимися у врача и отказавшимися от регулярных консультаций ( $P < 0,01$ ). Среди первой категории к самолечению прибегают намного реже. Опрошенные, сообщившие о более тяжелых заболеваниях, так же реже занимаются самолечением ( $r = -0,159$ ;  $P < 0,05$ ). Связь между самолечением хронических заболеваний и социодемографическими переменными не была обнаружена.

**Обсуждение.** Данное исследование показало, что 19% опрошенных регулярно наблюдаются у терапевта. Самодиагностика и самолечение острых и хронических заболеваний достаточно распространены: 68% прибегают к самодиагностике и 60% к самолечению. 58% опрошенных сообщили по крайней мере об одном хроническом заболевании. Самостоятельное лечение хронических состояний обратно коррелировала с субъективной тяжестью заболевания. Насколько нам известно, это первое исследование, посвященное поведению во время болезни врачей-хирургов. Другие исследования были посвящены здоровым привычкам и условиям работы, но не фокусировались на поведении. Связь между прикреплением к терапевту и здоровыми привычками и между хроническими заболеваниями и здоровыми привычками еще не была исследована. Следует учитывать следующие ограничения исследования. В исследовании использовались данные самооценки, которые могут быть неточными. Выборка ограничена и предполагает риск систематической ошибки отбора, хотя социально-демографические характеристики исследуемой популяции были сопоставимы со всеми хирургами по возрасту и характеру работы. Количество женщин в нашем исследовании (65%) было незначительно ниже, чем доля всех врачей-хирургов женского пола в России. Личный характер вопросов может частично объяснить низкое количество участников. 19% врачей-хирургов, прикрепленных к терапевту, ниже среднестатистического согласно данным статистики. В системе здравоохранения России пациенты могут напрямую обратиться за консультацией к врачу-специалисту. Неформальные консультации - обычная

практика среди врачей, как и самолечение. Эти факторы могут способствовать низкому показателю прикрепления к терапевту. Доля наблюдающихся у терапевта была выше среди участников исследования, страдающих от хронических заболеваний. Неясно приводит ли появление хронического заболевания к регулярным посещениям врача, или же наблюдение у врача позволяет с большей вероятностью выявить наличие хронического заболевания. Недостаток времени как у врача, так и у пациента — одна из основных причин отказа от услуг здравоохранения. Однако для врачей, работающих в клиниках, проблема решается куда легче: им не только проще попасть на прием, но и довериться своему коллеге. Прикрепление к терапевту снижает вероятность самодиагностики и самолечения. В нашем исследовании часто сообщалось о самолечении хронических состояний. В литературе показатели самолечения хронических состояний составляют до 37%. Прямое сравнение невозможно из-за того, что наши измерения были проведены по семибалльной шкале Лайкерта. Согласно существующим международным стандартам, рекомендуется избегать самолечения, поскольку оно не объективно и не гарантирует качественного ухода за больным. К исключениям относятся легкое недомогание. Во многих публикациях отмечается, что разные заболевания пытаются вылечить путем самолечения с разной частотой. Определение «легкого недомогания» может варьироваться, и поэтому тяжело провести четкую грань между нарушением рекомендации и допустимыми действиями. В данном исследовании не были задокументированы методы самолечения или же причины. Наше исследование показало, что частота самолечения обратно пропорциональна тяжести хронического заболевания. Это может означать, что за профессиональной помощью чаще обращаются те, у кого болезнь протекает тяжелее и болезненнее.

**Заключение.** Данные проведенных исследований показали, что в Саратове и области большая доля врачей-хирургов редко обращается за медицинской помощью, занимается самолечением, и не состоит на диспансерном учете у терапевта. Процент врачей-хирургов, как минимум с одним хроническим заболеванием, в нашем исследовании 58%. Треть опрошенных оценила тяжесть своего хронического заболевания «от среднего до тяжелого», что позволяет предположить о неблагоприятном воздействии заболевания на способности выполнять свои профессиональные обязанности. В данном исследовании было выявлено наличие хронических патологий и определена обращаемость за медицинской помощью врачей-хирургов, однако необходимы дальнейшие исследования для получения более подробных и репрезентативных выводов. Они позволят разработать стандарты и методологические принципы профилактики хронической заболеваемости у медицинских работников.

### Список литературы

1. Breen KJ. Doctors' health: can we do better under national registration? *Med J Aust* 2011;194:191–192. [PubMed] [Google Scholar]

2. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ* 2008;107:279–284. [PubMed] [Google Scholar]
3. British Medical Association. Ethical Responsibilities in Treating Doctors Who Are Patients— Guidance From the BMA Medical Ethics Department. London: BMA Medical Ethics Department, 2010. [Google Scholar]
4. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)* 2011;61:490–497. [PubMed] [Google Scholar]
5. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly* 2007;137:121–126. [PubMed] [Google Scholar]
6. College of Physicians and Surgeons of Ontario Policy Statement #7-06: Treating Self and Family Members. [https://www.schulich.uwo.ca/medicine/postgraduate/future\\_learners/docs/Policies%20for%20Website/treating\\_self.pdf](https://www.schulich.uwo.ca/medicine/postgraduate/future_learners/docs/Policies%20for%20Website/treating_self.pdf) (27 September 2016, date last accessed). [Google Scholar]
7. Lam ST. Special considerations in the care of the physician-patient: a lesson for medical education. *Acad Psychiatry* 2014;38:632–637. [PubMed] [Google Scholar]
8. Fromme E, Billings JA. Care of the dying doctor: on the other end of the stethoscope. *J Am Med Assoc* 2003;290:2048–2055. [PubMed] [Google Scholar]
9. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract* 2008;58:501–508. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Gautam M, MacDonald R. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *West J Med* 2001;175:336–338. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
11. Boorman S. NHS Health and Well-being—Final Report. Leeds, UK: Crown, 2009. [Google Scholar]
12. Schulz S, Großmann M, Stengler K, Einsle F, Rochfort A, Gensichen J. Physician's health—a narrative review. *Z Allg Med* 2014;90:261–265. [Google Scholar]
13. Sachverständigenrat. Koordination und Integration— Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens —Sondergutachten 2009, Langfassung. Bonn, Germany: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009. [Google Scholar]
14. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16:622–626. [PubMed] [Google Scholar]
15. Kaiser P, Noack A, Donner-Banzhoff N, Keller S, Baum E. Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheitsvorbilder? Ein Vergleich des Gesundheitsverhaltens von Hausarzt Innen und RechtsanwältInnen *Z Allg Med* 2005;81: 419–422. [Google Scholar]
16. Hübler A, Scheuch K, Müller G, Kunath H. Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Dresden, Germany: Sächsische Lande särztekammer, 2009. [Google Scholar]

17. Kassenärztliche Bundesvereinigung Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister zur vertragsärztlichen Versorgung (Stand: 31.12.2014). <http://www.kbv.de/html/421.php> (19 August 2015, date last accessed).
18. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *Med J Aust* 1995;162:481, 484. [PubMed] [Google Scholar]
19. Domeyer-Klenske A, Rosenbaum M. When doctor becomes patient: challenges and strategies in caring for physician-patients. *Fam Med* 2012;44:471–477. [PubMed] [Google Scholar]
20. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003;179:302–305. [PubMed] [Google Scholar]
21. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache* 2007;47:58–64. [PubMed] [Google Scholar]
22. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics of the American Medical Association, 2014–2015. Chicago, IL: American Medical Association, 2015. [Google Scholar]
23. Tenery RM., Jr Self-prescribing by physicians. *J Am Med Assoc* 1999;281:1489–1490. [PubMed] [Google Scholar]
24. Toyry S, Rasanen K, Kujala S, et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med* 2000;9:1079–1085. [PubMed] [Google Scholar]
25. Robert Koch-Institut. Gesundheitstrends bei Erwachsenen in Deutschland zwischen 2003 und 2012. In: Robert Koch-Institut, ed. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie 'Gesundheit in Deutschland aktuell 2012' Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Germany: RKI, 2014; 13–33. [Google Scholar]
26. Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician* 2003; 49:1121–1127. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
27. Бочков М.М. Социально-гигиенические аспекты комплаентности врачей / Бочков М.М., Шелехова Т.В., Луцевич И.Н., Рута А.В., Зайцева М.Р. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т16 №4. – С. 917-923

**ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ,  
ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ**  
*Быченко И.В.*

**Республиканский научно-практический центр психического  
здоровья, г. Минск, Республика Беларусь**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования характерологических особенностей личности, влияющих на развитие соматоформных расстройств. Установлено, что пациенты с соматоформными расстройствами имеют высокие показатели по шкалам «Ипохондрия»,

«Депрессия» и «Психастения» по сравнению со здоровыми людьми. Проанализирована взаимосвязь психологических и характерологических особенностей личности у лиц с соматоформными расстройствами. Выявлены социальные факторы риска, оказывающие влияние на формирование характерологических особенностей личности у лиц с соматоформными расстройствами.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, характерологические особенности, личность, психологические факторы, социальные факторы.

## **CHARACTEROLOGICAL FEATURES OF THE PERSONALITY AFFECTING THE DEVELOPMENT OF SOMATOFORM DISORDERS**

*Bichenko I. V.*

**Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Minsk,  
Republic of Belarus**

**Abstract.** The article presents the results of a study of the characterological features of personality that affect the development of somatoform disorders. It was found that patients with somatoform disorders have high scores on the scales of "Hypochondria", "Depression" and "Psychasthenia" compared with healthy people. The interrelation of psychological and characterological personality traits in individuals with somatoform disorders is analyzed. Social risk factors influencing the formation of characterological personality traits in individuals with somatoform disorders have been identified.

**Keywords:** somatoform disorders, characterological features, personality, psychological factors, social factors.

**Введение.** Современное состояние проблемы соматоформных расстройств вызывают ряд вопросов на этиопатогенез данной патологии. Возникшая ситуация связана с дефицитом научных концепций, описывающих процесс соматизации, а также с клинической неоднородностью данных расстройств. Соматоформное расстройство представляет согласно определению, характеризуются физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни [6].

По мнению ряда авторов, механизмы развития соматоформных расстройств могут быть объяснены с позиции различных подходов: биологического, генетического, социального, психологического, интегративного [3]. Ведущую роль в развитии соматоформных расстройств занимают социально-психологические факторы, которые оказывают значительное влияние на формирование и течение данной патологии. Среди

психологических факторов выделяют характерологические личностные особенности, которые могут представлять личностную предрасположенность в виде готовности к определенным типам реагирования [7].

Рассматривая выраженность определенных личностных, характерологических особенностей пациентов с соматоформными расстройствами, в виде патохарактерологических расстройств, некоторые авторы выделяют изменения направленности личности, особенностей системы ценностей и защит [4]. Исследование проведенной Навасардян Е.В. по изучению динамики психологического состояния пациентов с соматоформными расстройствами показало, что при поступлении больше половины пациентов имели высокие показатели по шкале ипохондрии 93,3% и 86,7% по шкале ригидности (говорящей о чрезмерной фиксации пациента на своем состоянии), у 100% пациентов были выявлены высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии, по данным опросника ММРІ [2].

Представленные результаты Навасардян Е.В., были идентичными с полученными данными по изучению структуры личности у пациентов с соматоформными расстройствами у группы исследователей под руководством Прибыткова А.А. Для исследования личностных особенностей авторы использовали адаптированный вариант опросника ММРІ, результаты которого показали, что у пациентов с соматоформными расстройствами были выявлены высокие показатели по шкалам: «Невротического сверхконтроля», «Пессимистичности», «Тревожности», а также по шкале «Индивидуалистичности» [5]. Полученные средние значения по шкалам были выше всего по шкале «Невротического сверхконтроля», для которого характерно избыточное внимание к отклонениям от нормального функционирования своего организма.

Проведенное исследование по проблеме дифференциальной диагностики соматоформных расстройств на основе дискриминативной способности методики ММРІ показало, что многомерная характеристика личностных особенностей у пациентов с соматоформными расстройствами находится на промежуточном уровне между пациентами с невротическими расстройствами и здоровыми людьми [1].

Имеющиеся исследования на сегодняшний день свидетельствуют о влиянии определенных характерологических особенностей у пациентов с соматоформными расстройствами на развитие и течение болезни. Таким образом, нами была поставлена **цель исследования:** изучить характерологические особенности личности, влияющие на развитие соматоформных расстройств.

**Материалы и методы.** Общая выборка состоит из 125 респондентов. В соответствии с целью и задачами общая выборка была разделена на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ). В ОГ вошли пациенты с диагнозом соматоформное расстройство (F45), в КГ были включены потенциально здоровые люди, не имеющие психиатрического диагноза.

Средний возраст исследуемых обеих групп составил  $38,1 \pm 1,27$  лет. В ОГ средний возраст респондентов составил  $41,67 \pm 2,54$  лет, у респондентов из КГ составил  $36,5 \pm 1,42$  лет. Статистически значимых отличий по показателям возраста между ОГ и КГ не выявлено ( $F=3,647$ ;  $p=0,58$ ).

В исследуемой выборке приняло участие 72,8% женщин (Ж) и 27,2% мужчин (М). Статистически значимых отличий по долевого распределению субъектов в ОГ и КГ в зависимости от гендерного фактора выявлено не было ( $\chi^2=2,17$ ;  $p=0,141$ ). Соотношение мужчин и женщин выглядело следующим образом: в ОГ - 64,1% (Ж) и 35,9% (М), в КГ – 76,7% (Ж) и 23,3% (М).

Верификация диагноза (F45) производилась в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10. Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое интервью.

Для проведения исследования был использован следующий перечень методов и методик:

1) Разработанная авторская анкета для изучения социальных факторов;

2) Международная классификация болезней 10 пересмотра;

3) Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) Е. Брюхлер и Дж. Снер.

4) Миннесотский многофазный личностный опросник (Мини-Мульт/СМОЛ) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, (Mini-Mult)) Дж. Кинканнон. Личностный опросник, предназначенный для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности. Данный опросник представляет собой сокращенную версию теста ММПИ. Mini-Mult был адаптирован В.П. Зайцевым под названием «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности» (СМОЛ).

5) Торонтская алекситимическая шкала - 26 пунктов Дж. Тэйлор (адаптация Д.Б. Ересько).

6) Клиническая шкала самоотчета психопатологической симптоматики SCL-90-R Л. Дерогатис (адаптация Н.В. Тарабриной).

Статистическая обработка результатов производилась с помощью программы SPSS-23.0. Статистическая значимость различий принималась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Для изучения личностных особенностей пациентов с соматоформными расстройствами использовали «Миннесотский многофазный личностный опросник» в сокращенной версии адаптированной В.П. Зайцевым. В результате проведенного исследования произведена статистическая обработка данных, полученных по данному опроснику с помощью критерия U-критерий Манна-Уитни (результаты на рисунке 1).

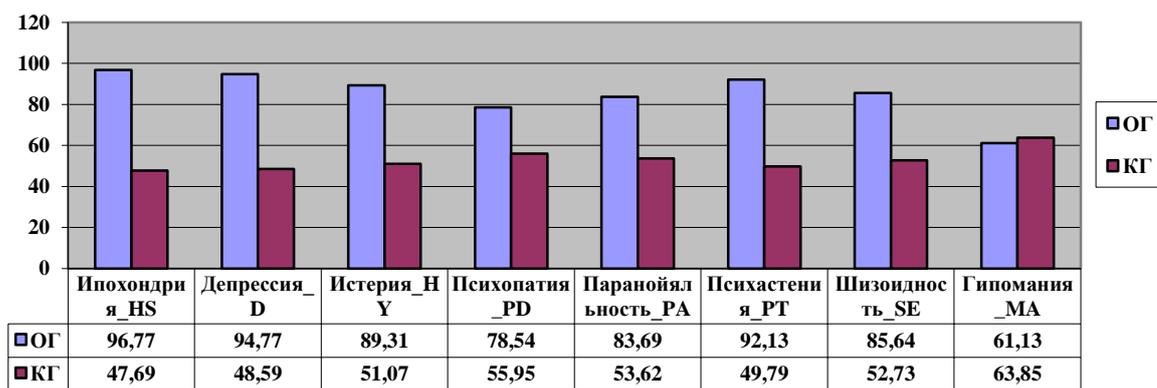


Рисунок 1. Результаты значений средних рангов по шкалам между ОГ и КГ

По данным, представленным на рисунке 2, видно, что значения средних рангов выше в ОГ по всем шкалам (Ипохондрия -  $U = 360$ ;  $Z = -7,05$ ;  $p < 0,001$ , Депрессия -  $U = 438$ ;  $Z = -6,63$ ;  $p < 0,001$ , Истерия -  $U = 651$ ;  $Z = -5,49$ ;  $p < 0,001$ , Психопатия -  $U = 1071$ ;  $Z = -3,25$ ;  $p = 0,001$ , Паранойяльность -  $U = 870$ ;  $Z = -4,34$ ;  $p < 0,001$ , Психастения -  $U = 541$ ;  $Z = -6,07$ ;  $p < 0,001$ , Шизоидность -  $U = 794$ ;  $Z = -4,72$ ;  $p < 0,001$ ), кроме шкалы «Гипомания»  $U = 1604$ ;  $Z = -0,39$ ;  $p = 0,692$ . Для более точного анализа личностных особенностей произвели расчет средних показателей по выявленным Т-баллам, так как в данном опроснике имеются нормативные значения. С помощью сравнения средних значений Т-баллов выявили шкалы, которые превышают нормативные значения в группах (данные таблицы 1).

Таблица 1. Среднее значение Т-баллов по шкалам в ОГ и КГ

Шкала	Среднее значение $M \pm m$
Ипохондрия	ОГ = $70,21 \pm 2,1$ ; КГ = $44,87 \pm 1,7$
Депрессия	ОГ = $68,97 \pm 2,1$ ; КГ = $49,71 \pm 1,1$
Истерия	ОГ = $65,36 \pm 2,0$ ; КГ = $50,09 \pm 1,3$
Психопатия	ОГ = $53,49 \pm 3,6$ ; КГ = $39,35 \pm 1,9$
Паранойяльность	ОГ = $58,38 \pm 2,3$ ; КГ = $45,1 \pm 1,4$
Психастения	ОГ = $83,31 \pm 4,2$ ; КГ = $45,36 \pm 3,1$
Шизоидность	ОГ = $65,85 \pm 4,3$ ; КГ = $41,12 \pm 2,7$
Гипомания	ОГ = $44,79 \pm 1,8$ ; КГ = $45,27 \pm 1,5$

Исходя из результатов, представленных в таблице 2, следует, что среднегрупповые значения Т-баллов, превышающие нормативные значения, выявлены по шкалам «Ипохондрия», «Депрессия» и «Психастения» в ОГ. В КГ среднегрупповые значения по всем шкалам находятся в пределах нормативных значений опросника.

Личность пациентов с соматоформными расстройствами представляет собой склонность к астеноневротическому типу (медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах). Тревога относится субъектом не за счет каких-то внешних

социальных причин, а за счет состояния своего физического здоровья. Отмечается эмоциональная значимость для испытуемого его соматических ощущений: общее самочувствие, работоспособность, нарушение соматических функций, болевых ощущений. Склонность к жалобам, озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех, особенно в отношении медицинской помощи, развивается длительное и тщательное самонаблюдение за своим организмом, что внешне проявляется в несговорчивости, упрямстве. Ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддается предсказанию, диффузными опасениями и тревожными ожиданиями. Конституциональная предрасположенность к возникновению тревожных реакций, устранение которых достигается путем формирования ограниченного поведения.

Для установления взаимосвязи выявленных характерологических особенностей и предъявляемых психосоматических жалоб у пациентов с соматоформными расстройствами применили корреляционный анализ, где в качестве характерологических особенностей взяли данные опросника СМОЛ и данные Гиссенского опросника для выявления психосоматических жалоб. В результате корреляционного анализа была выявлена прямая умеренная связь шкалы «Ипохондрия» опросника СМОЛ со шкалами «Истощение» ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,001$ ); «Желудочные жалобы» ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,035$ ); «Боли в различных частях тела» ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,025$ ); «Сердечные жалобы» ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,024$ ); «Интенсивность жалоб» ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,001$ ) Гиссенского опросника. Полученные результаты указывают на взаимосвязь характерологических особенностей с интенсивностью предъявляемых жалоб у пациентов с соматоформными расстройствами.

С помощью корреляционного анализа проанализировали взаимосвязь психологических и характерологических особенностей личности у пациентов с соматоформными расстройствами. Для этого использовали данные «Торонтской алекситимической шкалы – 26 (TAS)», данные опросника «SCL-90-r» (SOM – соматизация; O-C – обсессивность-компульсивность; INT – интерперсональная сензитивность; DEP – депрессивность; ANX – тревожность; NOS – враждебность; PNOB – фобии; PAR – паранойяльность; PSY – психотизм) и опросника «СМОЛ» (данные таблицы 2).

**Таблица 2. Взаимосвязь психологических и характерологических особенностей личности у пациентов с соматоформными расстройствами ( $r$  – коэффициент корреляции Пирсона)**

СМОЛ	TAS*	SCL-90-r								
		SO M	O-C	INT	DE P	AN X	HO S	PH OB	PA R	PSY
Ипохондрия	<b>,366</b>	<b>,608</b>	,220	<b>,402</b>	<b>,495</b>	<b>,318</b>	,279	,248	,249	<b>,342</b>
Депрессия	,241	,104	,264	,240	,218	- ,025	,171	,087	,193	,176
Истерия	,182	,139	,213	- ,130	- ,001	- ,158	,264	,108	,224	,048

Психопатия	<b>,546</b>	,023	<b>,611</b>	,158	<b>,317</b>	,188	<b>,593</b>	,240	<b>,605</b>	,275
Паранойальность	<b>,504</b>	,150	,267	,031	,084	,146	<b>,371</b>	,221	<b>,483</b>	,229
Психастения	<b>,585</b>	<b>,422</b>	<b>,343</b>	<b>,565</b>	<b>,517</b>	<b>,408</b>	<b>,362</b>	<b>,325</b>	<b>,450</b>	<b>,511</b>
Шизоидность	<b>,715</b>	,281	<b>,497</b>	,289	<b>,399</b>	<b>,395</b>	<b>,631</b>	<b>,359</b>	<b>,628</b>	<b>,391</b>
Гипомания	<b>,540</b>	,144	,241	,093	,307	,195	<b>,516</b>	,258	<b>,498</b>	<b>,334</b>

\* - корреляция со шкалами опросника СМОЛ

\*\* - жирным выделены статистически достоверные связи

Исходя из представленных данных таблицы 2 выявлена прямая умеренная связь шкалы «Ипохондрия» с данными опросника «Торонтской алекситимической шкалы» и со шкалами «Соматизация», «Интерперсональная сензитивность», «Депрессивность», «Тревожность» и «Психотизм». Более выраженная ипохондрия связана с более выраженной алекситимией в структуре личности пациентов с соатоформными расстройствами, а также с выраженной соматизацией, проблемами в межличностных отношениях, высокой тревожностью и депрессивной симптоматикой, наличием психотических проявлений. Прямая умеренная связь была выявлена по шкале «Психопатия» со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Депрессивность», «Враждебность», «Паранойальность» и со значениями «Торонтской алекситимической шкалы». Выявлена прямая умеренная связь шкалы «Паранойальность» со шкалами «Враждебность» и «Паранойальность» опросника SCL-90-г и «Торонтской алекситимической шкалой». Шкала «Психастения» была связана со всеми шкалами опросника SCL-90-г и «Торонтской алекситимической шкалой». Шизоидность была взаимосвязана со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Депрессивность», «Тревожность», «Враждебность», «Фобии», «Паранойальность», «Психотизм» и «Торонтская алекситимическая шкала». Гипомания была взаимосвязана с «Торонтской алекситимической шкалой» и шкалами опросника SCL-90-г – враждебность, паранойальность и психотизм.

Для выявления социальных факторов риска, которые влияют на формирование характерологических особенностей у пациентов соматоформных расстройств, перекодировали значения шкал опросника СМОЛ в бинарные значения, где 0 – ниже нормативных значений опросника по Т-баллам, 1 – высокие значения опросника. Применили частотный анализ с использованием  $\chi^2$  Пирсона и точного критерия Фишера, если ожидаемые частоты < 5 встречаются более чем в 20% полей таблицы. В результате были выявлены следующие факторы риска, влияющие на развитие ипохондрии: конфликтные взаимоотношения с матерью в детстве ( $p = 0,045$ ); безразличные взаимоотношения с отцом в детстве ( $p = 0,002$ ); частые семейные конфликты в детстве ( $p = 0,011$ ); трудности адаптации в школе ( $p = 0,022$ ); отсутствие большого количества друзей ( $p = 0,009$ ); семейное положение (42,3%

незамужних имели высокие показатели ипохондрии по сравнению с другими пациентами) ( $p = 0,019$ ); неудовлетворенность доходом ( $p = 0,003$ ); частые конфликты на работе ( $p = 0,009$ ). Социальные факторы риска, оказывающие влияние на депрессию, как характерологическую особенность у пациентов с соматоформными расстройствами: конфликтные взаимоотношения с учителями в школе в детстве ( $p = 0,033$ ). На выраженность психастении влияли такие социальные факторы как: наличие психотравмирующих ситуаций в школе ( $p = 0,001$ ); отсутствие удовлетворенности доходом ( $p = 0,022$ ); наличие психологического насилия на работе ( $p = 0,012$ ) и тяжелая нагрузка на работе ( $p = 0,028$ ).

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлены статистически достоверные различия в характерологических особенностях у пациентов с соматоформными расстройствами и здоровыми людьми. У пациентов с соматоформными расстройствами были выявлены такие характерологические особенности как: ипохондрия, депрессия, психастения, которые были взаимосвязаны с психологическими факторами – алекситимией, а также соматизацией, депрессивностью, межличностной сензитивностью, тревожностью, фобией, психотизмом. Социальные факторы оказывают влияние на развитие характерологических особенностей у пациентов с соматоформными расстройствами. Полученные результаты следует учитывать при проведении диагностики и лечения у пациентов с соматоформными расстройствами.

### Список литературы

1. Брябрина, Т.В. Характеристика дискриминативной способности методики ММРІ при решении задач дифференциальной диагностики соматоформных расстройств / Т.В. Брябрина, М.А. Березин // Вестник УЮрГУ. – 2009. – Т. 7, № 42. – С. 42-51.
2. Навасардян, Е.В. Динамическая оценка психологического состояния пациентов, страдающих соматоформными расстройствами / Е.В. Навасардян, М.С. Артемьева, А.Г. Лазукова // Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2017. – Т. 21, №1. – С. 70-75.
3. Пережогин, Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации / Л.О. Пережогин. – М. – 2015. – 22 с.
4. Прибытков, А.А. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии / А.А. Прибытков, А.Н. Еричев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 3-10.
5. Прибытков, А.А. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах / А.А. Прибытков, И.О. Юркова, Ю.Б. Баженова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 2. – С. 31-35.

6. Собенников, В.С. Соматизация и соматоформные расстройства / В.С. Собенников. – Иркутск. - 2014. - 304 с.
7. Чижова, А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств / А.И. Чижова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. - № 8. – С. 110-122.

## **СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТАЖА ВОСПИТАТЕЛЕЙ**

*Велиева С. В.*

**Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева им. И. Я. Яковлева, Чебоксары, Чувашская Республика**

**Аннотация.** Профессионального выгорания и организационного стресса у начинающих педагогов и со стажем работы свыше 30 лет позволило установить, что у молодых специалистов толерантность к организационному стрессу ниже, а склонность к профессиональному выгоранию выше, чем у стажистов.

**Ключевые слова:** начинающие воспитатели, организационный стресс, профессиональное выгорание, стаж.

## **RELATIONSHIP OF PROFESSIONAL BURNOUT INDICATORS AND PEDAGOGICAL EXPERIENCE OF TEACHERS**

*Velieva S. V.*

**Chuvash State Pedagogical University named after I. Ya. Yakovlev them. I. Ya. Yakovleva, Cheboksary, Chuvash Republic**

**Abstract.** Professional burnout and organizational stress among novice teachers and with more than 30 years of work experience made it possible to establish that young specialists have a lower tolerance to organizational stress and a higher propensity for professional burnout than trainees.

**Keywords:** novice educators, organizational stress, professional burnout, seniority.

**Актуальность.** В последние годы проблема сохранения профессионального здоровья педагогов становится особенно актуальной. Увеличение многозадачности и разноплановости работы, временных затрат, требований со стороны общества и субъектов образовательных отношений к личности и деятельности воспитателей, обуславливают их эмоциональное истощение (А. М. Первитская [3]), нестабильность настроения (Б. А. Гунзунова [2]), утрата интереса и положительных чувств к Другому (М. Б. Пшеницына, В. В. Голубев [4]). Исследованиями Р.И. Валиева [1], Б.А. Гунзуновой [2],

установлены особенности профессионального выгорания специалистов помогающих профессий. Так, Б.А. Гунзунова [2] установила особенности эмоционального выгорания в связи с характером общения в помогающих и несоциально-экономических профессиях. В этой связи в фокусе внимания оказываются все субъекты образовательного процесса. При постоянном интенсивном общении, тесном контакте со множеством людей, значительной ответственности, высокой аффективности профессиональной среды, – требуется сохранение равновесных психических состояний, устойчивость эмоционально-волевой сферы, высокая работоспособность и саморегуляция. Актуальным проблемным полем в этой области оказывается изучение специфики проявления субфакторов профессионального выгорания у воспитателей детских садов.

#### **Цель исследования.**

С целью установления проявлений синдрома выгорания у педагогов было обследовано 284 педагога, из них со стажем работы от 10 месяцев до 3 лет – 180 человек и с выслугой от 30 лет – 104 респондента, работающих в дошкольных образовательных организациях г. Чебоксары. Средний возраст составил у стажистов  $51 \pm 6$ , у молодых педагогов  $27 \pm 4$  лет ( $M \pm \sigma$ ).

#### **Материалы и методы.**

В нашем исследовании применялась шкала организационного стресса Мак-Лина (OSS) в адаптации Н.Е. Водопьяновой, опросник Т. Maslach, S. Jackson (MBI/ПВ) в адаптации Е.С. Старченковой и Н.Е. Водопьяновой. Выявление силы корреляционных связей в группах выборки осуществлялось с помощью уравнения парной регрессии коэффициента линейной корреляции Пирсона.

#### **Результаты.**

Данные шкалы OSS позволили установить высокий уровень толерантности к организационному стрессу у 11,1% молодых педагогов и у 19,3% стажистов. Эти респонденты обнаруживают личностные качества, обеспечивающие равновесное состояние, терпение, адекватное ситуации поведение. К ним относятся сформированная рефлексия, терпимость, креативность, готовность к инновациям и средний уровень тревожности. Они обладают интересами, выходящими за рамки профессии, понимают и принимают ценности окружающих, сохраняют высокую эффективность и активность, гибкость, продуктивность поведения и деятельности в обычных и трудных ситуациях.

Средний уровень общего интеграционного показателя организационного стресса выявлен у 46,7% молодых педагогов и у 71,1% стажистов. Этой категории педагогов характерна меньшая устойчивость к стрессу, чем первой группе. Однако, в целом поведение характеризуется сбалансированностью и сохранением работоспособности, высокой продуктивности деятельности и в трудных ситуациях, и при длительной нагрузке в профессиональной деятельности. Сочетают в своем поведении признаки педагогов с высокой и низкой толерантностью к организационному стрессу (по Фридману).

Индекс организационного стресса выше 50 баллов зарегистрирован у 46,7% молодых педагогов и у 71,1% стажистов. У этой группы педагогов выявляется высокая восприимчивость к организационному стрессу, ригидность поведения, слабая направленность на самопознание и коммуникацию, недостаточное принятие ценности окружающих, отказ от активного отдыха, пассивность в восстановлении жизненных ресурсов.

Данные, полученные с помощью опросника МВИ/ПВ, позволили установить, что у молодых педагогов наиболее выражено эмоциональное истощение (высокий уровень – 48,9% и средний уровень – 17,8%) и деперсонализация (высокий уровень – 46,7% и средний уровень – 11,1%). У стажистов эти грани выгорания также набрали высокие значения, хотя и в меньшей степени, чем у молодых педагогов: эмоциональное истощение (высокий уровень – 19,2% и средний уровень – 15,4%), деперсонализация (высокий уровень – 19,2% и средний уровень – 34,6%).

Выявление силы корреляционных связей в группах выборки осуществлялось с помощью уравнения парной регрессии коэффициента линейной корреляции Пирсона. Высокая статистически значимая положительная связь установлена между стажем и редукцией личностных достижений ( $r_{xy}=0,975$  при  $p\leq 0,05$ ), интегральным показателем профессионального выгорания ( $r_{xy}=0,838$  при  $p\leq 0,05$ ), умеренная прямая связь с эмоциональным истощением ( $r_{xy}=0,5$  при  $p\leq 0,05$ ) и уровнем организационного стресса ( $r_{xy}=0,473$  при  $p\leq 0,05$ ). Для показателя деперсонализации обнаружена слабая обратная связь ( $r_{xy}=-0,196$  при  $p\leq 0,05$ ) со стажем.

**Выводы.** Таким образом, корреляционный анализ показал, что чем меньше стаж педагога, тем интенсивнее вероятность проявления организационного стресса, признаков эмоционального истощения, умаления своих профессиональных достижений, интегративного показателя профессионального выгорания. Увеличение признаков равнодушия, скрытого негативного и формального отношения к субъектам образовательных отношений (воспитанникам, их родителям, коллегам), расстройство самовосприятия личности мало связано со стажем профессиональной деятельности.

### Список литературы

1. Валиев, Р. И. Сравнительное изучение распространенности эмоционального выгорания преподавателей и специалистов хирургического профиля / Р. И. Валиев, Ю. А. Кнни, О. Р. Радченко // Медицина труда и пром. экология. – 2019. – №9. – С. 579–580.

2. Гунзунова, Б. А. Компоненты эмоционального выгорания у различных категорий педагогических работников / Б. А. Гунзунова // Мир науки, культуры, образования. – 2016. – №1 (56). – С. 241–245.

3. Первитская, А. М. Профессиональное выгорание педагогов дополнительного образования / А. М. Первитская // Вестник Костромского

государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2018. – №3. – С. 87-91.

4. Пшеницына, М. Б., Голубев, В. В. Особенности профессионального выгорания личности педагогов (на примере сравнения учителей и воспитателей районного и областного центров) / М. Б. Пшеницына, В. В. Голубев // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2019. – №1. – С. 103–107.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

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

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

**Аннотация.** В статье представлен анализ психологических изменений у больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Анализ нервно-психической нарушений проводился с помощью анкетирования больных и статистического метода. Установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания.

**Ключевые слова:** изменения, психологические характеристики, эмоциональное состояние, статус.

## **PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM**

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

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** The article presents an analysis of psychological changes in patients with pathology of the cardiovascular system. The analysis of neuropsychiatric disorders was carried out using a questionnaire of patients and a statistical method. It is established that the quality of life of patients is interrelated with the features of the clinical course of the disease.

**Keywords:** changes, psychological characteristics, emotional state, status.

**Актуальность.** Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с каждым годом возрастает. Болезнь является стрессогенным фактором, она сопровождается целой гаммой эмоций, меняет жизненные планы, перспективу на будущее, изменяет мотивацию и имеет помимо медицинских, также психологические и социальные аспекты. Личностная

реакция на заболевание зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека [2].

**Цель:** изучить психологические проблемы больных с гипертонической болезнью и определить перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами было проведено изучение качества жизни 148 пациентов с диагнозом: 1. Гипертоническая болезнь II стадия, риск 3; 2. Гипертоническая болезнь III стадия, риск 4. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. Больные, находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-медицина» города Курска Курской области. Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ «BioStat» и Microsoft Excel [4].

**Выводы:** установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания. Показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов, с диагнозом: Гипертоническая болезнь III стадия, риск 4. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе) по сравнению с теми, у кого Гипертоническая болезнь II стадия, риск 3. Выявлены низкие значения качества жизни «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – Гипертоническая болезнь III стадия, риск 4, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в высокой степени.

Было также определено, что субъективная оценка КЖ пациентов с ИБС определяется не только тяжестью соматического состояния, но и комплексом психологических факторов - личностными особенностями, актуальным 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.

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: выявление психологических характеристик, связанные с уровнями удовлетворенности жизнедеятельностью, позволяет наряду с медикаментозной терапией рекомендовать психологическую коррекцию к дополнению в блок стандартных лечебных и реабилитационных мероприятий с целью повышения КЖ больных.

#### **Список литературы:**

1. Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Психологические особенности личностной структуры больных с соматической патологией и перспективы коррекции // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием. Под редакцией П.В. Ткаченко. Курск, 2018. С. 98-101.
2. Конопля Е.Н., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Мансимова О.В. Анализ психологического здоровья пациентов с ИБС // 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. 135-137.
3. Лесная Н.П., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н. Депрессии в общесоматической практике // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы V Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2015. С. 65-68.
4. Мансимова О.В., Конопля Е.Н., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Лесная Н.П., Горетая М.О. Энергодефицитные состояния: современные представления об этиологии // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. Курский государственный медицинский университет; Под редакцией Ткаченко П.В., Курск, 2016. С. 144-146.

### **ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

*Жидкова Д.С., Недуруева Т.В.*

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

**Аннотация.** Статья посвящена теоретическому анализу отечественной литературы, изучающей роль семьи в овладении образовательной программы детьми младшего школьного возраста. Теоретически обосновывается вклад семьи в психологическое благополучие учащихся, выделяются наиболее значимые детерминанты успешности и факторы возникновения трудностей в обучении.

**Ключевые слова:** социально-психологические детерминанты, роль семьи, трудности в обучении, младший школьный возраст

## **INFLUENCE OF THE FAMILY FACTOR ON THE OCCURRENCE OF LEARNING DISABILITIES. THEORETICAL ANALYSIS**

*Zhidkova D.S., Nedurueva T.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** The article is devoted to the theoretical analysis of Russian literature that studies the role of the family in mastering the educational program by children of primary school age. The contribution of the family to the psychological well-being of students is theoretically substantiated, the most significant determinants of success and the factors of the emergence of learning disabilities are highlighted.

**Keywords:** learning disability, socio-psychological determinants, the role of the family, primary school age.

Благополучие современного общества напрямую зависит от успешности интеграции подрастающего поколения в социальную систему. Школа является одним из важнейших институтов социализации. Ключевой функцией школы является учебно-воспитательная, которая включает в себя формирование у обучающихся норм социального поведения и культурных ценностей, развитие его индивидуальных способностей и навыков в учебной деятельности.

В настоящее время приоритетными задачами Министерства просвещения России являются создание конкурентоспособности отечественного образования и воспитание «гармонично развитой и социально ответственной личности». Для реализации поставленных целей разрабатываются национальные проекты, увеличивается финансирование из федерального бюджета, создаются необходимые инфраструктурные условия.

Согласно ст.43 Конституции РФ, основное общее образование, которое включает в себя начальное и основное общее, является обязательным для всех. Одним из ключевых показателей достижения цели образования является успешность овладения школьной программой.

В настоящее время во всем мире наблюдается рост количества детей, испытывающих трудности в обучении. Под термином «трудности в обучении» мы понимаем стойкую систематическую специфическую неспособность усвоения школьных знаний, умений и навыков, обусловленную парциальными отклонениями в формировании высших психических функций, детерминированных как нейробиологическими, так и социальными факторами. [1]. На фоне проблем в освоении школьной программы у детей может наблюдаться снижение учебной мотивации, познавательной активности, неуверенность в себе, раздражительность, конфликтность, социально-психологическая дизадаптация, признаки девиантного поведения.

Наиболее остро вопрос трудностей в обучении стоит в младшем школьном возрасте, поскольку ведущим видом деятельности является учебная деятельность, носящая обязательный, целенаправленный и социально значимый характер. Все ключевые новообразования, морфофункциональные и психологические изменения школьника направлены на успешное освоение образовательной программы. Через учебную деятельность складывается личность ребёнка, формируются психолого-акмеологические предпосылки продуктивного развития, приобретается опыт коллективной общественной деятельности [10].

Обобщая данные отечественных и зарубежных исследований, можно выделить следующие детерминанты, воздействие которых приводит к трудностям обучения:

1. экзогенные (средовые) факторы: социокультурные, школьные факторы риска, экологическое неблагополучие;

2. эндогенные (биологические) факторы: травмы и органические поражения ЦНС, генетическая предрасположенность, хронические заболевания, несформированность высших психических функций.

Среди множества причин значительное влияние оказывает семейный фактор, поскольку именно на членах семьи лежит обязанность в интеграции и социализации ребёнка, обучение первичным знаниям. Фундаментальные структуры психики человека формируются, прежде всего, на довербальном этапе, когда ребёнок пребывает в полной зависимости от родителей, поэтому именно в семье происходит формирование эмоционально уравновешенной и творчески направленной личности. Таким образом, целью работы является теоретическое изучение влияния семейных факторов на возникновение трудностей в обучении у детей младшего школьного возраста.

Проблема роли семьи и школы в жизни ребёнка привлекала отечественных педагогов еще с начала XX века (В.В. Зеньковский, Н.К. Крупская, А.С. Макаренко и др.). К настоящему времени мы имеем большую исследовательскую базу, свидетельствующую о незаменимости семьи в формировании личности ребёнка, а также о проблемах, связанных с проблемами воспитания его вне семьи [9].

В своих работах Ц.П. Короленко выделила взаимосвязь между типом воспитания и видом деструктивного поведения, влияющего на успешность овладения школьной программой. Гиперопека и гипоопека содержат в себе развитие отклоняющегося поведения [5]. Полученные результаты были подтверждены и последующих работах других авторов.

Так, при изучении характеристики взаимоотношений внутри семьи, Ю.С. Джос и Н.Н. Рысина обнаружили, что в семье с ребёнком испытывающего академическую трудность, в типе воспитания преобладает доминирующая гиперпротекция и эмоциональное отвержение [3]. При гиперпротекции, или, иными словами, гиперопеке, у ребёнка снижается самоответственность, затруднение в общении с окружающими, низкая мотивация достижения. При эмоциональном отвержении у ребёнка наблюдается бедность эмоциональной

сферы, чувство отчужденности и одиночества, низкая самооценка и ощущение ненужности своим родителям.

Проведя теоретический анализ зарубежной литературы, О.В. Котомина и А.И. Сажина пришли к выводу, что на академическую успешность школьников влияет социально-экономический статус и социальный капитал семьи. Финансовое благополучие семьи, наличие высшего образования родителей, полнота семьи и наличие братьев и сестёр, вовлеченность родителей в процесс обучения благотворно влияют на образовательный процесс школьника [6]. Наиболее важными факторами для детей младшего школьного возраста оказалось максимально активное участие родителей в жизни ребёнка, особенно при наличии старших братьев и сестёр. В том числе, немало важную роль занимает финансовое благополучие семьи, благодаря которому появляется возможность в посещении различных кружков и секций, дополнительных занятий. А также важность высокого дохода, которая объясняется возможностью для матери не работать и больше времени уделять воспитанию ребёнка.

В неполных семьях у детей может наблюдаться эмоциональная депривация и фрустрация потребностей, которые приводят к задержке развития, к дизадаптивным и деструктивным формам поведения. Нарушение условий развития приводит к аберрации ребёнка [11].

Важным фактором, влияющим на благополучное развитие ребёнка и последующее успешное обучение в школе, является желание и готовность будущих родителей иметь детей. В семьях, где матери хотели прервать беременность, чаще наблюдаются признаки школьной дизадаптации, которые нарастают с возрастом [4].

Говоря о современной семье, нельзя обойти такую проблему, как нарушение внутрисемейного общения и досуга. Дети и родители отдают предпочтение провести время в интернете, будь то социальные сети или компьютерные игры. Совместное времяпрепровождение уходит на второй план. Дети не делятся школьными новостями, личными переживаниями, возникающими трудностями, что затрудняет раннее обнаружение и своевременную коррекцию проблемы. Многочисленные исследования отечественных психологов доказывают, что общение ребёнка с взрослыми, является основополагающей детерминантой психического развития и здоровья детей [2, 7]. Дефицит общения влияет на все сферы развития ребёнка, проявляется в социальной и нравственной дезориентации, в возникновении «психического отчуждения» и аддикций.

Таким образом, мы видим, что внутрисемейный климат детерминирует психическое развитие ребёнка, влияет на формирование личности. Ценность семьи как института социализации и воспитания объясняется тем, что в ней ребёнок находится в течение значительной части своей жизни.

Погрешности в воспитании приводят к нарушениям поведения и эмоциональным расстройствам у детей, влекущие за собой трудности в образовательном процессе.

Анализ роли семейных факторов, воздействие которых приводит к трудностям в обучении, необходим для разработки комплексных коррекционных и профилактических мероприятий, что позволит установить доверительные и гармоничные отношения внутри семьи, сформировать адаптивные навыки взаимодействия, преодолеть трудности в обучении и снизить риск школьной дезадаптации.

### Список литературы

1. Ахутина Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. - СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Галигузова Л. Н. Становление потребности детей в общении с взрослыми и сверстниками // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии: Сборник научных трудов / Под ред. М.И. Лисиной. – М.:НИИ общей педагогики АПН СССР, 1980. – С. 55–78.
3. Джос Ю.С. Характеристика взаимоотношений в семье с детьми, имеющими трудности обучения и расстройства поведения / Ю.С. Джос, Н.Н. Рысина // – Новые исследования. – 2010. т. 1. №23. – С. 38–45.
4. Ключева Н.В. Психолог и семья: диагностика, консультация, тренинг. – Ярославль: Академия развития, 2001. – 160 с.
5. Короленко Ц.П. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск, 1990. – 224 с.
6. Котомина О. В. Влияние семейных факторов на академическую успеваемость обучающихся / О.В. Котомина, А.И. Сажина // Отечественная и зарубежная педагогика. 2021. Т. 1, № 1 (74). – С. 143–156.
7. Лисина М.И. Потребность в общении / Лисина М.И. // Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – С. 31–57.
8. Недуруева Т.В., Брежнева Д.С. Особенности пространственных представлений детей младшего школьного возраста с трудностями обучения / Коллекция гуманитарных исследований. -2020. - № 3 (24). – С. 10-17.
9. Семья и личность / Под ред. профессора Е.И. Сермяжко. — Могилев: МГУ им. А.А. Кулешова, 2003. - 101 с.
10. Ташина, Т.М. Психолого-акмеологические предпосылки продуктивного развития младших школьников с трудностями в обучении: дис. ... канд. псих. наук : 19.00.13 / Ташина Татьяна Михайловна; [Место защиты: Костром. гос. ун-т им. Н.А. Некрасова]. - Кострома, 2010. - 260 с.
11. Философия любви / Под общ. ред. Д.П. Горского; сост. А.А. Ивин. – М.: Политиздат, 1990. – 510 с.

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

*Казакова А.А., Шутеева Е.Ю., Шутеева Т.В.*

## Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Аннотация.** Рассеянный склероз представляет собой тяжелое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, которое проявляется не только чувствительными, двигательными, координаторными расстройствами, но и тревожно – депрессивными проявлениями, усугубляющими течение заболевания и снижающими качество жизни пациентов. Обследованы 50 пациентов, страдающих рассеянным склерозом в сочетании с тревожно – депрессивными расстройствами. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 30 испытуемых, получающих сертралин (серенату) в течение 2-х месяцев в дозировке 100 мг. в сутки. Контрольную группу составили 20 пациентов без сертралина. За период лечения серената показала анксиолитическое действие в отношении соматической и психической тревоги, с уменьшением показателей депрессии в группе испытуемых, получающих препарат сертралин.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, депрессия, сертралин.

### CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*Kazakova A.A., Shuteeva E.Yu., Shuteeva T.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** Multiple sclerosis is a severe demyelinating disease of the central nervous system, which manifests itself not only with sensory, motor, coordinating disorders, but also with anxiety and depressive manifestations that aggravate the course of the disease and reduce the quality of life of patients. The study involved 50 patients suffering from multiple sclerosis in combination with anxiety - depressive disorders. The patients were divided into 2 groups. The main group consisted of 30 subjects receiving sertraline (serenate) for 2 months at a dosage of 100 mg. per day. The control group consisted of 20 patients without sertraline. During the treatment period, serenata showed anxiolytic effect on somatic and mental anxiety, with a decrease in depression indicators in the group of subjects receiving the drug sertraline.

**Keywords:** multiple sclerosis, depression, sertraline.

**Введение.** Рассеянный склероз (РС) - одно из демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы, протекающее с тяжелым течением и характеризующееся следующими клиническими проявлениями: координаторными, двигательными, когнитивными, чувствительными и тазовыми нарушениями [1]. Особенностью проявления РС является наличие нервно-психической симптоматики. Данные проявления связаны не только с повреждением структур головного мозга, но и с психологическими

проявлениями как ответ на возникшее заболевание, наличием побочных эффектов применяемых лекарственных препаратов [2]. Нервно-психические проявления (нарушение сна, тревожно-депрессивные расстройства, повышенная утомляемость и другие симптомы) характеризуются высокой частотой встречаемости и разнообразием, оказывают существенное негативное влияние на пациентов, утяжеляя течение самого заболевания. Способствуют прогрессированию инвалидизации, что, в конечном итоге, существенно усугубляет качество жизни [3].

В связи с данной проблемой большое значение имеет терапия тревожно-депрессивных расстройств, которая должна включать немедикаментозные и медикаментозные методы лечения, быть эффективной, комплексной, достаточной по продолжительности [4]. В настоящий момент существует большой выбор препаратов, корректирующих тревожно-депрессивные нарушения. К ним относят трициклические антидепрессанты (ТЦА). Препараты данной группы находят достаточно частое применение у пациентов. Однако благодаря совокупности побочных действий ТЦА в виде ортостатической гипотензии, нарушения когнитивных функций, нарушения в работе мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем, данные препараты не находят широкого применения в качестве препаратов первой линии у пациентов с РС. Сейчас широко используются другие группы препаратов с антидепрессивными свойствами, побочные действия которых сведены к минимуму, что связано с отсутствием активных метаболитов в процессе их обмена [5]. К таким группам относят селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), представителем которых являются препараты группы сертралина. Сертралин обладает свойством блокировки в нейронах центральной нервной системы обратного захвата серотонина (5-НТ), в результате чего повышается уровень серотонина в синапсах. Данным механизмом обусловлены антитревожный и антидепрессивный эффекты. Избирательность данного препарата в отношении серотонина и низкая степень сродства к адренергическим, дофаминовым, холинергическим, гистаминовым, ГАМК, бензодиазепиновым и серотониновым рецепторам обуславливают низкую вероятность побочных эффектов, таких как сердечно-сосудистые, седативные [6].

**Цель.** Исследование безопасности и эффективности препаратов группы сертралина (серената) в отношении коррекции проявлений рассеянного склероза в виде тревожно-депрессивных расстройств.

**Материалы и методы.** В обследовании принимали участие 50 пациентов, имеющих диагноз рассеянный склероз в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами (женщины - 33, мужчины - 17). Средний возраст пациентов составил  $42,1 \pm 8,5$  года. Диагноз РС был поставлен в соответствии с критериями Мак Дональда. По расширенной шкале инвалидизации Expanded Disability Status Scale (EDSS) была выявлена соответствующая степень выраженности неврологического дефекта. Среднее значение EDSS составило  $- 3,3 \pm 1,9$ . У 43% больных первые проявления

заболевания наблюдались в виде пирамидных расстройств, у 21% пациента — были выявлены симптомы поражения зрительного анализатора, координаторные расстройства наблюдались в манифестации у 19%, нарушения чувствительности – у 10%. Начало заболевания с поражением черепно-мозговых нервов в сочетании с другими расстройствами был выявлен у 7% пациентов соответственно. У 14 человек был выявлен прогрессирующий тип течения, ремиттирующий – у 36 человек. В нашем исследовании отсутствовали пациенты с первично-прогрессирующим типом течения РС.

Часть пациентов (28 человек) получала иммуномодулирующую терапию (глатирамера ацетат, бета-интерферон). Все пациенты в должной мере получали курсами традиционное симптоматическое лечение в виде антиоксидантов, вазоактивных препаратов и нейрометаболитов.

Эффективность проводимой терапии была оценена по шкалам тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS и HARS). Все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу были включены 30 испытуемых, получавших в целях коррекции депрессивных проявлений сертралин (серенату) в течение 2-х месяцев в дозировке 100 мг. в сутки. В контрольной группе находились 20 пациентов без сертралина.

Статистическая обработка была проведена с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0.

**Результаты.** В обеих группах исследуемых пациентов тяжелой депрессии в результате проведенного исследования выявлено не было. Определение степени выраженности депрессивных расстройств по шкале депрессии Гамильтона выявило 74,5% пациентов с депрессией умеренной степени, 25,5% - депрессией легкой степени. Согласно шкале оценки тревоги Гамильтона практически у всех исследуемых было обнаружено состояние тревоги. Следует отметить, что помимо неврологических и тревожно-депрессивных симптомов, практически у всех пациентов были обнаружены фобии, расстройства сна, утомляемость, разный по интенсивности и локализации болевой синдром. Выше приведенные проявления усугублялись чувством вины в отношении родственников, заниженной самооценкой и недовольством к жизни в целом. За период времени серената показала в отношении психической и соматической тревоги протivotревожный эффект (таблица 1). Настроение данных пациентов более стабилизировалось, появилась более реальное оценивание состояния своего здоровья и позитивная оценка своего будущего. Пациенты замечали снижение депрессивно-тревожных проявлений концу 2-го месяца приема серенаты. Было отмечено некоторое уменьшение болевых ощущений, что можно связать с норадренэргическим эффектом используемого препарата, улучшилось качество сна, также снизилась раздражительность.

**Таблица 1 Результаты оценки выраженности тревоги и депрессии по HARS и HDRS**

Шкала Гамильтона	Группа	До лечения	После лечения
------------------	--------	------------	---------------

Уровень тревоги (HARS)	серената	22,3±2,3	12,8±2,5*
	контроль	21,8±1,8	21,3±1,5
Уровень депрессии (HDRS)	серената	18,8±2,2	11,8±2,2*
	контроль	18,2±2,2	17,8±2,2

\*  $p < 0,05$

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты указывают на необходимость оценки показателей тревоги и депрессии при рассеянном склерозе с последующей корректировкой данных расстройств, что оптимизирует ведение этой группы больных и улучшает качество жизни данных пациентов.

### Список литературы

1. Шутеева Т.В. Нарушения астенического круга у больных с рассеянным склерозом / Т.В.Шутеева, Е.А.Логачева, Е.Л.Полякова // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход : материалы VI Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Курск, 2016. – С. 322-324.
2. Логачева Е.А. Астения и качество жизни у больных рассеянным склерозом/ Е.А.Логачева, Т.В.Шутеева, А.А.Толмачева// Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета в 3-х томах. – Курск 2016.- Т.2. - С. 229-232.
3. Логачева Е.А.Тревожно-депрессивные расстройства и их динамика у больных рассеянным склерозом /Т.В.Шутеева, А.А.Толмачева // Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета в 3-х томах. – Курск 2016.- Т.2. - С. 226-229.
4. Шутеева Т. В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции / Т. В. Шутеева // РМЖ. – 2018. – Т. 26. – № 4-2. – С. 80-84.
5. Гриднев М.А. Современные подходы к коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом / М. А. Гриднев, Е. Ю. Шутеева, Е. А. Логачева, Т. В. Шутеева // Региональный вестник. – 2019. – № 15(30). – С. 9-10.
6. Шутеева, Т. В. Сертралин в комплексной терапии диабетической полинейропатии / Т. В. Шутеева // Региональный вестник. – 2020. – № 2(41). – С. 26-28.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ: РЕСУРСНЫЙ ПОДХОД (СТРАТЕГИЯ И ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ)**

*Клюева Н.В.*

**Ярославский государственный университет, Ярославль, Россия**

**Аннотация:** в статье рассмотрено понятие "психологическое благополучие". Описаны возможности позитивной психологии и ресурсного подходы к психологической поддержке студентов. Представлен опыт реализации проекта Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова "Самое время", направленного на активизацию личностных ресурсов студентов в условиях пандемии и дистанционного обучения.

**Ключевые слова:** психологическое благополучие, позитивная психология, ресурсный подход, психологическая поддержка студентов, психологический марафон, консультация, интерактивная лекция, просвещение.

## **PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF STUDENTS: RESOURCE APPROACH (STRATEGY AND IMPLEMENTATION EXPERIENCE)**

*N. V. Klyueva*

**Federal State Educational Institution of Higher Education "Yaroslavl State  
University"**

**Abstract:** The article discusses the concept of "psychological well-being". The possibilities of positive psychology and resource-based approaches to psychological support of students are described. The experience of the implementation of the project of the Yaroslavl State University named after P.G. Demidov "It's about time", aimed at enhancing the personal resources of students in the context of a pandemic and distance learning.

**Keywords:** psychological well-being, positive psychology, resource approach, psychological support of students, psychological marathon, consultation, interactive lecture, education.

В статье представлено теоретическое обоснование и опыт реализации проекта "Самое время" (психологическая поддержка студентов Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова).

Распространение пандемии, переход на дистанционный формат обучения обусловил множество психологических последствий для студентов и преподавателей. Если говорить о студентах, то особенно остро среагировали на происходящее первокурсники, для которых существенно затруднился процесс адаптации, вхождение в учебную деятельность, возникли сложности с

установлением контактов в учебной группе и с преподавателями. Исследование, проведенное ВШЭ совместно Томским государственным университетом, в котором приняли участие 35 000 студентов из более чем 400 вузов России (<https://www.rbc.ru/society/19/08/2020/5f3bbdae9a7947d167de1a41>) показало, что чаще всего у студентов возникали технические проблемы и перебои с интернетом (52%), им не хватало общения с сокурсниками (43%), очных дискуссий с преподавателями (41%). Больше трети учащихся пожаловались на сложность обучения дома (39%) и проблемы с концентрацией при самостоятельном изучении материала (36%). 34% столкнулись со сложностью при ответах преподавателю в онлайн-формате. Больше половины опрошенных студентов (65%) отметили, что обучение в дистанционном формате менее эффективно, чем обычное. Еще 58% респондентов заметили, что часто откладывают выполнение заданий на потом, а треть (34%) испытывали проблемы со сном. В то же время больше трети (43%) стали меньше уставать от учебы после перехода в онлайн.. Ощущение стресса и беспокойства за будущее чаще стали испытывать 66%. Четверть (26%) респондентов отметили увеличение времени на хобби, еще 32% ответили, что оно не увеличилось и не уменьшилось, 42%, наоборот, обратили внимание на его сокращение.

Эти обстоятельства, а также то, что в университете существует ярославская психологическая школа, в которой разрабатываются проблемы психологического благополучия и подходов к ее формированию, руководством университета было принято решение о реализации масштабного проекта психологической поддержки студентов. Студенты предложили назвать проект "Самое время"

Цель проекта: повышение уровня психологического благополучия студентов и вклад в формирования психологически безопасной и дружественной образовательной среды в вузе.

Задачи:

- повышение учебной мотивации и снижение риска отчисления студентов;
- улучшение качества взаимодействия в студенческих группах;
- снижение рисков, связанных с суицидальными намерениями, кризисными и проблемными состояниями студентов; развитие навыка психогигиены;
- развитие организационных ценностей, способствующих созданию психологически безопасной и дружественной среды в университете;
- формирование компетенций студентов (навыки работы в команде, управление стрессом, навыки лидерства и самомотивации, развитие осознанности и саморефлексии);
- формирование профессиональных компетенций студентов факультета психологии.

На первом этапе командой проекта (руководитель - Ключева Н.В.) была сформирована его теоретико-методологическая база. В основу работы психологов со студентами были положены *идеи позитивной психологии, ресурсного подхода, андрагогики и методология событийного подхода*. Также

обязательным условием реализации проекта стало *использование информационно-коммуникационных технологий*.

*Позитивная психология* предполагает опору на личностные ресурсы, это фокусированная установка, в соответствии с которой психолог взаимодействует со студентами. Объектами внимания в проекте стали жизненная энергия и сила; позитивные эмоции — радость, наслаждение, удовлетворение жизнью, чувство близости; конструктивные мысли о себе и своем будущем; уверенность в себе; мудрость, умение оказывать поддержку себе и другим, смелость, творчество, оптимизм, жизнестойкость, умение обнаруживать смысл, альтруизм; здоровые отношения в близком социальном окружении [ 2,3,4,5].

Взаимодействуя со студентами, психолог стремится увидеть позитивные стороны личности. Практически не используются такие негативно окрашенные коннотации как проблема, недостатки. Это способствует повышению доверия студентов к психологам, существенно снижает сопротивление к освоению нового опыта, выводит из позиции ученика, следующего за авторитетом, Как следствие, у студентов повышается степень осознанности того, в чем их сила, на какие качества им опираться в учебной деятельности и общении. с которой невозможно было справиться, находясь внутри нее.

Акцент, который представляется нам важным в работе со студентами - осознание и актуализация личностных ресурсов (ресурсный подход). *Ресурсный подход* рассматривает процесс «распределения ресурсов», дающий возможность личности более успешно адаптироваться к различным жизненным обстоятельствам (М.А. Холодная; В.А. Бодров, Е.А. Сергиенко, С.А. Хазова, R.S. Lazarus, S. Folkman, S.E. Hobfoll). Термин «ресурсы» рассматривается с различных точек зрения: ресурсы и стратегии жизни (К.А. Абульханова-Славская; Л.И. Анцыферова); как средства и опора в преодолении жизненных трудностей (В. А. Бодров; Р. Лазарус; Д.А. Леонтьев); как компонент в саморегуляции поведения и в регуляции деятельности (Л. Г. Дикая, С. А. Шапкин; Е.Ю. Кожевникова; Т.Л. Крюкова; Е. А. Петрова; С. А. Хазова и др.). Д.А. Леонтьев определяет «ресурсы», как «индивидуальные особенности, в зависимости от которых задачи мобилизации, адаптации к стрессовой ситуации, ее преодоления и предотвращения неблагоприятных последствий решаются легче или, напротив, труднее» [1, с.43].

Важно, чтобы студенты осознавали возможность влиять на собственную жизнь, осознавать какой вклад они вносят в качество отношений с собой и окружающими. *Создание событий* – это социальное творчество, предполагающее активность и внутреннюю мотивацию. События «вплетены» в жизненный путь, создают биографию, становятся частью истории личности через мифы, фото, кино, видеосъемку, рисование и др. способы фиксации событий. События энергетически заряжены и ресурсны с точки зрения актуализации мотивации развития, создания позитивных эмоций, вовлечения окружающих. Создание событий - эффективный инструмент сплочения студенческой группы, который учит кооперативности, формирует навыки коммуникации, ответственности, самоменеджмента.

Основанием построения работы со студентами является *андрагогика* - процесс обучения взрослых, который основан на принципах процессного консультирования и предполагает организацию опыта саморазвития в ходе творческого решения проблем. Базовыми принципами консультирования являются принцип исследования действием и обучения в деятельности, что предполагает выявление реальных практических проблем студентов, их исследование, нахождение способов решения. Именно поэтому движение от действия к знаниям, а не информирование по поводу возникающих трудностей представляется более обоснованным в представляемом проекте.

В проекте используются *информационно-коммуникационные технологии*: интерактивные лекции на платформе Zoom. Психологические марафоны проводятся в группе Вконтакте. Видеоролики и просветительские материалы размещаются в сети Интернет, на сайтах ЯрГУ им. Демидова, факультета психологии, НП "Региональная Ассоциация психологов-консультантов". Это позволяет информировать и вовлекать руководителей и преподавателей вуза в проект, создавая общее смысловое поле, в котором идеи благополучия и заботы о психическом здоровье являются приоритетными, тем самым создается управляемая дружественная среда.

Формы работы, которые были использованы в проекте: десять интерактивных лекций на платформе ZOOM (кол-во участников - 2030 студентов), четыре психологических марафона (в среднем в одном марафоне приняло участие 160 студентов); темы марафонов: «Самое время восстановить ресурс». Марафон «Самое время мыслить эффективно». «Самое время управлять настроением», "Самое время управлять неопределенностью». Было опубликовано 22 просветительских статьи, студентами были сняты два видеоролика по практикам психологического самопомощи. 87 студентов прошли консультации у психологов, психотерапевтов и психиатров.

Ценностью проекта является то, что в нем активно участвуют студенты факультета психологии, специализирующиеся в психологическом консультировании, что позволяет им развивать профессиональные навыки, организаторские умения, проявлять ответственность и социальную активность.

В 2022 году запланировано продолжение проекта, в котором, кроме указанных выше форм работы, будет запланировано выездное образовательное мероприятие, на котором студенты разных факультетах ЯрГУ им. П.Г. Демидова познакомятся с практиками психологической поддержки себя и своего окружения.

### **Список литературы**

1. Леонтьев Д.А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практической конференции. Кострома, 2010. Том 2. С. 40-42.

2. Огнев А.С. Гончар С.Н. Позитивная психология в системе непрерывного профессионального образования (на примере курса "Жизненная навигация") Непрерывное образование: XXI век. 2013 г., № 2, с.85-90.
3. Селигман М.Е.П. Новая позитивная психология: пер. с англ. М.: София, 2006.
4. Positive Education: Positive Psychology and Classroom Interventions/ Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, Oxford Review of Education Vol.35, No.3, June 2009, pp. 293-311.
5. Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. & Fischer, S.A. ( 1993) Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders, Journal of Abnormal Psychology, 102, 110-120.

## **СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

*Колеватова А.С., Кузнецова А.А.*

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

**Аннотация.** Несмотря на многочисленные методы лечения алкоголизма, частота срывов и рецидивов ремиссии остаются высокими. Повышение качества ремиссии при алкогольной зависимости является актуальным вопросом при построении реабилитационной программы. В статье делается акцент на социальных и психологических аспектах качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, алкоголизм, ремиссия, качество ремиссии, социально – психологические факторы.

## **SOCIO - PSYCHOLOGICAL FACTORS OF REMISSION FORMATION IN ALCOHOL ADDICTION**

*Kolevatova A.S., Kuznetsova A.A.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** Despite numerous methods of treating alcoholism, the frequency of breakdowns and relapses of remission remain high. Improving the quality of remission in alcohol addiction is an urgent issue when building a rehabilitation program. The article focuses on the social and psychological aspects of the quality of remission in people with alcohol dependence.

**Keywords:** alcohol dependence, alcoholism, remission, remission quality, socio - psychological factors.

Проблема алкогольной зависимости является актуальным вопросом как в медицине, так и в социальном плане, поскольку его негативные последствия затрагивают все стороны жизни не только больного, но и его окружения. Алкоголизм в социальном плане представляет собой неумеренное употребление спиртных напитков, которые оказывают губительное влияние на состояние здоровья, бытовые и семейные взаимоотношения, трудоспособность человека и общества в целом. Высокий уровень встречаемости алкоголизма и малая эффективность противоалкогольной терапии придают изучению клиники и реабилитации при данном заболевании первостепенное значение.

В настоящее время проблема повышения качества, стабилизации ремиссии при алкогольной зависимости изучена недостаточно полно, хотя она обладает достаточно высокой, в первую очередь, практической значимостью.

Ремиссия представляет собой стадию течения хронического заболевания, когда большая часть или целиком пропадают симптомы болезни, но имеются в латентной форме, а значит могут появиться при необходимых условиях. [4]

Проблема о повышении качества ремиссии в настоящее время изучена не полностью, что сказывается на частой встречаемости алкогольной зависимости, так и с недостаточной готовностью специализированной службы к практической реализации задач действенной социально - психологической реабилитации больных.

Ремиссия является «стойкой», если длится более трех лет. На длительность ремиссии воздействуют такие факторы, как отношение больного к самому процессу лечения и соответствующие установки, длительность процесса реабилитации, социальная ситуация, в которой находится пациент, характер межличностных отношений и т.д. Вероятность появления «срыва», согласие на воздержание от алкогольных напитков, зависит от комплексного действия личностных, социальных и психологических характеристик личности. [3]

Качество ремиссии считается наиболее существенным критерием, отражающим эффективность проведения реабилитационной программы. Согласно МКБ – 10, под ремиссией при алкогольной зависимости понимается «воздержание» и классифицируется по длительности и условиям протекания. В некоторых научных источниках также встречается определение ремиссии, как «стойкой клинической компенсацией абстинентных проявлений при достижении должного соотношения элементов регуляторных систем».

Наиболее важным критерием качества ремиссии является уровень реадaptации больного к здоровому образу жизни, поскольку уровень социально – психологической адаптации является основным показателем, характеризующим устойчивость ремиссии.

При составлении и проведении реабилитационной программы следует учитывать некоторые факторы: взаимоотношения супругов между друг другом и с детьми, роль семьи как системы тесных межличностных отношений.

Под социально – психологическими понимают факторы, которые формируют поведение личности, социальные, культурные, которые

детерминируют психический склад человека в социальной среде в определенный этап его развития. В свою очередь они подразделяются на внешние (окружающая ситуация в обществе) и внутренние (особенности личности).

Среди социально – психологических факторов, оказывающих влияние на формирование качества ремиссии, выделяют: знакомство с опытом выздоровления других людей; следование правилам программы лечения в медицинском учреждении; негативное отношение к сложившейся семейной обстановкой; улучшение взаимоотношений в семье, как цель прохождения программы реабилитации; признание необходимости в обращении за помощью.

Среди социально-психологические факторов, оказывающих негативное влияние на формирование качества ремиссии: сосредоточенность на побочных задачах в урон лечению; недостаточно серьезное отношение к реабилитационным занятиям; несоблюдение рекомендаций специалистов после выписки; удовлетворенность имеющимися семейными взаимоотношениями.

На формирование ремиссии влияют также индивидуально-психологические качества лиц с алкогольной зависимостью, такие как готовность к соблюдению трезвого образа жизни, желание не только сохранять достигнутые результаты, но и преумножать их, реадaptация в социальной среде (сохранение положительных взаимоотношений в семье, трудоустройство); устойчивость в эмоциональных проявлениях; зрелая жизненная позиция; низкий уровень тревоги; наличие мотивов, направленных на улучшение состояния собственного здоровья и отсутствие алкогольной зависимости.

На каждом этапе ремиссии психологические и социальные факторы в разной степени влияют на состояние больного. На первых этапах ремиссии, например, доминируют биологические факторы. В связи с этим возникает необходимость учета разных факторов, которые будут наиболее существенными на разных этапах ремиссии. Следовательно, необходимо учитывать психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью и особенности его окружения в связи с клиническими характеристиками, совокупность которых составляет «максимальный потенциал восстановления пациента». [1]

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что для определения уровня адаптации больных к здоровому образу жизни качественных характеристик ремиссии, можно выделить три основные компонента, такие как личностный, эмоциональный и когнитивный.

Основными социально – психологическими факторами формирования ремиссии при алкогольной зависимости являются: отношение к употреблению спиртных напитков, уровень образования; сформированность коммуникативных навыков; уровень семейных взаимоотношений; готовность к взаимодействию со специалистами и следованию рекомендациям реабилитационной программы.

Не мало важными являются факторы: признание проблемы и принятие ответственности за ее формирование; понимание в необходимости помощи в связи со сложившейся ситуацией, а также готовность ее принять.

Формирование эмпатии в суге с желанием и способностью отстаивать собственное мнение являются одними из основных критериев в процессе формирования ремиссии.

В иностранной литературе указывают следующие факторы, влияющие на формирование ремиссии при алкогольной зависимости: зрелый возраст; готовность пациента полностью отказаться от спиртного; его готовность приложить все собственные силы для достижения поставленной цели.

Установлено, что целеустремленность и осознанности жизни, которые обладают определенной временной перспективой и настоящей опорой в действительности, которые подкреплены личной ответственностью за их осуществление, являются основными критериями, которые определяют развитие стабильности и качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью. Восприятие собственной жизни как осознанной и эмоционально наполненной, удовлетворенность собственной жизнью и имеющимися результатами с принятием личной ответственности за это – представляют собой факторы, которые мешают возобновлению алкоголизации.

#### **Список литературы**

1. Коцюбинский А.П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний / А.П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – №3. – С.3-7.
2. Морогин В.Г., Костина Н.П. Социально-психологическая история алкоголизации России // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 14.
3. Петрунько О.В., Брюханова Е.Н. Факторы формирования длительных ремиссий у больных алкогольной зависимостью // Acta Biomedica Scientifica. 2017. №5-2 (117). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-formirovaniya-dlitelnyh-remissiy-u-bolnyh-alkogolnoy-zavisimostyu> (дата обращения: 28.11.2021).
4. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 560 с: ил.

### **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУРСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

*<sup>1</sup>Левченко Е.В., <sup>2</sup>Роцин Ю.В., <sup>3</sup>Лучкина С.Д.*

<sup>1</sup>Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

<sup>2</sup>ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск, Россия  
<sup>3</sup>Курский государственный университет, Курск, Россия

**Аннотация:** статья посвящена социально-психологическим аспектам в укладе психиатрического стационара в связи с пандемией COVID-19 и роли социальных психологов и психотерапевтов в этом процессе.

**Ключевые слова:** организация психиатрической помощи, социальный психолог, психотерапевт, пандемия COVID-19.

## **SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN THE KURSK CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE EXTREME CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC**

*<sup>1</sup>Levchenko EV, <sup>2</sup>Roshchin YuV, <sup>3</sup>Luchkina SD*

<sup>1</sup>Kursk State Medical University, Kursk, Russia

<sup>2</sup>Kursk Clinical Psychiatric Hospital, Kursk, Russia

<sup>3</sup>Kursk State University, Kursk, Russia

**Abstract:** the article is devoted to the socio-psychological aspects in the structure of a psychiatric hospital in connection with the COVID-19 pandemic and the role of social psychologists and psychotherapists in this process.

**Keywords:** organization of mental health care, social psychologist, psychotherapist, COVID-19 pandemic.

Пандемия COVID-19 показала необычайную хрупкость нашего мира. В результате нее изменился жизненный уклад всех сообществ. Социальные и экономические потрясения, вызванные COVID-19, затронули каждого жителя планеты.

COVID-19 стал не только испытанием на прочность для российской системы здравоохранения в целом, но и дал мощный импульс к оперативной перестройке существующей системы здравоохранения. С 2020 года здравоохранение Курской области проходит испытание коронавирусной инфекцией.

Любое современное учреждение здравоохранения имеет свой стиль управления. В сфере деятельности со столь высоким компонентом интеллектуального труда (врачи, медсестры) традиционно преобладает директивный стиль со стороны руководства. Реалии современности потребовали многое изменить в структуре власти, ввести новые требования. Это не могло не сказаться на отношении медперсонала к организационным нововведениям. Медицинские работники столкнулись со стрессом, высоким фактором информационной неизвестности. Значительно выросли показатели

тревожности, среди среднего и младшего медперсонала появилась разобщенность, многие хотели немедленно уволиться. В коллективе появились оптимисты, пессимисты и полностью равнодушные люди, чья позиция только усилила общее напряжение.

Процесс приспособления к нововведениям почти всегда сопровождается невротическими и психосоматическими расстройствами, девиантными отношениями, «шоком перехода» [3,4].

Для коррекции и сглаживания шоковых реакция сотрудников психбольницы были оперативно мобилизованы психотерапевтические бригады, включающие в себя врачей-психотерапевтов, социальных и медицинских психологов, социальных работников. Наряду с деятельностью по оказанию помощи административным структурам, связанной с повышением их социально-психологической компетентности, бригады адаптировали медперсонал к происходящим изменениям: снимали социальную напряженность, проводили занятия по социальной психогигиене [2].

Для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции был мобилизован весь имеющийся ресурсно-кадровый потенциал: за короткий промежуток времени необходимо было разработать и внедрить масштабные инфраструктурные и кадровые преобразования. Эти преобразования велись сразу по нескольким направлениям.

Все знают правила оказания медицинской помощи больным, страдающим респираторными инфекциями. Но коронавирус потребовал регулярного проведения инструктажей, постоянного напоминания о соблюдении мер эпидемиологической безопасности. С приходом пандемии появились новые задачи, решать которые пришлось очень быстро.

В условиях пандемии COVID-19 ни на один день не прекращалась помощь пациентам с психическими расстройствами. Эпидемиологическая ситуация внесла определенные корректировки в лечебный процесс. Известно, что пациенты с психическими расстройствами находятся в группе риска.

Поэтому на входе в корпуса больницы был организован контроль термометрии медицинских работников. На территории всей психиатрической больницы действует строгий масочный режим: все работники обязаны передвигаться по больнице в масках, это касается не только врачей и сестер, но также административного персонала, техников и уборщиков территории. Защитные маски получают также все пациенты, поступающие в больницу. Закуплено достаточное количество СИЗ и этот запас постоянно пополняется. Всем работникам регулярно проводится тестирование на антитела к коронавирусу и ПЦР-диагностика на наличие инфекции в организме. При наличии положительных результатов медики направляются на лечение. Все эти меры были направлены на то, чтобы не допустить одновременного заражения большого числа врачей и медсестер и не остановить лечебный процесс. К счастью, ни одно из отделений больницы не снизило объемы оказываемой помощи.

В больнице организовано зонирование и маршрутизация потоков поступающих пациентов. В максимально короткие сроки в психбольнице также организовано три карантинных обсервационных подразделения на 50 коек каждое, куда пациенты направляются до получения результатов ПЦР. В случае выявления у пациента коронавируса он направляется в красную зону больницы, где ему оказывают помощь врачи-психиатры и инфекционисты одновременно, при отрицательном ПЦР тесте больной направляется в общее отделение по принципу районирования. Обсервационные отделения и красная зона больницы оказались в фокусе пристального внимания психотерапевтических бригад. Именно здесь был приложен максимум усилий по применению релаксационных техник, коррекции поведенческих ситуационных нарушений, по объему просветительной работы.

Из каждой жизненной ситуации мы выносим определенные уроки, и надо стараться искать во всем положительные моменты. Как ни странно, пандемия многому нас научила. Подводя итоги, можно сказать, что в любой, а особенно экстремальной ситуации социальные и медицинские психологи становятся равноправными коллегами врачей, оказывающими действенную помощь в их нелегком и благородном деле [1,2]. Благодаря совместным усилиям психологов и психотерапевтов в больнице удалось достигнуть оптимального уровня микроклимата, позволяющего успешно бороться с пандемией, сохранив профиль и специфику психиатрического стационара.

### **Список литературы**

1. Бузин, В. Н. Роль социологии управления в системе массовых коммуникаций / В. Н. Бузин. — Текст : непосредственный // Вестник РГУ им. И. Канта. — 2010. — № 6. — С. 128-134.
2. Социальная психология : Учеб. пособие для студентов вузов / [А. Н. Сухов и др.]; Под ред. А. Н. Сухова и А. А. Деркача. - М. : Academia, 2001. — 599.
3. Политиками не рождаются: как стать и остаться эффективным политическим лидером / Е. Абашкина, Е. Егорова-Гантман, Ю. Косолапова [и др.]. — Психологическое пособие для политиков. В двух книгах. — Москва : РИФ Антиква, 1993. — 221 с. + 221 с. - 424 с. с. — Текст : непосредственный.
- Яковлева, Н. В. О социально-психологической готовности врачей к введению бюджетно-страховой медицины / Н. В. Яковлева, О. Е. Коновалов, О. В. Гусева. — Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. — 1993. — № 7.

### **ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕГРУЗОК У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КГМУ. ОПЫТ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ**

*<sup>1</sup>Левченко Е.В., <sup>1</sup>Котова Д.В., <sup>2</sup>Ласкорунский В.Ю., <sup>1</sup>Бельских И.А.*

<sup>1</sup>Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**<sup>2</sup>Областной медико-социальный реабилитационный центр имени  
преподобного Феодосия Печерского, Курск, Россия**

**Аннотация.** Представлен опыт применения физических упражнений невысокой интенсивности в качестве профилактики эмоциональных перегрузок преподавателей кафедры психиатрии.

**Ключевые слова:** профессиональное здоровье педагогических работников, эмоциональные перегрузки, физическая культура, профилактика стресса.

**PREVENTION OF EMOTIONAL OVERLOADS FOR TEACHERS OF  
KSMU. EXPERIENCE OF THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY**

*Levchenko E., Kotova D., Laskorunsky V., Belskih I.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Regional Medical and Social Rehabilitation Center named after St. Theodosius  
of Pechersky, Kursk, Russia**

**Abstract.** The experience of the use of physical exercises of low intensity as the prevention of emotional overload of teachers of the Department of Psychiatry is presented.

**Keywords:** professional health of teachers, emotional overload, physical education, stress prevention.

Реформа высшего образования в России стремительно преобразует экономику, политику и общественную жизнь. Жизнь и условия деятельности профессорско-преподавательского состава высшей школы напрямую зависят от уровня профессионального здоровья и необходимых условий, обеспечивающих профессиональную трудоспособность и долголетие педагогов.

Работа со студентами - это особая ответственность, мощные эмоциональные нагрузки, потенциальная опасность возникновения профессионального стресса. Создавая для студентов условия эмоционального комфорта, преподаватели чаще всего забывают о сохранении собственного здоровья [1]. В последние два года традиционный формат преподавания претерпел значительные изменения. Признанное эффективным комбинированное обучение стало привычной реальностью сегодняшнего дня. Несмотря на удобство и обоснованность смешанного формата преподавания, большинство преподавателей нашего ВУЗа и кафедры психиатрии в частности, отметили высокую умственную, эмоциональную и психологическую нагрузку. Сочетание одновременно очного и дистанционного преподавания, занятия «в два этажа», одновременное присутствие на кафедре 4 групп российских и

иностранных студентов, все это требует максимальной сосредоточенности, выносливости и высокого профессионализма. Наращиваемый образовательный темп приводит к появлению симптомов хронической усталости, снижению уровня работоспособности, снижению самооценки, эмоциональному истощению, обострению хронических заболеваний [1].

Организация работы по сохранению психического здоровья педагогов является одной из наиболее актуальных задач современной системы образования, а проблема саморегуляции эмоциональной сферы – одной из важнейших психолого-педагогических проблем, актуальных для личностного и профессионального развития современного преподавателя [1].

Профессия преподавателя малоподвижна, в связи с этим среди преподавателей по данным различных мониторингов распространены основные проблемные нозологии 21 века: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, варикозная болезнь, сахарный диабет.

«Известно, что положительные эмоции менее устойчивы и более затратны в плане психологической энергии. Негативные эмоции подпитывают сами себя, и чем больше мы в них погружаемся, тем дольше они будут длиться и могут постепенно перейти в негативное мировосприятие» [2].

Потенциал физической культуры, лечебной физической культуры, терапии творческим самовыражением в нивелировании этих негативных явлений достаточно высок.

При использовании научно-обоснованных физкультурно-оздоровительных программ, с индивидуальным дифференцированным подходом к каждому преподавателю получается наиболее эффективным образом снимать утомление, повышать общую и профессиональную работоспособность, целенаправленно укреплять здоровье.

Программы производственной гимнастики, физической культуры и лечебной физической культуры как профилактические мероприятия внедренные в систему образования способны улучшить психологический микроклимат в коллективе, сократить трудовые потери за счет повышения функциональных возможностей организма [1, 2, 3]. Физкультурно-оздоровительная работа с педагогическим коллективом кафедры психиатрии КГМУ в девятом семестре 2021 года явилась пилотным проектом профилактики эмоционального выгорания. Во время перемен проводилась производственная гимнастика с участием преподавателей и студентов русскоязычных групп. Отдельно уделялось внимание психопрофилактическим беседам о значении и пользе здорового образа жизни.

Применялись циклические несложные физические упражнения и дыхательные методики.

Выраженность эффективности двигательного компонента была настолько велика, что позволила говорить о «двигательной эйфории», обнаруживающейся при выполнении циклических упражнений невысокой интенсивности.

После девяти недель регулярных занятий производственной гимнастикой все преподаватели кафедры отметили улучшение настроения и общего самочувствия.

Таким образом, коллектив кафедры считает, что регулярные физические упражнения невысокой интенсивности, как элемент научной организации труда можно рекомендовать ввести в структуру образовательного процесса в качестве профилактического средства поддержания высокой работоспособности на протяжении рабочего дня

Немаловажным компонентом восстановления ресурсного состояния организма принято считать все виды творчества. Сотрудники кафедры совместно с педагогом-психологом фармацевтического колледжа и сотрудниками медико-социального реабилитационного центра организовали регулярные походы в театр юного зрителя студентов и преподавателей. Это способствовало развитию наставничества, сближению поколений, повышению авторитета профессорско-преподавательского состава. Кроме этого решено было попробовать проводить взаимные сеансы психоэмоциональной разгрузки с применением суггестии и трансовых погружений в среде преподавателей. С начала семестра проведено 4 психотерапевтических занятия. Методы взаимной релаксации требуют доработки, чтобы в дальнейшем их можно было успешно применять в структуре образовательного процесса, в том числе и на других кафедрах нашего университета.

Биологический и психологический возраст, физическое состояние как выражение резервов психологического и соматического здоровья преподавателя может рассматриваться как новый подход противоэпидемической революции, в основе которой лежит стратегия управления как психическим, так и соматическим здоровьем человека на основе профилактических подходов [2].

### **Список литературы**

1. Калошин В.Ф. Стресс в педагогической деятельности. – Харьков: «Основа», 2008. – 222 с.
2. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. - СПб.: Питер, 2002. - 752 с.
3. Митяева И.Ю. Курс управления стрессом. - М.: ИЦК «МарТ», 2004. - 208 с.

## **ПЕСОЧНОЕ ИГРОВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Лихачева Э.В., Николаева Л.П., Огнев А.С., Огнева Н.А.*

**Российский новый университет, Москва, Россия**

**Аннотация:** Показано, как песочное игровое моделирование (ПИМ) помогает осознать клиенту то, что с ним происходит и почему это вызывает у

него подобные реакции, как такое моделирование способствует конструктивной переработке имеющихся психотравм, как с его помощью могут быть найдены глубоко осмысленные эффективные решения имеющихся проблем и символическим путем проведена эмоциональная настройка на их успешную реализацию. Дано описание признаков готовности клиента к деструктивным формам поведения и показаны пути их профилактики.

**Ключевые слова:** безопасность образовательной деятельности, песочное игровое моделирование, самообладание, саморазвитие.

## **SAND GAME MODELING AS A MEANS OF INCREASING THE SAFETY OF EDUCATIONAL ACTIVITIES**

*Likhacheva E.V., Nikolayeva L.P., Ognev A.S., Ogneva N.A.*

**Russian New University, Moscow, Russia**

**Abstract.** The article presents how sand game modeling (SGM) helps the client to understand what is happening to him and why it causes him to react like this, how such modeling contributes to the constructive processing of existing psychotraumas, how deeply meaningful effective solutions to existing problems can be found with its help, and an emotional adjustment for their successful implementation was carried out symbolically. The description of the signs of the client's readiness for destructive forms of behavior is given and the ways of their prevention are shown.

**Keywords:** safety of educational activities, sand game modeling, self-control, self-development.

Волны социально-политических и экономических потрясений, а также обусловленные пандемией проблемы радикальной перестройки всех сфер нашей жизни существенно обострили вопросы обеспечения безопасности образовательной среды. Наряду с множеством организационных факторов ситуацию в этом плане существенно усугубляет массированное информационное воздействия на всех участников современной образовательной деятельности. Проблему усиливает еще и то, информации становится не просто больше. В ней стремительно растет доля негативного контента. Поэтому не вызывает удивления рост проявлений тревоги, вспышки агрессии, деструктивного поведения у самых разных участников образовательной деятельности. В ходе поиска путей решения этой проблемы с учетом имеющихся на данный момент практических наработок [1-12] и опыта решения аналогичных проблем нашими зарубежными коллегами нами было высказано предположение, что заметного усиления безопасности образовательной деятельности может дать широкомасштабное внедрение элементов песочного игрового моделирования (ПИМ).

ПИМ – это построение на песке с помощью игрушечных фигурок, миниатюр таких композиций, которые ассоциируются у человека с какими-то событиями (достижение своей мечты, важные переговоры, ответственное выступление, проведение учебного занятия, реализация сложного проекта, трудоустройство, реорганизация и т.п.) или сторонами его жизни (важная для этого человека организация, отношения с соседями, его трудовой коллектив, учебная группа и т.д.). В результате ему удастся наглядно представить, что и как можно сделать для улучшения таких ситуаций и управления такими событиями, подготовиться к реализации своих замыслов.

В ходе выбора подходящей игрушечной миниатюры, ее размещения в песочном контейнере намечающееся в виде едва уловимых образов решение обретает материализованное выражение и может быть более-менее отчетливо зафиксировано. Посредством игрушечных миниатюр, исполняющих роль своего рода «переходных объектов» [4], и работы с ними некоторые существующие на досимволическом уровне компоненты психики создающий песочную композицию человек преобразует в разряд интуитивно понятных ему символов – в то, что он в состоянии постигать и на уровне переживаний, и на уровне осознания. Песочные композиции помогают их автору настроиться на особый режим осмысления чего-то для него значимого даже тогда, когда это значимое еще не поддается четкому словесному описанию и обычно ускользает от его внимания.

В ходе игрового моделирования песочные картины с успехом могут выполнять функцию перевода во внешний план содержания внутреннего мира человека, неосознаваемых составляющих используемой им на интуитивном уровне схемы ориентировки. Фрагменты такой схемы ориентировки не только осознаются и подобно «внутреннему компасу» помогают координации человеком своих действий, но еще и способствуют ревизии и согласованию разнонаправленных устремлений.

Верно и обратное. Созданные рациональным путем компоненты схемы ориентировки в результате метафорического представления их в виде песочной композиции, осмысление заложенных в них символов через сопровождающие эти процессы переживания могут обретать свое аффективное содержание. Это способствует свертке такой схемы ориентировки до уровня новых аффективно заряженных комплексов позитивной направленности, действующих и на уровне подсознания в виде определенного рода установок.

Инструментальные исследования последних десятилетий показывают, что только формированием новых психологических конструкций подобного рода моделирование не ограничивается. Согласно данным о работе мозга, о характере изменений сердечного ритма это способствует созданию и развитию новых нейронных связей, преобразованию путей прохождения нервных импульсов, балансировке работы симпатической и парасимпатической составляющих нервной системы человека [2; 4; 9-12]. Ориентируясь на свои переживания, координируя свои действия согласно «внутреннему компасу»,

стремясь «шагать в ритме ударов своего сердца», создающий модель желаемого будущего - это будущее одновременно и постигает, и репетирует [4; 8].

С учетом сказанного становится понятным, почему важно отслеживать ситуации, когда проявляющиеся эмоции явно не соотносятся с тем, что автор композиции о ней рассказывает. Особенно это касается сочетаний вроде бы беспроблемного текста и выраженных проявлений негативных переживаний – тревоги, душевной боли, гнева и т.п. В таких случаях клиенту особенно важно именно то, чтобы его услышали, а не только дали высказаться. Здесь искренняя демонстрация понимания, молчаливое принятие клиента гораздо важнее интерпретации созданных им картин и выбранных игрушечных миниатюр.

Как отмечают Л. Каннингем, Б. Тернер, В. Щербакова [4; 7; 8], интерпретация песочных композиций не считается ни единственным, ни даже самым эффективным инструментом работы с песочными композициями. Ведущему такую работу психологу вообще рекомендуется в крайнем случае использовать лишь амплификацию, под которой подразумевается демонстрация целого спектра возможных значений выбранных игрушечных миниатюр и созданных композиций. При этом задачей психолога в этом случае будет не «угадывание значений», а содействие клиенту в поиске смысла им сделанного для самого себя. По мнению Рут Амманн, слов произнесено должно быть ровно столько, сколько требуется для того, чтобы созидательный процесс двигался вперед [8]. И если для этого достаточно одного молчаливого присутствия, то именно им и следует ограничиться.

Подобное молчание не означает отсутствие коммуникации. Линда Каннингем относит его к разряду особого сомато-эмоционального молчаливого общения, которое протекает на уровне матриархального бессознательного. Так мать своим объятием молча сообщает ребенку о том, что он под ее защитой. Подобным образом отец своим присутствием обозначает значимость для него события, в котором участвуют его дети. Так и опытный учитель может одним лишь взглядом без всяких слов показать ученику, когда он «на его стороне».

В песочном моделировании одна из важнейших задач ведущего, инструктора состоит в формировании, сохранении и укреплении у создающего композицию клиента ощущения защищенности. Клиент, учащийся при необходимости должен получать содействие в поиске ответов на волнующие его вопросы. Выразиться это содействие может в уже упомянутых амплификациях, «молчаливом понимании», в заостряющих внимание клиента на важных элементах композиции вопросах. Повышению чувства защищенности также способствует и то, что многие эмоционально насыщенные образы рассматриваются опосредованно как вынесенные вовне модели, символически обозначенные следы переживаний, а не как сами переживания непосредственно. Клиенту нет необходимости постоянно фокусироваться на далеко не всегда приятных переживаниях. Достаточно рассматривать их как бы со стороны, регулируя по своему усмотрению психологическую дистанцию между собой и предметом своих переживаний, управляя таким способом степенью вовлеченности в само переживание.

Наполненные агрессией, насилием, хаосом разрушения, «зловещими» картинами композиции – серьезный повод для более глубокого изучения личностных особенностей их автора и его жизненных намерений. Вытесненное в область бессознательного, такое содержание психики в определенных ситуациях может быстро найти свое воплощение в реальной жизни в виде не менее агрессивных и ужасных поступков.

Также повышенного внимания требуют скудные по своему содержанию, «депрессивные», безжизненные картины. Зачастую это манифестация переживаемого их авторами разрушительного дистресса. Так можно обнаружить не только намеренно скрываемые, но и недоступные сознанию даже самого клиента деструктивные установки и влечения. Уровень их вытеснения может быть таким, что обнаружить их можно не за счет абстрактной рефлексии и вербализации, а только лишь в символическом виде.

Отреагирование в ходе песочного игрового моделирования сдерживаемых и скрываемых от окружающих аффективных реакций служит не только средством выявления переживаемых человеком безутешного горя, мучительных сомнений, затаенной жгучей обиды, парализующего страха, «садистской ненависти к себе и горячей ярости» [4]. Путем такого отреагирования человек на уровне манипуляции с символами ищет цивилизованные варианты профилактики опасных форм их проявления. Это становится возможным благодаря тому, что песочные композиции и игрушечные миниатюры довольно успешно выполняют роль материальных проекций аффективно заряженных комплексов, фиксирующих в памяти человека опыт переживания различных значимых событий. С помощью таких проекций этот опыт можно актуализировать и, если это необходимо, преобразовывать путем осознания и изменения отношения к нему через повторное менее интенсивное и контролируемое переживание прошлых событий. За счет переосмысления таких событий, изменения связанного с ними опыта может быть изменена эмоциональная насыщенность подобных аффективно заряженных комплексов, повышен уровень самоконтроля человеком за их актуализацией и характером заложенных в них переживаний, а также скорректировано связанное с этими переживаниями поведение.

Как инструмент довербально-символической ориентировки ПИМ помогает понять человеку то, что с ним происходит и почему это вызывает у него подобные реакции. Такое моделирование помогает конструктивной переработке имеющихся психотравм, формирует и культивирует установку на их успешное купирование. С его помощью могут быть найдены глубоко осмысленные, многократно проверенные решения, а также выполнена путем работы с символами эмоциональная настройка на успешную реализацию таких решений.

Будучи «интервенцией низкого риска», ПИМ может быть без особого труда освоено не только работающими в различных учебных заведениях психологами, но и педагогами различного профиля, преподавателями-предметниками, тьюторами, коучами и социальными работниками. Богатый

опыт практического использования различных форм и методов работы с песочными композициями в консультировании и коррекционной работе [1; 3-8] позволяет надеяться на то, что этот метод при наличии политической воли к его применению может в кратчайшие сроки стать ценной составляющей системы обеспечения безопасности образовательной деятельности любого рода. Сопоставимость выполняемых в ходе игрового песочного моделирования процедур создает хорошие предпосылки для интенсивного обмена опытом между применяющими его специалистами. А это одно из условий быстрого развития и повышения эффективности любого метода. Незначительные расходы на оборудование кабинетов для игрового песочного моделирования делают его широкомасштабное внедрение вполне реальным. Быстрая и нетрудоемкая фиксация создаваемых композиций в виде цифровых снимков как отчетов о выполненной работе облегчает контроль за совершаемыми процедурами. Работа с визуальными образами делает игровое песочное моделирование вполне экологичным для «цифрового поколения», получающего возможность для конструктивного использования феномена «клипового сознания». Все это в итоге позволяет вполне обоснованно утверждать, что песочное игровое моделирование – один из перспективных методов, поддающийся быстрому широкомасштабному внедрению в систему российского образования для повышения ее психологической безопасности.

### Список литературы

1. Доронина Е.В. Практические рекомендации по использованию метода «песочной терапии». – Великий Новгород, 2013. – 26 с.
2. Зернов В.А., Козинцева П.А., Лихачева Э.В., Николаева Л.П., Огнев А.С., Дымарчук Д.Д., Есенин Д.С., Кагонян Р.С., Льянова Э.М., Масленникова П.А., Мизин Н.В. Применение компьютерного кардиографа «Кардиокод» в инженерной и социальной психологии. // Высшее образование сегодня. 2019. №3. С. 68-75.
3. Зинченко-Евстигнеева Т.Д. Игра с песком: практикум по песочной терапии. – СПб.: Речь, 2019. – 256 с.
4. Каннингем Л. Сэндплей и терапевтические отношения. – М., 2018. – 178 с.
5. Огнев А.С., Николаева Л.П., Лихачева Э.В. Психологическое песочное моделирование как инструмент позитивного субъектогенеза. – М., Изд-во "Спутник+", 2020. – 134 с.
6. Сакович Н.А. Технология игры в песке. – СПб.: Речь, 2008. – 176 с.
7. Тернер Б. Руководство по сэндплей-терапии. – М.: Дипак, 2015. – 648 с.
8. Щербакова В. Миры на песке. Песочная терапия. – Рига, 2010. – 293 с.
9. Ognev A.S., Zernov V.A., Likhacheva E.V., Nikolaeva L.P., Rudenko M.Y., Dymarchuk D.D., Yesenin D.S., Maslennikova P.A., Mizin N.V. Cardiometric detection of effects and patterns of emotional responses by a human individual to verbal, audial and visual stimuli. // *Cardiometry*. 2019. № 14. С. 79-86.

10. Zernov V.A., Lobanova E.V., Likhacheva E.V., Nikolaeva L.P., Dymarchuk D.D., Yesenin D.S., Mizin N.V., Ognev A.S., Rudenko M.Y. Cardiometric fingerprints of various human ego states // *Cardiometry*. 2019. № 15. С. 38-42.
11. Zernov V.A., Lobanova E.V., Likhacheva E.V., Nikolaeva L.P., Dymarchuk D.D., Yesenin D.S., Mizin N.V., Ognev A.S., Rudenko M.Y., Galoi N.Y., Sudarikova A.R. Cardiometric evidence data on human self-control of emotional states in the context of the use of metaphoric associative cards // *Cardiometry*. 2020. № 16. С. 55-61.
12. Zernov V.A., Lobanova E.V., Likhacheva E.V., Nikolaeva L.P., Ognev A.S., Rudenko M.Y. Cardiometric confirmations of psychotherapeutic effectiveness of psychological sand modeling // *Cardiometry*. 2021. № 19. С. 38-42.

**КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (В ПЕРИОД КАРАНТИНА COVID-19)**

*Ловкис А.А.*

**Балтийский федеральный университет им.Иммануила Канта,  
Калининград, Россия**

**Анотация.** проблема агрессивности у больных шизофренией и пограничными расстройствами личности является одной из важных в психиатрии. Увеличение уровня агрессии может привести к потенциально опасным действиям по отношению к обществу и к себе самим. В настоящее время мы можем столкнуться с трудностями, связанными с карантинными ограничительными мерами и трудностью выявления механизмов агрессии у больных пограничными расстройствами личности. Мы часто исследуем только внешние проявления, забывая о внутренних мотивах агрессивного поведения у больных. Глубинное психологическое содержание феномена агрессии не является полностью изученным [1].

**Ключевые слова:** личность, расстройства, социальный стресс, карантин.

**CLINICAL AND PHENOMENOLOGICAL FEATURES OF THE  
STRUCTURE OF AGGRESSIVENESS OF PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS  
DURING THE PERIOD OF SOCIAL STRESS DISORDERS (DURING THE  
COVID-19 QUARANTINE)**

*Lovkis A.A.*

**Baltic Federal University named after Immanuel Kant, Kaliningrad, Russia**

**Abstract.** The problem of aggressiveness in patients with schizophrenia and borderline personality disorders is one of the most important in psychiatry. An increase in the level of aggression can lead to potentially dangerous actions towards society and towards ourselves. Currently, we may face difficulties related to quarantine restrictive measures and the difficulty of identifying the mechanisms of aggression in patients with borderline personality disorders. We often investigate only external manifestations, forgetting about the internal motives of aggressive behavior in patients. The deep psychological content of the phenomenon of aggression is not fully studied [1].

**Keywords:** personality, disorders, social stress, quarantine.

**Цель исследования:** изучить клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности у больных с пограничными расстройствами личности и шизофренией в период пандемии COVID-19.

**Методы исследования:** 1) клинико-психологический (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса); 2) психометрический (опросник Басса-Пеппи, Hand-тест, тест Сонди, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»); 3) математико-статистический. Полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 11.0.1) методами математической статистики. [3]

**Материалы исследования:** больные распределены на 2 группы: больные пограничными расстройствами личности 4(Г) и параноидной формой шизофрении. Больные параноидной формой шизофрении разделены на 3 подгруппы: 1(А) подгруппа - пациенты, находящиеся на стационарном лечении, мужского пола, возрастом от 18 до 55 лет, страдающие параноидной формой шизофрении, с длительностью заболевания до 5 лет. 2(Б) подгруппа – пациенты, находящиеся на стационарном лечении, мужского пола, возрастом от 18 до 55 лет, страдающие параноидной формой шизофрении, с длительностью заболевания от 5 до 10 лет. 3(В) подгруппа - пациенты, находящиеся на стационарном лечении, мужского пола, возрастом от 18 до 55 лет, страдающие параноидной формой шизофрении, с длительностью заболевания от 10 лет и более. Результаты: наибольшая агрессивность была выявлена в группе больных пограничными расстройствами личности - общий показатель, показатели гнева, физической агрессии, враждебности, склонности к агрессивному поведению выше, чем у больных шизофренией в 3-х экспериментальных группах. Больные склонны к самообвинению. Для больных пограничными расстройствами наиболее характерен эмоционально-ориентированный копинг.

**Выводы:**

1. Агрессивность как свойство личности формируется в процессе социализации и играет роль в формировании границ индивида с внешним

окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности, установлению продуктивных межличностных контактов, адаптации к окружающему миру. Свойство агрессивности формирует в одном случае социально-позитивное поведение, в другом случае трансформируется в деструктивное поведение. Выделяют конструктивную (социализированную), деструктивную (тенденцию к разрушению объекта, разрыву отношений) и дефицитарную (направленную вовнутрь Я-структуры) агрессию.

2. Для больных пограничными расстройствами личности характерно повышение показателя поведенческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности больных пограничными расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии.

3. Карантин и социальная изоляция приводят к депрессии, алкоголизму и тревожным расстройствам, что способно ухудшить состояние здоровья у больных шизофренией и пограничными расстройствами личности.

4. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У больных пограничными расстройствами личности - структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда).

5. В группах больных пограничными расстройствами личности определяется повышение конструктивного варианта составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований. В группах больных шизофренией получены результаты, свидетельствующие о преобладании дефицитарного и деструктивного вариантов реализации агрессии.

6. В группе больных параноидной формой шизофрении с течением болезни до 5 лет характерны все виды реализации агрессии (конструктивный, деструктивный и дефицитарный), находящиеся в пределах нормы; с течением болезни от 5 до 10 лет характерны деструктивный и дефицитарный виды реализации агрессии; с течением от 10 лет и более характерны деструктивный и дефицитарный виды реализации агрессии. В группе больных пограничными расстройствами личности характерны все виды реализации агрессии (конструктивный, деструктивный и дефицитарный), находящиеся в пределах нормы.

7. Значительно снижает уровень стресса проведение сеансов психотерапии. Высокая эффективность проявила поведенческо-диалектическая терапия, которая оказывает влияние на саморазрушающее поведение больных с пограничными расстройствами личности, усиливающееся из-за применения карантинных мер. Также рекомендовано проведение консультаций с родственниками и близкими друзьями больных.

## Список литературы

1. <http://psychoanalysis.by/wp-content/uploads/2018/05/dinamicheskayapsihiatriya.pdf>
2. <https://psychiatr.ru/download/3416?view=1&name=Психосоциальная+реабилитация.pdf>
3. <https://www.psychol-ok.ru/statistics/ista/>

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Локтева А.В., Корнеева С.А.*

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

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности эмоциональной сферы детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, представлены результаты эмпирического изучения эмоциональной сферы. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата характеризуются сложностями в дифференциации своих эмоциональных состояний, неуверенностью, тревожностью, недостаточным самопринятием, склонностью к проявлению агрессии вследствие повышенной эмоциональной лабильности и импульсивности.

**Ключевые слова:** личность, эмоциональная сфера, нарушения опорно-двигательного аппарата, тревожность.

## FEATURES OF EMOTIONAL-WILL SPHERE OF CHILDREN WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

*Lokteva A.V., Korneeva S.A.*

**Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia**

**Abstract.** The article examines the features of the emotional sphere of children with disorders of the musculoskeletal system, presents the results of an empirical study of the emotional sphere. Children with disorders of the musculoskeletal system are characterized by difficulties in differentiating their emotional states, uncertainty, anxiety, insufficient self-acceptance, a tendency to aggression due to increased emotional lability and impulsivity.

**Keywords:** personality, emotional sphere, disorders of the musculoskeletal system, anxiety.

Изучение личностных особенностей детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является одним из наиболее актуальных направлений

для клинической психологии. Актуальность обусловлена значительной распространенностью и постоянным ростом количества детей с данным видом нарушений. На сегодняшний день в психологической науке имеется достаточно большое количество исследований, посвященных изучению эмоциональной сферы личности. Однако, исследования личностей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в большинстве случаев, ограничиваются изучением ортопедо-неврологического аспекта, а психологический аспект представлен лишь в единичных работах (Э.С. Калижнюк [1], В.В. Лебединский [2], И.И. Мамайчук [3] и др.).

**Цель исследования** заключалась в выявлении особенностей дисгармоний эмоциональной сферы у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В ходе исследования нами использовались следующие психодиагностические методики: «тест тревожности» (Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен), «тест школьной тревожности» (Б.Н. Филлипс), «hand-test» (Э. Вагнер), «тест эмоций» (тест А. Басса – А. Дарки в модификации Г.В. Резапкиной), «методика диагностики детских страхов» (А.И. Захаров).

Исследование проводилось на базе центра реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья села Весёлая Лопань (Белгородский район Белгородской области) и учениками СОШ. В исследовании принимали участие 40 детей в возрасте от 7 до 10 лет: 20 человек в экспериментальной и 20 человек в контрольной группах.

По **результатам анализа** выявили уровневые и содержательных характеристики эмоциональной сферы детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Как следует из результатов изучения тревожности, полученных с помощью «теста тревожности» Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен, респонденты экспериментальной группы характеризуются повышенным уровнем тревожности, что означает, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата во многих ситуациях повседневной жизни, в том числе нейтральных и привычных (например, игра со сверстниками, выполнение бытовых действий, общение со старшими и др.), склонны воспринимать угрозу своему «Я» и, в связи с этим, они часто испытывают чувство беспокойства и ощущают внутреннее напряжение, которые затормаживают их активность, направленную на достижение успехов. Такие дети воспринимают мир как враждебный и поэтому им трудно адаптироваться к окружающей их социальной среде.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что в силу своего дефекта и психологической незрелости им не удаётся справляться с возникающими ситуациями, не прибегая к дезорганизирующему усилению тревоги, которая выполняет защитную функцию.

В свою очередь, респонденты контрольной группы отличаются преимущественно умеренным уровнем тревожности ( $t=7,022$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. респонденты данной группы сравнительно редко испытывают чувство беспокойства и внутреннее напряжение, которые способны дезорганизовать их

поведение. Дети данной группы склонны воспринимать мир как дружелюбный, в связи с чем, они более активны, инициативны и склонны стремиться к достижению успеха в разных ситуациях.

Как следует из результатов изучения тревожности, полученных с помощью «теста школьной тревожности» Б.Н. Филлипса, респондентам экспериментальной группы свойственно испытывать трудности при установлении социальных контактов, в первую очередь – со сверстниками ( $t=6,103$ ;  $p<0,05$ ). Ввиду этого, находясь в условиях школы, они часто пребывают в состоянии стресса ( $t=4,153$ ;  $p<0,05$ ), который негативно отражается на результатах учебной деятельности, что в свою очередь, ведёт к снижению уверенности в себе и приводит к фрустрации потребности в достижении успеха ( $t=6,521$ ;  $p<0,05$ ). В результате, у таких детей возникает направленность на избегание неудач, которая подавляет у них стремление достигать успехов в учебной деятельности. Кроме того, для респондентов экспериментальной группы характерно переживание негативных эмоциональных состояний в ситуациях, связанных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим и демонстрацией своих возможностей, так как они испытывают неуверенность в себе ( $t=7,961$ ;  $p<0,05$ ). В связи с этим, дети данной группы испытывают сильный эмоциональный дискомфорт в ситуации проверки знаний, особенно – публичной ( $t=4,322$ ;  $p<0,05$ ). Ещё одним отличием от респондентов контрольной группы является то, что респонденты экспериментальной группы имеют такие особенности психофизиологической организации, которые снижают их приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера, и повышают вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды ( $t=5,054$ ;  $p<0,05$ ).

Дети контрольной группы сравнительно реже испытывают эмоциональный дискомфорт при установлении социальных контактов, в связи с чем, они более успешно адаптируются к социальной среде и новой деятельности и испытывают меньше затруднений в ходе её выполнения. Из этого также следует, что для детей данной группы в большей степени характерна направленность на достижение успехов, так как эти дети отличаются большей активностью и инициативностью и сравнительно редко сталкиваются с фрустрацией потребности в достижении успеха. Кроме того, респонденты контрольной группы не склонны испытывать значительные затруднения и переживать негативные эмоциональные состояния при необходимости самораскрытия, самопрезентации и демонстрации своих возможностей. На уровне психофизиологической организации, респонденты контрольной группы отличаются тем, что они обладают большими возможностями приспособляемости к ситуациям стрессогенного характера, в силу которых вероятность неадекватного и деструктивного реагирования на тревожный фактор сравнительно мала.

Исходя из результатов, полученных с помощью методики «hand-test» Э. Вагнера, было установлено, что абсолютное большинство респондентов экспериментальной группы отличается от респондентов контрольной группы

повышенной склонностью к открытому агрессивному поведению, т.е. в поведении данной группы детей агрессивные тенденции могут быть легко актуализированы в разных жизненных ситуациях, диапазон которых выходит за рамки особо значимых ситуаций ( $t=2,481$ ;  $p<0,05$ ). Кроме того, респонденты данной группы характеризуются низким стремлением «считаться» с другими людьми, которое проявляется в том, что при взаимодействии с окружающими они редко учитывают их чувства и намерения, а также склонностью выстраивать отношения с людьми в эмоционально-оценочном контексте ( $t=4,466$ ;  $p<0,05$ ). Многие стимулы в повседневной жизни не являются нейтральными, так как большинство событий и явлений имеют для них личностный смысл ( $t=3,237$ ;  $p<0,05$ ).

Агрессивное поведение детей данной группы, в первую очередь, связано со страхом перед окружающими людьми (ожиданием агрессии с их стороны) и неуверенностью в себе ( $t=3,001$ ;  $p<0,05$ ). У детей данной категории отмечается преобладание тревожности и зависимости от директивных воздействий окружающих. Вместе с тем, дети данной группы испытывают особые переживания, связанные с наличием у них дефекта: они осознают свою физическую неполноценность и переживают чувство физической неадекватности, боятся собственной немоги и физических недостатков ( $t=4,565$ ;  $p<0,05$ ). В связи с этим, такие дети испытывают выраженную потребность в помощи и поддержке со стороны других людей ( $t=1,781$ ;  $p<0,05$ ).

Все вышеописанные особенности эмоциональной сферы, свойственные детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, находят отражение в умеренной личностной дезадаптации, которая свойственна данной категории детей и отличает её от респондентов контрольной группы ( $t=3,492$ ;  $p<0,05$ ). Дети контрольной группы отличаются от детей экспериментальной группы значительно менее выраженной склонностью к открытому агрессивному поведению (такой показатель агрессивности является нормальным), т.к. в отличие от респондентов экспериментальной группы они обладают развитой способностью к активной социальной жизни, выраженным желанием сотрудничать с другими людьми, хорошо развитыми коммуникативными навыками и повышенной эмоциональностью, которые помогают им налаживать положительный контакт с окружающими и избегать агрессивного поведения. Кроме того, дети данной группы испытывают менее выраженную потребность в помощи и поддержке со стороны других людей и гораздо менее выраженную озабоченность своим здоровьем.

Таким образом, эмоциональная сфера детей контрольной группы более гармонична, нежели эмоциональная сфера детей экспериментальной группы, в связи с чем, личностная дезадаптация не свойственна детям, составляющим часть нормальной выборки.

Как следует из результатов изучения агрессивности, полученных с помощью «теста эмоций» А. Басса – А. Дарки (в модификации Г.В. Резапкиной), агрессивность респондентов экспериментальной группы чаще всего проявляется в форме выраженной раздражительности ( $t=3,437$ ;  $p<0,05$ ),

обидчивости ( $t=3,783$ ;  $p<0,05$ ) и склонности к вербальной агрессии ( $t=4,892$ ;  $p<0,05$ ). В свою очередь, это означает, что данная категория детей обладает высокой готовностью к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении, которые зачастую находят выход через агрессивные вокализации (крик и визг) и содержание словесных ответов (проклятия, угрозы), а также склонностью к зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия. Агрессивность респондентов контрольной группы отличается от агрессивности респондентов экспериментальной группы: чаще всего она проявляется в форме косвенной агрессии ( $t=1,984$ ;  $p<0,05$ ), которая проявляется «окольным путем», направленная на другое лицо.

По результатам «методики диагностики детских страхов» А.И. Захарова было выявлено, что респондентам экспериментальной и контрольной групп свойственны нормативные возрастные страхи, такие как: страх смерти, страхи физического ущерба, страхи перед животными и пространственные страхи (статистически значимых различий выявлено не было). Однако, респондентам экспериментальной группы в большей степени свойственны медицинские ( $t=4,131$ ;  $p<0,05$ ) и социально-опосредованные страхи ( $t=4,199$ ;  $p<0,05$ ). Содержательное наполнение категории «медицинские страхи» в экспериментальной группе оказалось отличным от содержательного наполнения аналогичной категории в контрольной группе. Помимо обычных, отмеченных нормальными детьми, страхов к данной категории респонденты экспериментальной группы относили страхи массажных процедур, занятий на специальных тренажёрах и тактильных прикосновений врачей в целом. Такие страхи у детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата можно объяснить наличием у них большого опыта взаимодействия с медицинским персоналом, а также их повышенной чувствительностью и ранимостью. В свою очередь, содержательное наполнение категории «социально-опосредованные страхи» респондентами экспериментальной группы также несколько отличалось от наполнения той же категории в контрольной группе. Дети, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата, наряду со страхами, отмеченными в контрольной группе, отмечали страхи перед тем, что их могут бросить родители, что над ними могут смеяться окружающие и что нормальным сверстникам не интересно с ними играть. Данные страхи указывают на то, что дети данной категории имеют сильные негативные переживания, связанные с имеющимся у них дефектом.

В отличие от респондентов экспериментальной группы, респондентам контрольной группы в большей степени свойственны страхи сказочных персонажей ( $t=3,579$ ;  $p<0,05$ ), страхи кошмарных снов и темноты ( $t=3,143$ ;  $p<0,05$ ). Преобладание данных страхов над другими можно объяснить тем, что в данном возрасте у детей активно развивается воображение, а вместе с ним и воображаемые страхи. В воображении детей сказочные персонажи как будто оживают и наделяются возможностями действовать как живые, а темнота в данном случае выступает «ширмой», которая скрывает за собой всё то опасное и неизвестное, что представляется в воображении детей. Количественные

показатели страхов в контрольной и экспериментальной группах не имеют значимых различий. В свою очередь, это означает, что дети обеих групп имеют умеренное количество страхов, которое не влечёт за собой риск последующей невротизации и нарушения социально-психологической адаптации детей.

Обобщая результаты, полученные в ходе проведённого психодиагностического обследования, можно заключить, что дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют выраженную тревожность и агрессивность, а также специфические страхи и переживания, связанные с дефектом, которые оказывает отрицательное влияние на дальнейшее развитие их личности и в будущем могут привести к развитию невротических состояний, в связи с чем данная категория детей нуждается в психологической коррекции. По результатам исследования определены задачи психокоррекционной работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

Названная выше цель была конкретизирована в следующих задачах, которым соответствуют определённые этапы работы:

1) Создание благоприятных условий для работы (благоприятного психологического климата) и формирование положительной мотивации у детей на работу.

2) Укрепление навыков самоконтроля.

3) Развитие воображения и закрепление навыков произвольности.

4) Психологическая коррекция страхов, тревожного состояния, агрессивного поведения.

5) Формирование адекватного отношения к себе.

6) Закрепление полученных в ходе работы навыков эмоциональной саморегуляции и уверенности в себе.

Психокоррекционная программа предполагает следующие формы работы с детьми: развивающие тематические игры, элементы тренинга и арт-терапии (рисование и сочинение сказок) и релаксационные упражнения.

Таким образом, в результате проделанной работы были выявлены особенности дисгармоний эмоциональной сферы у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и определены условия их психологической коррекции.

### **Список литературы**

1. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э.С. Калижнюк. – Киев, Высшая школа, 2013. – 272 с.
2. Лебединский, В.В. Нарушение психического развития детей / В.В. Лебединский. – М., Просвещение, 2009. – 104 с.
3. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб., Речь, 2010. – 400 с.

**РАЗВИТИЕ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-  
ДЕФЕКТОЛОГОВ СРЕДСТВАМИ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**  
*Лукьянов В.В.*

**Курский государственный университет, Курск, Россия**

**Аннотация:** В статье проведён анализ применения методики развития эмпатийных способностей обучающихся по направлению Специальное (дефектологическое) образование с использованием содержательного анализа классических художественных литературных произведений. Данная методика позволяет эффективно развивать такое профессионально-ценностное личностное свойство, как эмпатия, у студентов - будущих специалистов-дефектологов и, в конечном счете, повысить качество оказания ими психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в их предстоящей профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** эмпатия, анализ художественных произведений, студенты-дефектологи, дети с ограниченными возможностями здоровья.

**DEVELOPMENT OF EMPATHIC ABILITIES OF STUDENTS-  
DEFECTOLOGISTS BY MEANS OF FICTION**  
*Lukyanov V.*

**Kursk State University, Kursk, Russia**

**Abstract:** The article analyzes the application of the methodology for the development of empathic abilities of students in the direction of Special (defectological) education using a meaningful analysis of classical literary works. This technique makes it possible to effectively develop such a professional-value personal property as empathy among students - future specialists in defectology and, ultimately, to improve the quality of their psychological and pedagogical assistance to children with disabilities in their upcoming professional activities.

**Keywords:** empathy, analysis of works of art, students-defectologists, children with disabilities.

Одним из важнейших личностных качеств специалиста-дефектолога, работающего с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), является способность к сочувствию, сопереживанию, пониманию и эмоциональной поддержке, что, в совокупности, с точки зрения Карла Роджерса, и составляет сущность понятия «эмпатия» [1].

Вместе с тем, существуют противоречия между требованиями профессионально-педагогической подготовки студентов к развитию эмпатии у будущих педагогов и недостатком целенаправленного воспитания, развития

эмпатийных способностей в процессе изучения дисциплин профессионального блока; между потребностью общества в саморазвивающейся, самоактуализирующейся личности, имеющей свой взгляд на мир, и ее неготовностью управлять собственным развитием, реализовать эмпатийный аспект профессиональной деятельности; между воззрением на эмоции и чувства как главный регулятор поведения и отношений личности, обладающей определенной системой нравственных ценностей, и недооценкой его роли как одного из факторов, обеспечивающих познание окружающего мира и адекватного отношения к нему [2].

Следует отметить, что оказание психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ отличается рядом особенностей и, прежде всего тем, что процесс «достижения положительного результата», «значительного улучшения психического развития ребенка» у детей такого круга крайне затруднен.

В связи с данными особенностями, необходимо усиливать такой акцент в работе с детьми с ОВЗ (а также с их родителями), который направлен не на достижение ребенком «нормальных» параметров развития, а на сочувствие, сопереживание и положительную эмоциональную поддержку в процессе психолого-педагогического сопровождения, которое может быть успешно реализовано в практической деятельности только в том случае, если специалист-дефектолог обладает достаточно высоким уровнем эмпатии и способен эффективно и безопасно для себя использовать эту способность в своей профессиональной деятельности.

На дефектологическом факультете Курского государственного университета на протяжении нескольких лет нами успешно применяется методика развития эмпатийных способностей студентов с помощью содержательного анализа классических художественных литературных произведений. Данная методика используется в процессе освоения обучающимися по направлению Специальное (дефектологическое) образование нескольких учебных клинических дисциплин, таких как «Патопсихология», «Клиническая психология», «Основы психотерапия».

Методика является одновременно и развивающей и контролирующей, её суть состоит в следующем: студентам предлагается классическое художественное произведение (либо его конкретный отрывок, связанный с темой занятия) – стимульный материал может предъявляться как в устной форме (прочтение на занятии), так и предлагается для самостоятельного изучения во внеаудиторное время. При этом, преподаватель даёт задание изложить в письменной форме свои впечатления от прослушанного (прочитанного) произведения с упором на анализ и осмысление собственных эмоциональных реакций на трагические события в жизни литературных героев, на сопереживание и понимание тех сильных чувств, которые испытывают литературные персонажи в критические периоды своей жизни.

Последующий разбор преподавателем письменных работ на практическом занятии позволяет одновременно обсудить в группе сильные и слабые стороны анализа литературного произведения каждым студентом,

скорректировать и сделать акценты на восприятии отдельных смысловых отрезков художественного произведения.

Кроме того, как часть учебного задания студентам предлагается определить диагностические критерии, характерные для той или иной разновидности психического расстройства, представленного автором в художественном произведении. Последующий разбор таких диагностических критериев позволяет обучающимся лучше понять суть конкретного психического расстройства и усвоить особенности его диагностики.

Ниже дается перечень прозаических художественных произведений классиков мировой художественной литературы XIX-XX веков с указанием сферы психической патологии, для иллюстрации которой данные произведения предлагаются студентам:

- психопатология зависимого поведения: Антон Павлович Чехов «Ну, публика!», Александр Иванович Куприн «Пиратка», Эдгар Аллан По «Ангел необъяснимого. Экстраваганца», Михаил Афанасьевич Булгаков «Морфий», Стефан Цвейг «Двадцать четыре часа из жизни женщины»;

- тяжелые психические расстройства: Эдгар Алан По «Вильям Вильсон», «Сердце-обличитель», «Без дыхания», Всеволод Михайлович Гаршин «Красный цветок», Антон Павлович Чехов «Случай MANIA GRANDIOSA»;

- психогенные расстройства, связанные с действиями психотравмирующих стрессовых факторов: Александр Иванович Куприн «Ужас», «Allez!», Лев Николаевич Толстой «Дьявол», «Отец Сергей», «Крейцера соната», Стефан Цвейг «Закат одного сердца», Сомерсет Моэм «Дождь», Антон Павлович Чехов «Володя».

Следует отметить, что написание эссе о возникших чувствах по ходу прочтения литературного произведения, анализ собственной эмоциональной реакции на трагические переживания их героев дает возможность студенту не только проявить сочувствие и сопереживание по отношению к трагическим событиям в жизни литературных персонажей, но и позволяет обучиться навыку «постановки себя на место другого», «перевоплощения», «идентификации» со страдающим человеком, понимания его проблем при сохранении критического отношения к ним, психологической дистанции и целостности собственной психики.

Эмпатия является необходимым компонентом личностно-развивающих способностей и общения, она вовлекает субъекта в эмоциональный, личностный контакт с собеседником, создаёт благоприятные условия для раскрытия и развития человека, которому она адресована, делает его открытым к изменениям. При этом, эмпатийность рассматривается как одно из самых значимых личностных (индивидуально-психологических) качеств педагога [3].

Таким образом, мы считаем, что применение методики развития эмпатических способностей средствами художественной литературы у студентов дефектологического факультета реально способствует повышению у них уровня эмпатии и, в конечном счете, в их предстоящей профессиональной

деятельности позволит повысить качество психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ.

### **Список литературы**

1. Братченко, С. Л. Диагностика личностно-развивающего потенциала [Текст]: метод. пособие для школьных психологов / С. Л. Братченко. - Псков, 1997. - 68 с.
2. Козина, А. В. Формирование эмпатии будущих педагогов средствами филологического образования, дис. на соиск. уч. степ. канд. пед наук, Ставропольский государственный педагогический институт, 2004 - 167 с.
3. Ягнюк, К. В. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии // Клиническая психология и психотерапия, 2004. - № 1, С.230 – 260.

### **ОПИСАНИЕ ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПЕДАГОГОМ-ПСИХОЛОГОМ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ (НА ПРИМЕРЕ МБОУ «ГИМНАЗИЯ № 4» Г. КУРСКА)**

**Матвеева А.В.**

**МБОУ «Гимназия №4», Курск, Россия**

**Аннотация.** В статье представлен и описан опыт использования здоровьесберегающей технологии педагогом-психологом начальной школы на занятиях внеурочной деятельности.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающая технология, внеурочная деятельность, эмоциональный интеллект, нейропсихологические методики.

### **DESCRIPTION OF THE EXPERIENCE OF USING HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES TEACHER-PSYCHOLOGIST IN ELEMENTARY SCHOOL (ON THE EXAMPLE OF MBOU "GYMNASIUM NO. 4" IN KURSK)**

**Matveeva A.V.**

**MBOU "Gymnasium No. 4", Kursk, Russia**

**Abstract.** The article presents and describes the experience of using health-saving technology by an elementary school teacher-psychologist in extracurricular activities.

**Keywords:** health-saving technology, extracurricular activities, emotional intelligence, neuropsychological techniques.

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения положение о том, что успешность обучения в школе определяется уровнем здоровья, с которым ребенок пришел в первый класс. Однако результаты медицинских осмотров говорят о том, что здоровыми можно считать только 20-30% первоклассников, среди выпускников школ более 80% имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. На сегодняшний день каждый пятый школьник имеет хроническое заболевание. Высокий уровень патологии свидетельствует о кризисном положении здоровья детей.

Одним из важнейших факторов обеспечения безопасности и стабильности развития государства является состояние здоровья населения, прежде всего детей и молодежи. В условиях современной школы актуализируется потребность оптимизации управленческой деятельности относительно создания в образовательных организациях благоприятных условий для сохранения и укрепления здоровья детей, контроля за эффективностью работы педагогического коллектива в контексте этой проблемы. Жизнь предъявляет повышенные требования не только к интеллектуальным способностям школьников, но и к уровню их культуры здорового образа жизни [2].

В Законе «Об образовании» подчеркивается, что «педагогические работники обязаны развивать у обучающихся познавательную активность, самостоятельность, инициативу, творческие способности, формировать гражданскую позицию, способность к труду и жизни в условиях современного мира, формировать у обучающихся культуру здорового и безопасного образа жизни.

Для успешной реализации данной задачи школа должна занять активную позицию по распространению идей здорового образа жизни (предупреждение вредных привычек, повышение двигательной активности, сохранение и укрепление здоровья). Необходимо, чтобы педагоги позитивным личным примером формировали правильное отношение детей к вредным привычкам и активному способу жизни. Такая работа должна носить целенаправленный, систематический, комплексный характер, основываться на ведущих подходах к обучению и воспитанию: личностно-ориентированном, компетентностно-ориентированном, системно-деятельностном, и реализовываться через систему форм урочной и внеурочной деятельности.

Понятие «здоровьесберегающие технологии» объединяет в себе все направления деятельности учреждения образования по формированию, сохранению и укреплению здоровья учащихся.

**Здоровьесберегающие технологии** – это условия обучения ребенка в школе (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания); рациональная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями); соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка; необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим.

**Цель здоровьесберегающих технологий** – сбережение здоровья учащихся от неблагоприятных факторов образовательной среды, обеспечение школьнику возможности сохранения здоровья в период обучения в школе, способствование воспитанию у учащихся культуры здоровья, формирование у школьников необходимых УУД по здоровому образу жизни и использование полученных знаний в повседневной жизни.

**Отличительные особенности здоровьесберегающих образовательных технологий:**

- отсутствие назидательности и авторитарности;
- элементы индивидуализации обучения;
- наличие мотивации на здоровый образ жизни учителя и учеников;
- интерес к учебе, желание идти на занятия;
- наличие физкультминуток;
- наличие гигиенического контроля.

В МБОУ «Гимназия № 4» педагогом-психологом ведется два курса внеурочной деятельности, в рамках которых особое внимание уделяется непосредственно сохранению и развитию физического и психического здоровья младших школьников.

«Здоровые эмоции» – это программа, основной целью которой является создание условий для повышения уровня эмоционального интеллекта у обучающихся;

«Гимнастика для здоровья и ума» – это программа, основной целью которой является оптимизация функционального статуса глубинных образований мозга и межполушарной организации процессов развития ребенка младшего школьного возраста.

Несмотря на разную специфику названных курсов, можно сделать вывод, что оба они имеют схожую глобальную цель – создание условий для сохранения здоровья, физического и психического, обучающихся.

Важными элементами каждого занятия являются:

- динамические игры и паузы;
- кинезиологические упражнения;
- упражнения для глаз;
- мимические упражнения;
- дыхательно-голосовые игры и упражнения;
- релаксационные упражнения.

**Динамические игры и паузы**

Для закрепления мысли человеку необходимо движение. И.П. Павлов утверждал, что любая мысль заканчивается движением. Многим людям легче мыслить при повторяющихся физических действиях, например, при ходьбе, покачивании ногой, постукивании карандашом по столу и т.д. На двигательной активности построены все нейропсихологические коррекционно-развивающие программы. Вот почему следует помнить, что неподвижный ребенок не обучается [3].

**Кинезиологические упражнения**

Кинезиологические методы позволяют активизировать различные отделы коры больших полушарий, что способствует развитию способностей человека.

Кинезиологические упражнения – комплекс движений, позволяющий активизировать межполушарное взаимодействие, когда полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация их работы. В ходе систематического использования кинезиологических упражнений у ребенка развиваются межполушарные связи, улучшается память и концентрация внимания, наблюдается значительный прогресс в управлении своими эмоциями.

### **Глазодвигательные упражнения**

Основной объем информации дети получают через зрительный анализатор. Установлено, что эффективность зрительного восприятия повышается в условиях широкого пространственного обзора. Отличительной особенностью методики обучения детей в режиме «зрительных горизонтов» является то, что дидактический материал размещается на максимально возможном от детей удалении. Систематические занятия по схеме способствуют снижению психической утомляемости, избыточной нервной возбудимости, агрессии

### **Мимические упражнения**

На занятиях регулярно используются карточки с изображением лиц, выражающих различные эмоциональные состояния: улыбающиеся, грустные, испуганные и пр. Дети их копируют [4].

### **Релаксация**

Релаксация – комплекс расслабляющих упражнений, снимающих напряжение мышц рук и ног, мышц шеи и речевого аппарата. Все упражнения на релаксацию проводятся под спокойную расслабляющую музыку.

### **Дыхательно-голосовые игры и упражнения**

Дыхательные упражнения используются на уроках с материалом устного характера. Эти регулярные упражнения способствуют профилактике заболеваний дыхательных путей, поскольку учат правильно дышать.

Используемые на уроках скороговорки, упражнения дыхательного характера, позволяют преодолеть моторно-закрепощенную и статическую позу у учащихся. Они обеспечивают, наряду с физкультминутками, высокую работоспособность в течение всех занятий, позволяют развивать слуховую память, а также снимают утомления и дают возможность избежать переутомления [1].

### **Каковы же результаты внедрения в образовательный процесс здоровьесберегающей технологии?**

Об эффективности данных программ говорят результаты промежуточного исследования, выборкой которого стали 44 обучающихся, регулярно посещающих занятия внеурочной деятельности:

– Родители или законные представители всех 44 исследуемых обучающихся отметили позитивные изменения у детей, указывая, что те стали пребывать преимущественно в приподнятом настроении, с удовольствием

рассказывают о прожитом школьном дне, запоминая его мельчайшие детали; у детей, по наблюдению родителей, улучшилась мотивация и успеваемость; многие родители отметили, что дети стали откровеннее говорить на темы собственных страхов, тревог, волнений.

– В ходе беседы с классными руководителями были получены объективные данные, что большинство ребят, посещающих «Здоровые эмоции» и «Гимнастику для здоровья и ума» стали активнее на уроках, их саморегуляция улучшилась, они грамотно высказывают свою точку зрения и с уважением выслушивают чужую;

– Стоит отметить и то, что сами участники программы очень эмоционально, с улыбкой, отзываются о наших занятиях, утверждая, что видят пользу в своей повседневной жизни, как в быту, так и в учебе.

Таким образом, можно сделать вывод, что и педагогам, освоившим здоровьесберегающую технологию, становится легче и интереснее работать, поскольку исчезает проблема учебной дисциплины и открывается простор для педагогического творчества.

### **Список литературы**

1. Ахмадуллин Ш.Т. Как легко учиться в начальной школе/ Шамиль Ахмадуллин. – М.: Издательский дом «Нева», 2021. – 190 с.
2. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Альманах института коррекционной педагогики. №28 «Игра. К 120-летию Льва Семеновича Выготского». URL.: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/the-game-and-its-role-in-the-mental-development-of-the-child>
3. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я. Уроки психологии в начальной школе (1-4). - М.: Генезис, 2004 – 303 с.;
4. Шиманская В.А. Где живут эмоции? Практические задания для развития эмоционального интеллекта. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019 -108с.

## **СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ «ВЫГОРАЮЩИХ» ПЕДАГОГОВ ОТДЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

*Молчанова Л.Н., Кузнецова А.А., Малихова Л.Н.*

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

**Аннотация.** Структура социально-психологической компетентности «выгорающих» педагогов отдельных образовательных организаций в условиях пандемии COVID-19 является пятифакторной, представленной содержанием когнитивного, ценностно-мотивационного, эмоционального и поведенческого компонентов. Ценностно-смысловые установки, прогностические способности в преодолении переживаний неразрешимости профессиональных ситуаций,

неадекватной «экономии» на эмоциях, эмоциональной черствости и равнодушия выполняют системообразующую роль в структуре и выступают фактором преодоления эмоционального выгорания.

**Ключевые слова:** социально-психологическая компетентность, выгорание, педагоги, отдельные образовательные организации, пандемия COVID-19

## **STRUCTURE OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL COMPETENCE OF "BURNING OUT" TEACHERS OF SEPARATE EDUCATIONAL ORGANIZATIONS**

**IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC**

*Molchanova L.N., Kuznetsova A.A., Malikhova L.N.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** The structure of the socio-psychological competence of “burnout” teachers of individual educational organizations in the context of the COVID-19 pandemic is five-factor, represented by the content of cognitive, value-motivational, emotional and behavioral components. Value-semantic attitudes, predictive abilities in overcoming the feelings of insolubility of professional situations, inadequate “economy” on emotions, emotional callousness and indifference play a system-forming role in the structure and act as a factor in overcoming emotional burnout.

**Keywords:** socio-psychological competence, burnout, teachers, individual educational organizations, COVID-19 pandemic.

Распространение коронавирусной инфекции COVID-19 внесло определенные коррективы в профессиональную деятельность педагогов отдельных образовательных организаций. Так возросшие когнитивные, эмоциональные и коммуникативные нагрузки, вынужденный переход на дистанционный режим работы, необходимость перестройки форм и методов обучения под потребности цифровой образовательной среды и детей, имеющих особые образовательные потребности, дефицит времени на подготовку занятий и др. являются благоприятными условиями для возникновения у них эмоционального выгорания, что определяет требования к их социально-психологической компетентности. Социально-психологическая компетентность обеспечивает соответствие деятельности, которое проявляется в достижении ее ведущих целей и в высоком уровне адаптации [7].

Анализ исследовательского интереса к проблеме взаимосвязи компетентности и выгорания, проведенный в информационном пространстве Elibrary.ru, выявил всего лишь 5 публикаций из 38021466 шт., и все они сосредоточены в рубрике «Психология». Из них две опубликованы в 2021 году. Таким образом, проблема взаимосвязи социально-психологической компетентности педагогов и эмоционального выгорания на сегодняшний день

является недостаточно разработанной, а в условиях дистанционного образования – неизученной.

Итак, **цель исследования** состоит в изучении взаимосвязей между социально-психологической компетентностью и эмоциональным выгоранием педагогов отдельных образовательных организаций в условиях пандемии COVID-19.

**Объект исследования** – социально-психологическая компетентность «выгорающих» педагогов отдельных образовательных организаций,

**Предмет исследования** – структура социально-психологической компетентности «выгорающих» педагогов отдельных образовательных организаций в условиях пандемии COVID-19.

Под социально-психологической компетентностью педагогов понимаем четырехкомпонентную систему из когнитивного, ценностно-мотивационного, эмоционального и поведенческого элементов.

**Материалы и методы.** В исследовании добровольно принимали участие педагоги, работающие в Областном казенном общеобразовательном учреждении «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья». Общий объем выборки составил 50 педагогов, работающих с детьми, имеющими особые образовательные потребности, в возрасте от 24 до 65 лет со стажем деятельности до 43 лет.

В качестве методов исследования использовали опросник «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) [1], тест ценностей Шварца [2], «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» («Strategic Approach to Coping Scale (SACS)» С. Хобфолл (1994)» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, 2001) [4], «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин) [5], «Социальный интеллект» Гилфорда–Саливена (в адаптации Е.С. Михайловой) [6]. С целью обработки результатов применяли методы математико-статистического анализа: описательную статистику, корреляционный и регрессионный виды анализа. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения («Statistica 11.0»).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследование эмоционального выгорания педагогов, работающих с детьми, имеющими особые образовательные потребности, осуществлялось с помощью опросника «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) [1]. Установлено, что среди всех его трех фаз только фаза «Резистенция» ( $X_{cp.±σx}=56,80±22,30$ ) находится в стадии формирования. Показатели по остальным шкалам «Напряжение» и «Истощение» составляют  $X_{cp.±σx}=30,96±19,15$  и  $X_{cp.±σx}=32,52±20,17$  соответственно. Итоговый показатель эмоционального выгорания равняется  $X_{cp.±σx}=120,28±50,81$ , что свидетельствует о его диагностируемом уровне.

Диагностика эмоционального интеллекта педагогов осуществлялась с помощью опросника «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин) [5] и засвидетельствовала о слабую выраженность способностей распознавать и идентифицировать чужие эмоции и понимать их причины, вербально

описывать и управлять своими и чужими эмоциями, контролировать нежелательные эмоции и внешние проявления своих эмоций.

В исследовании социального интеллекта использовали методику «Социальный интеллект» Гилфорда–Саливена (в адаптации Е.С. Михайловой) [6]. Выявлено, что уровень выраженности показателей преимущественно по всем шкалам (за исключением среднего уровня выраженности показателя социального интеллекта педагогов по шкале «Фактор познания результатов поведения»:  $3,22 \pm 0,76$ ) соответствует статусу «ниже среднего». Таким образом, у выгорающих педагогов недостаточно развита способность замечать у детей динамику сходных вербальных реакций, а также выделять общие существенные признаки в различных невербальных реакциях, понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях.

Диагностика ценностных ориентаций педагогов осуществлялась с помощью теста ценностей Шварца [2]. В триаду значимых ценностей-убеждений и ценностей-индивидуальных приоритетов вошли «универсализм» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 38,58 \pm 6,54$ ;  $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 14,32 \pm 4,60$ ), «безопасность» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 26,40 \pm 3,00$ ;  $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 13,26 \pm 3,81$ ) и «доброта» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 24,44 \pm 4,66$ ;  $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 10,32 \pm 3,56$ ) соответственно. Таким образом, руководящими жизненными принципами, реализуемыми в поведении педагогов, выступают благополучие, терпимость и понимание, социальный порядок, взаимопомощь, безопасность и здоровье.

Диагностика стресс-преодолевающего поведения педагогов проводилась с помощью опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, 2001) [4], в ходе которой зафиксирована низкая выраженность такой копинг-стратегии, как «Ассоциальное действие» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 13,92 \pm 45,47$ ). Показатели остальных шкал соответствуют уровню средних значений. Таким образом, педагоги активны и последовательны в отстаивании своих интересов, уважают интересы окружающих людей, склонны тщательно взвешивать все возможные варианты решений проблемы. Они могут испытывать негативные чувства при неудачах. Однако не склонны выходить за социально допустимые рамки и ограничения, не эгоцентричны.

Процедура факторизации содержания социально-психологической компетентности и психического выгорания педагогов указала на ее пятифакторную структуру.

*Фактор 1. «Ценностно-смысловые установки»*, имеющий наибольшую факторную нагрузку (15,3%), представлен такими переменными, как «УНИВЕРСАЛИЗМ\*» (0,863), «ТРАДИЦИИ\*» (0,811), «КОНФОРМНОСТЬ\*» (0,862), «БЕЗОПАСНОСТЬ\*» (0,817), «Конформность\*\*» (0,826), «Традиции\*\*» (0,846), «Доброта\*\*» (0,867), «Универсализм\*\*» (0,808), «Достижения\*\*» (0,703). Данный фактор может означать интегрированность мотивационной структуры педагогов, то есть согласованность таких ценностей-нормативных идеалов и ценностей – индивидуальных приоритетов, как: универсализм, традиции и

\* ценности – нормативные идеалы

\*\* ценности – индивидуальные приоритеты

конформность, означающих понимание, терпимость, защиту благополучия, самодисциплину, вежливость, уважение традиций, умеренность и следование им, что можно рассматривать как ресурс устойчивости к эмоциональному выгоранию.

*Фактор 2. «Способность предвидеть последствия поведения других в определенной ситуации как ресурс преодоления эмоционального выгорания» (14,8%)* включает показатели «Фактор познания результатов поведения» (-0,875), «Переживание психотравмирующих обстоятельств профессиональной деятельности» (0,906), «Напряжение» (0,871), «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (0,845), «Резистенция» (0,729), «Эмоциональный дефицит» (0,882), «Истощение» (0,766), «Индекс психического выгорания» (0,952). Данный фактор является системообразующим и может быть проинтерпретирован как роль прогностических способностей педагогов в преодолении переживаний неразрешимости профессиональных ситуаций, неадекватной «экономии» на эмоциях, эмоциональной черствости и равнодушия.

*Фактор 3. «Общий эмоциональный интеллект» (12,3%)* включает показатели «Понимание чужих эмоций» (0,839), «Понимание своих эмоций» (0,768), «Управление своими эмоциями» (0,844), «Межличностный эмоциональный интеллект» (0,858), «Внутриличностный эмоциональный интеллект» (0,926), «Понимание эмоций» (0,856), «Управление эмоциями» (0,869), «Общий эмоциональный интеллект» (0,983). Он может быть проинтерпретирован как способность осознавать и идентифицировать собственные и чужие эмоции по их внешним проявлениям, понимать их причины и вербально описывать, а также управлять ими: поддерживать желательные и контролировать нежелательные.

*Фактор 4. «Достижение доминантной позиции и стремление к новизне» (9,3%)* включает показатели «ВЛАСТЬ\*» (0,738) и «СТИМУЛЯЦИЯ\*» (0,756). Он может быть проинтерпретирован как общественное признание и стремление к глубоким переживаниям и новизне.

*Фактор 5. «Просоциальные стратегии преодоления жизненных трудностей»* имеет факторную нагрузку (6,1%) и представлен такими отрицательными переменными, как «Манипулятивные действия» (-0,842), «Ассоциальные действия» (-0,796) и «Агрессивные действия» (-0,738). Он может быть проинтерпретирован как отсутствие склонности к агрессивным и манипулятивным действиям, эгоцентризму, удовлетворению собственных желаний не считаясь с обстоятельствами и интересами окружающих.

**Вывод.** Структура социально-психологической компетентности «выгорающих» педагогов отдельных образовательных организаций в условиях пандемии COVID-19 является пятифакторной, представленной содержанием когнитивного, ценностно-мотивационного, эмоционального и поведенческого компонентов: ценностно-смысловыми установками, прогностическими способностями в преодолении переживаний неразрешимости профессиональных ситуаций, выполняющими системообразующую функцию, а

также эмоциональным интеллектом, стремлением к достижению доминантной позиции, просоциальными стратегиями совладающего поведения.

### Список литературы

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. Карандашев, В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В.Н. Карандашев. – СПб.: Речь, 2004. – 70 с.
3. Квитчастый А.В. Особенности социально-психологической компетентности субъектов разного уровня образования. Автореф. дис... канд. психол. н. Москва, 2012. 26 с.
4. Опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолл (1994)» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001)). URL: [https://studopedia.ru/11\\_129688\\_oprosnik-strategii-preodoleniya-stressovih-situatsiy-Strategic-Approach-to-Coping-Scale-SACS-s-hobfoll-.html](https://studopedia.ru/11_129688_oprosnik-strategii-preodoleniya-stressovih-situatsiy-Strategic-Approach-to-Coping-Scale-SACS-s-hobfoll-.html) (дата обращения: 1.06.2019).
5. Опросник на эмоциональный интеллект: новые психометрические данные. URL: [http://creativity.ipras.ru/texts/books/social\\_IQ\\_2009/lusin\\_social\\_IQ\\_2009.pdf](http://creativity.ipras.ru/texts/books/social_IQ_2009/lusin_social_IQ_2009.pdf) (дата обращения: 01.04.2021).
6. Тест «Социальный интеллект» Гилфорда. URL: <http://psyttests.org/iq/guilford/guilford4.html?single> (дата обращения: 20 декабря 2018).
7. Molchanova L.N., Chekanova A.V. Development of parental competence through psychological and pedagogical support for families in the upbringing of hearing-impaired children // Psychology in Russia: State of the Art. 2018. Т. 11. № 4. С. 223-238.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ФАКТОР ПРЕОДОЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ МАТЕРЕЙ РАБОТАЮЩИХ И ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

*Молчанова Л.Н., Стулова А.В.*

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

**Аннотация.** Родители детей с нарушениями слуха сталкиваются с проблемами их эмоционального, интеллектуального и морально-личностного развития, формирования адаптивных навыков межличностного взаимодействия, что нередко приводит к психическому выгоранию и определяет требования к содержанию социально-психологической компетентности как фактора его преодоления. Эмпирически доказано, что самостоятельность выбора способа действия, стремление сохранить здоровье и безопасность детей является фактором возникновения эмоционального

истощения матерей. Фактором редукции личных достижений выступает откладывание решение возникшей проблемы, стремление к новизне и глубоким переживаниям.

**Ключевые слова:** социально-психологическая компетентность, фактор возникновения, фактор преодоления, психическое выгорание, матери, дети с нарушениями слуха

## **SOCIO-PSYCHOLOGICAL COMPETENCE AS A FACTOR OF OVERCOMING MENTAL BURNOUT OF MOTHERS WORKING AND RAISING CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS**

*Molchanova L.N., Stulova A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** Parents of children with hearing impairments face problems of their emotional, intellectual, moral and personal development, the formation of adaptive skills of interpersonal interaction, which often leads to mental burnout and determines the requirements for the content of socio-psychological competence as a factor of overcoming it. It is empirically proved that the independence of the choice of the method of action, the desire to preserve the health and safety of children is a factor in the occurrence of emotional exhaustion of mothers. The factor of reduction of personal achievements is the postponement of the solution of the problem that has arisen, the desire for novelty and deep experiences.

**Keywords:** socio-psychological competence, emergence factor, coping factor, mental burnout, mothers, children with hearing impairments

**Введение.** Основными приоритетами современной государственной семейной политики являются поддержка, укрепление и защита семьи как фундаментальной основы российского общества и повышение качества ее жизни. Ее программным документом выступает Концепция, согласно которой родителям с целью повышения их компетентности должна предоставляться консультативная поддержка по вопросам образования (в особенности инклюзивного) и охраны здоровья детей. В программе также говорится о том, что решение задачи по развитию экономической самостоятельности семьи предусматривает создание благоприятных условий для совмещения родителями, воспитывающими детей-инвалидов, семейных обязанностей с профессиональной деятельностью [7].

Тематический анализ публикаций доказывает о том, что проблема взаимосвязи родительской социально-психологической компетентности матерей и психического выгорания на сегодняшний день является недостаточно разработанной [8].

**Цель исследования** – выявление корреляций между социально-психологической компетентностью и психическим выгоранием матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха.

**Объект исследования** – социально-психологическая компетентность матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха. **Предмет** – социально-психологическая компетентность как фактор возникновения и преодоления психического выгорания матерей.

Теоретические основания – модели материнского [1] и родительского выгорания [3], а также родительской компетентности [8].

В нашем исследовании психическое выгорание матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, рассматриваем как специфическую трудовую деятельность [1], как трехкомпонентный конструкт, включающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию родительских достижений [3].

Согласно социально-психологическому подходу родительская компетентность представлена как способность принимать ребенка как ценность, что позволяет успешно выполнять родительские функции [5; 8] и включает четыре структурных элемента: когнитивный, ценностно-мотивационный, эмоциональный и поведенческий [8]. Когнитивный компонент социально-психологической компетентности матерей содержит знания, обеспечивающие потенциальную готовность к выполнению родительских функций [7;8], а поведенческий – навыки межличностного взаимодействия. Ценностно-смысловой компонент состоит из ценностей, смыслов, мотивов и личностных качеств, определяющих характер межличностных отношений. В эмоциональный компонент входят умения идентифицировать как собственные эмоциональные состояния, так и состояния детей, а также управлять ими.

Наряду с этим проблемы социальной адаптации детей с нарушениями слуха, их эмоционального, интеллектуального, морально-личностного развития вызывают психическое выгорание их родителей [7], что актуализирует проблему влияния социально-психологической компетентности родителей (оптимального уровня развития их эмоционального и социального интеллекта, ценностно-смысловых установок, конструктивных копинг-стратегий) как фактора его преодоления [8].

**Материалы и методы.** Общий объем выборки участников исследования включал 94 матери, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха I и II степени. Базы исследования – ОКОУ «Курская школа-интернат для детей с ограниченными возможностями здоровья» (54 матери в возрасте от 29 до 63 лет; из них с высшим образованием 13, со средним – 20 и со средне специальным – 21 человек) и ГБОУ «Белгородская коррекционная общеобразовательная школа-интернат №23» (40 матерей в возрасте от 24 до 65 лет; высшее образование – у 20, среднее у 7 и средне специальное – у 13 человек). Психодиагностика осуществлялась с использованием опросников «Родительское выгорание» (И.Н. Ефимова) [1], теста ценностей Шварца [2], «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» («Strategic Approach to Coping

Scale (SACS)» С. Хобфолл (1994)» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, 2001) [5], «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин) [6], «Социальный интеллект» Гилфорда–Саливена (в адаптации Е.С. Михайловой). Используемые математические методы обработки первичных данных: описательная статистика, факторный и регрессионный виды анализа (программное обеспечение «Statistica 11.0»).

**Результаты и их обсуждение.** Изучение психического выгорания матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, проведенная с помощью методики «Родительское выгорание» (И.Н. Ефимова) [1], засвидетельствовало диагностируемый уровень всех ее измерительных шкал. Показатели «Эмоциональное истощение» ( $X_{cp.±σx}=19,24±10,31$ ), «Деперсонализация» ( $X_{cp.±σx}=5,37±4,78$ ) и «Редукция родительских достижений» ( $X_{cp.±σx}=35,43±8,12$ ) соответствуют уровню средних значений. Итак, матерей характеризует средняя выраженность эмоционального перенапряжения, приглушенность эмоций и снижение эмпатии и самооценки, упрощение действий, связанных с уходом за ребенком, а также обесценивание значимости достигнутых результатов в его воспитании.

Диагностика эмоционального интеллекта матерей осуществлялась с помощью опросника «Эмоциональный интеллект ЭМИн» (Д.В. Люсин) [6] и выявила следующие результаты. Общий уровень эмоционального интеллекта представлен на низком уровне выраженности:  $X_{cp.±σx}=77,75±13,23$ . Также выявлены низкие значения по шкалам, входящим в межличностный эмоциональный интеллект: ( $X_{cp.±σx}=37,23±7,20$ ): «Понимание чужих эмоций»:  $X_{cp.±σx}=21,26±4,05$  и «Управление чужими эмоциями»:  $X_{cp.±σx}=15,97±3,37$ ; и внутриличностный эмоциональный интеллект ( $X_{cp.±σx}=40,52±7,74$ ): «Управление своими эмоциями»:  $X_{cp.±σx}=12,10±2,99$ . Следовательно, способность распознавать и идентифицировать чужие эмоции и понимать их причины, а также способность к вербальному описанию и управлению своими и чужими эмоциями, стимулированию желательных у себя и у других и контролю нежелательных, – все это выражено достаточно слабо.

В исследовании социального интеллекта матерей использовали методику «Социальный интеллект» Гилфорда–Саливена (в адаптации Е.С. Михайловой). Выявлено, что уровень выраженности показателей по всем шкалам соответствует статусу «ниже среднего». Так «Фактор познания результатов поведения» составил  $2,53±0,92$ , «Фактор познания классов поведения» –  $2,37±0,93$ , «Фактор познания преобразований поведения» –  $2,30±1,09$ , «Фактор познания систем поведения» –  $2,64±1,04$ . Таким образом, у матерей, имеющих психическое выгорание, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, недостаточно развита прогностическая способность в отношении поведения своих детей, способность замечать у них динамику сходных вербальных реакций, а также выделять общие существенные признаки в различных невербальных реакциях.

Диагностическое оценивание ценностных ориентаций матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, осуществлялось с помощью теста ценностей Шварца [2] (см. таблицу 1):

**Таблица 1. Средние значения показателей ценностных ориентаций «выгорающих» матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха**

Наименование показателя	Обзор ценностей		Профиль личности	
	$\bar{X} \pm \sigma$	ранг	$\bar{X} \pm \sigma$	ранг
Конформность	11,40±9,48	6	4,19±3,28	4
Традиции	12,77±11,90	5	3,47±2,65	7
Доброта	13,71±12,01	3	4,18±3,26	5
Универсализм	19,56±19,32	1	5,39±4,87	2
Самостоятельность	13,39±11,53	4	4,20±3,60	3
Стимуляция	7,72±6,82	10	2,75±2,07	9
Гедонизм	8,23±6,49	9	2,96±2,33	8
Достижения	11,31±9,06	7	3,61±2,93	6
Власть	10,27±8,67	8	2,55±2,10	10
Безопасность	14,11±12,26	2	5,42±4,62	1

Как видно из таблицы 2, триаду значимых ценностей-убеждений и нормативных идеалов матерей составляют такие ценности, как «универсализм» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 19,56 \pm 19,32$ ), «безопасность» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 14,11 \pm 12,26$ ) и «доброта» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 13,71 \pm 12,01$ ), а триаду ценностей-индивидуальных приоритетов, – «безопасность» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 5,42 \pm 4,62$ ), «универсализм» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 5,39 \pm 4,87$ ) и «самостоятельность» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 4,20 \pm 3,60$ ). Таким образом, такие ценности-нормативные идеалы и индивидуальные приоритеты, как «универсализм» и «безопасность» совпадают. Это означает, что руководящими жизненными принципами, реализуемыми в поведении матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, выступают терпимость и понимание, социальный порядок, взаимопомощь, безопасность и здоровье детей.

Диагностика стресс-преодолевающего поведения педагогов проводилась с помощью опросника «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой, 2001) [6], в ходе которой зафиксирована низкая выраженность таких копинг-стратегий, как «Вступление в социальный контакт» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 19,96 \pm 4,01$ ) и «Поиск социальной поддержки» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 20,78 \pm 4,91$ ). Показатели шкал «Ассертивные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 18,64 \pm 3,79$ ), «Осторожные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 19,66 \pm 3,63$ ), «Импульсивные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 18,39 \pm 4,00$ ), «Избегание» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 17,34 \pm 4,62$ ), «Манипулятивные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 18,20 \pm 3,73$ ), «Ассоциальные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 16,38 \pm 4,42$ ), «Агрессивные действия» ( $\bar{X}_{\text{ср.}\pm\sigma} = 17,62 \pm 4,11$ ) соответствуют уровню средних значений. Таким образом, матери активны и последовательны в отстаивании своих интересов, уважают интересы окружающих людей, склонны тщательно взвешивать все возможные варианты

решений проблемы, стремятся избегать риска, конфликтной ситуации и социальных контактов. Не стремятся делиться своими переживаниями с другими людьми, обсуждать с ними ситуацию, искать сочувствие и понимание.

При исследовании взаимосвязей социально-психологической компетентности и психического выгорания матерей использовали процедуры факторного (метод Principal components, Varimax raw) и множественного регрессионного анализа (метод Forward stepwise).

Процедура факторизации содержания социально-психологической компетентности и психического выгорания матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, выявила ее четырехфакторную структуру.

*Фактор 1. «Ценностно-смысловые установки как ресурс преодоления эмоционального истощения и усталости»*, имеющий наибольшую факторную нагрузку (34,9%), представлен такими переменными, как «Эмоциональное истощение» (-0,719), «КОНФОРМНОСТЬ\*» (0,939), «ТРАДИЦИИ» (0,944), «ДОБРОТА» (0,952), «УНИВЕРСАЛИЗМ» (0,935), «САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ» (0,943), «СТИМУЛЯЦИЯ» (0,875), «ГЕДОНИЗМ» (0,856), «ДОСТИЖЕНИЯ» (0,933), «ВЛАСТЬ» (0,909), «БЕЗОПАСНОСТЬ» (0,962), «Конформность\*\*» (0,865), «Традиции» (0,844), «Доброта» (0,884), «Универсализм» (0,849), «Самостоятельность» (0,703), «Безопасность» (0,839). Данный фактор является системообразующим и может означать, что интегрированная мотивационная структура (согласованность ценностей-нормативных идеалов и ценностей –индивидуальных приоритетов) является ресурсом преодоления эмоционального перенапряжения и эмоциональной опустошенности.

*Фактор 2. «Понимание своих и чужих эмоций и управление ими»* (15,4%) включает показатели «Понимание чужих эмоций» (0,733), «Управление чужими эмоциями» (0,724), «Понимание своих эмоций» (0,733), «Управление своими эмоциями» (0,783), «Межличностный эмоциональный интеллект» (0,843), «Внутриличностный эмоциональный интеллект» (0,829), «Понимание эмоций» (0,855), «Управление эмоциями» (0,881). Он может быть проинтерпретирован как способность осознавать и идентифицировать собственные и чужие эмоции по их внешним проявлениям, понимать их причины и вербально описывать, а также управлять ими: поддерживать желательные и контролировать нежелательные.

*Фактор 3. «Достижение или сохранение доминантной позиции»* (8,2%) включает один единственный показатель: «Власть» (0,784). Он может быть проинтерпретирован как контроль и общественное признание.

*Фактор 4. «Просоциальные стратегии преодоления жизненных трудностей»* имеет наибольшую факторную нагрузку (7,2%), представлен такими переменными, как «Вступление в социальный контакт» (0,710) и «Поиск социальной поддержки» (0,735). Он может быть проинтерпретирован

---

\* ценности – нормативные идеалы

\*\* ценности – индивидуальные приоритеты

как поиск социальной поддержки и стремление к социальному контакту с другими людьми, чтобы обсудить с ними ситуацию, вызвать у них сочувствие и понимание.

В соответствии с результатами множественного регрессионного анализа см. таблицу 2) величины дисперсии (от 50% и выше), выявленные по шкалам психического выгорания, как зависимой переменной в статистически значимых корреляциях между показателями «Эмоциональное истощение» и «Управление эмоциями», «УНИВЕРСАЛИЗМ», «Избегание», «КОНФОРМНОСТЬ», «САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ», «БЕЗОПАСНОСТЬ» ( $F = 18,17$ ; КМД = 0,82;  $df = 19,74$ ;  $p = 0,0000$ ), а также между показателями «Редукция родительских достижений» и «Избегание», «Стимуляция», «Управление своими эмоциями», «Фактор познания классов поведения», «Ассоциальные действия», «Ассертивные действия» ( $F = 3,79$ ; КМД = 0,55;  $df = 23,70$ ;  $p = 0,0000$ ) свидетельствуют как о положительном (коэффициент  $\beta$  имеет положительный знак), так и отрицательном (коэффициент  $\beta$  имеет отрицательный знак) влиянии содержания социально-психологической компетентности матерей на его возникновение.

**Таблица 2. Значения стандартизированных коэффициентов множественной линейной регрессии показателей социально-психологической компетентности матерей с показателями их психического выгорания**

Наименование показателя		КМД, $R^2$	$\beta$	p
Эмоциональное истощение	Управление эмоциями	0,82	-0,228	0,044
	Универсализм		-1,042	0,004
	Избегание		-0,140	0,034
	Конформность		-0,749	0,006
	Самостоятельность		1,266	0,005
	Безопасность		0,858	0,027
Деперсонализация	Управление эмоциями	0,31	0,858	0,000
	Поиск социальной поддержки		0,858	0,003
	Ассоциальные действия		0,457	0,001
	Импульсивные действия		0,256	0,021
	Управление своими эмоциями		0,354	0,037
Редукция	Избегание	0,55	0,292	0,030

родительских достижений	Стимуляция		0,385	0,026
	Управление своими эмоциями		-0,485	0,014
	Фактор познания классов поведения		-0,244	0,040
	Ассоциальные действия		-0,336	0,028
	Ассертивные действия		-0,288	0,022

Полученные результаты подлежат следующей интерпретации: способность управлять своими и чужими эмоциями, вызывать и поддерживать желательные эмоции и контролировать нежелательные, понимание, терпимость, самодисциплина, избегание решительных действий, требующих большой напряженности и ответственности, стремление отдалиться от конфликтной ситуации, отвлекаться на другие занятия и виды деятельности, — все это способствует преодолению эмоционального перенапряжения, а самостоятельность выбора способа действия, стремление сохранить здоровье и безопасность детей, наоборот, — усиливают чувство опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Управление эмоциями, способность логически обобщать, выделять общие существенные признаки в различных невербальных реакциях детей, а также активность и последовательность в отстаивании своих интересов и уважении интересов окружающих позволяет усилить чувство родительской компетентности, позитивное самовосприятие выполнения своих родительских обязанностей. Откладывание решение возникшей проблемы, стремление к новизне и глубоким переживаниям негативно сказывается на самооценке, снижая ее уровень, вызывает чувство собственной несостоятельности, безразличие к домашней работе и детям.

Показатель шкалы «Деперсонализация» достоверно и положительно коррелирует с показателями «Управление эмоциями», «Поиск социальной поддержки», «Ассоциальные действия», «Управление своими эмоциями», и отрицательно – с показателем «Импульсивные действия» (см. таблицу 2) ( $F=4,29$ ;  $KMD = 0,312$ ;  $df=9,84$ ;  $p=0,0001$ ). Следовательно, можно предположить, что эгоцентризм, стремление к удовлетворению собственных желаний любой ценой, готовность обсудить с другими людьми ситуацию и свои переживания, вызвать эмпатию и понимание, обезличивают контакты с детьми, уменьшают отзывчивость, соучастие. Склонность действовать по первому побуждению, под влиянием внешних обстоятельств или эмоций снижают раздражение и риск возникновения конфликтных ситуаций в связи с негативными и необъективными установками в отношении собственных детей.

### **Выводы.**

1. Библиометрический анализ научных публикаций по проблеме взаимосвязи родительской /социально-психологической компетентности матерей и психического выгорания на сегодняшний день является недостаточно разработанной (исследовательский период: с 2010 по 2021 г.).

2. Средневыраженные значения показателей психического выгорания матерей, работающих и воспитывающих детей с нарушениями слуха, указывают на его диагностируемый уровень и его проявления, связанные с детско-родительским взаимодействием: эмоциональную опустошенность, обезличенность контактов с детьми, упрощение действий, связанных с заботой о них. Способность распознавать и идентифицировать чужие эмоции и понимать их причины, а также способность к вербальному описанию и управлению своими и чужими эмоциями, стимулированию желательных у себя и у других и контролю нежелательных, – все это выражено достаточно слабо. Также недостаточно развита способность предвидеть последствия поведения детей в определенной ситуации и понимать логику её развития, замечать изменение у них сходных вербальных и выделять общие существенные признаки в различных невербальных реакциях. Ценности-нормативные идеалы, реализуемые в поведении, – это терпимость и понимание, социальный порядок, взаимопомощь, безопасность и здоровье детей. Матери проявляют активность и последовательность в отстаивании своих интересов, уважают интересы окружающих людей, тщательно взвешивают все возможные варианты решений проблемы. Вместе с тем они замкнуты, предпочитают избегать рискованных, конфликтных ситуаций и социальных контактов.

3. Структура социально-психологической компетентности матерей является четырехфакторной, что не противоречит результатам ранее проведенных исследований. Её содержание представлено ценностно-смысловыми установками, выполняющими системообразующую функцию, как ресурсом преодоления эмоционального истощения, а также эмоциональным интеллектом и стратегиями совладающего поведения.

4. Такое содержание социально-психологической компетентности матерей, как самостоятельность выбора способа действия, стремление сохранить здоровье и безопасность детей, является фактором возникновения эмоционального истощения, а способность управлять своими и чужими эмоциями, контролировать их положительные и отрицательные проявления, а также понимание, терпимость, самодисциплина, избегание решительных действий, стремление уйти от конфликтной ситуации, – фактором его преодоления. Откладывание решение возникшей проблемы, стремление к новизне и глубоким переживаниям редуцирует родительские достижения в выполнении воспитательной функции, а достаточно развитые способности управлять эмоциями, находить общие существенные признаки в различных невербальных реакциях детей, а также активность и последовательность в отстаивании своих интересов и уважении интересов окружающих, наоборот, – все это усиливает чувство родительской компетентности.

## Список литературы

1. Ефимова И.Н. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2013. № 4. С.31-40.
2. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.
3. Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <https://rg.ru/2014/08/29/semya-site-dok.html> (дата обращения: 20.08.2021).
4. Молчанова Л.Н., Стулова А.В. Социально-психологическая компетентность матерей, воспитывающих детей с нарушениями слуха и подверженных психическому выгоранию, как личностный ресурс его преодоления // Перспективы науки и образования. 2020. № 1 (43). С. 344-353.
5. Опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолл (1994)» (адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой (2001)). URL: [https://studopedia.ru/11\\_129688\\_oprosnik-strategii-preodoleniya-stressovih-situatsiy-Strategic-Approach-to-Coping-Scale-SACS-s-hobfoll-.html](https://studopedia.ru/11_129688_oprosnik-strategii-preodoleniya-stressovih-situatsiy-Strategic-Approach-to-Coping-Scale-SACS-s-hobfoll-.html) (дата обращения: 1.06.2019).
6. Опросник на эмоциональный интеллект: новые психометрические данные. URL: [http://creativity.ipras.ru/texts/books/social\\_IQ\\_2009/lusin\\_social\\_IQ\\_2009.pdf](http://creativity.ipras.ru/texts/books/social_IQ_2009/lusin_social_IQ_2009.pdf) (дата обращения: 01.04.2021).
7. Molchanova L., Chekanova A. Features of the relationship of mental burnout and social intelligence of mothers in the upbringing of hearing-impaired children. JOURNAL *Перспективы науки и образования*. 2019. Т. 3. № 39. С. 290.
8. Molchanova L.N., Chekanova A.V. Development of parental competence through psychological and pedagogical support for families in the upbringing of hearing-impaired children *Psychology in Russia: State of the Art*. 2018. Т. 11. № 4. С. 223-238.

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

*Некрасова А.Н., Рыбакова Т.В.*

**ОКОУ «Курская школа-интернат», Курск, Россия**

**Аннотация.** В статье обосновывается важность внедрения элементов здоровьесберегающих технологий при организации образовательного процесса в начальном звене коррекционного образовательного учреждения.

**Ключевые слова:** обучающиеся с нарушениями слуха, здоровьесберегающие технологии, динамизация рабочей позы, ученические конторки.

## HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES IN THE EDUCATION OF CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS

**Kursk Boarding School, Kursk, Russia**

**Abstract.** The article substantiates the importance of introducing elements of health-saving technologies in the organization of the educational process in the initial link of a correctional educational institution.

**Keywords:** students with hearing impairments, health-saving technologies, dynamization of the working posture, student desks.

Одним из направлений усовершенствования образования является обеспечение оптимальных условий для обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы в развитии говорят о том, что дети нуждаются в специальных здоровьесберегающих условиях, которые должны быть в коррекционном образовательном учреждении.

Одним из требований при организации образовательного процесса в коррекционной школе является строгое соблюдение охранительного педагогического режима и внедрение здоровьесберегающих технологий [2,3]. Неслышащие или слабослышащие дети, помимо нарушений, связанных с недостатком слуха, имеют массу различных заболеваний и отклонений от нормы (нарушение зрения, осанки, задержка психического развития на фоне органического поражения головного мозга и др.)

Среди здоровьесберегающих мероприятий, используемых на уроках с обучающимися начальных классов можно выделить несколько направлений.

Это, прежде всего, создание благоприятного психологического климата в процессе обучения, отношений взаимного доверия и уважения между педагогом и обучающимися. Очень важно создать позитивный психологический настрой в начале уроков. Положительные эмоции активизируют деятельность головного мозга, улучшают память и работоспособность детей.

Одним из направлений также является развитие мелкой пальцевой моторики обучающихся. Работу в этом направлении можно осуществлять на разных этапах урока. Пальчиковая гимнастика проводится в виде движений пальцев рук в сочетании их с речью. Это служит развитию не только мелкой моторики, но и развитию речи, слухового восприятия. Эта деятельность вызывает интерес у детей, создает эмоциональный настрой. Регулярно стимулируются действия речевых зон коры головного мозга, что развивает речь, совершенствует психические процессы – внимание и память, развивает слуховое восприятие, облегчает усвоение навыков письма [2,3].

В качестве психогимнастики, как разновидности психотерапии и аутотренинга можно использовать упражнения на расслабление мышц, кратковременного отдыха, релаксации. Приёмы психогимнастики поднимают настроение, повышают жизненный тонус детей, насыщают кровь кислородом.

Большую часть урока обучающиеся проводят сидя за партой. Поэтому особую актуальность приобретает расширение на уроке двигательной активности детей. Одним из путей решения этой проблемы педагогами применяется метод здоровьесберегающей технологии В.Ф. Базарного: динамизация рабочей позы посредством использования ученических конторок для профилактики нарушений осанки и искривления позвоночника [5].

Периодическая смена поз обучающихся занимает важное место и в профилактике близорукости. Нарушение слуха у детей приводит к снижению зрительной работоспособности и устойчивости внимания. Необходим специальный постоянный контроль за дозированием зрительных нагрузок и состоянием зрения неслышащих и слабослышащих детей. Поэтому специальные упражнения для профилактики близорукости педагогами проводятся на каждом уроке. Главная цель таких упражнений – дать отдых глазам, снять утомление, расслабить мышцы глаз. Необходимо соблюдать размер предъявляемого наглядно-дидактического материала (цифровой материал, сюжетные и предметные картинки, карточки с буквенным текстом). Самые мелкие детали должны быть по высоте не менее 1 см., размер самых крупных изображений не должен превышать 2-3 см.

Большое значение на уроках уделяется физминуткам, которые следует проводить при первых признаках утомления обучающихся. Физминутки должны быть насыщены двигательной активностью детей с проговариванием слов, стихов и музыкальным сопровождением.

Обязательным элементом в работе над произношением у детей с нарушениями слуха является артикуляционная гимнастика. Регулярное выполнение артикуляционной гимнастики помогает улучшить кровоснабжение и подвижность артикуляционных органов; укрепить мышечную систему языка, губ, щёк; научить ребёнка удерживать определённую артикуляционную позу; увеличить амплитуду движений; подготовить речевой аппарат к правильному произношению звуков [8].

Важным моментом сохранения работоспособности обучающихся на уроках, сохранения их умственного и психического здоровья является смена видов деятельности на уроках.

Таким образом, использование здоровьесберегающих технологий обучения в коррекционном образовательном учреждении позволит сохранить уровень здоровья обучающихся с нарушениями слуха и повысить эффективность образовательного процесса.

### **Список литературы**

1. Базарный, В.Ф. Повернись, Россия, сердцем к детям! [Текст] / В.Ф. Базарный // «Советская Россия», №136 (12607), 23 октября 2004 г.
2. Калинова, Г.С., Мягкова А.Н. Учебная нагрузка и здоровье школьников [Текст] // Человек. Культура. Здоровье. – М.: Генезис, 1997.
3. Ковалько, В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. [Текст] – 1–4 классы. – М.: «ВАКО», 2004. – 296 с.

4. Коростелев Н.В. Воспитание здорового школьника. М., 1986.
5. Куинджи Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников / Н.Н. Куинджи: методическое пособие. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 139 с.
6. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М.:АРКТИ, 2005.
7. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие технологии в работе учителя и школы. – М.: АРКТИ, 2003. – 272 с.
8. Чупаха, И.В., Пужаева Е.З., Соколова И.Ю. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе. [Текст] – М.: Илекса, Народное образование; Ставрополь: Ставропольсервис школа, 2003.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ  
СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Растегаева Е.С.*

**ГБУЗ АО Архангельская клиническая психиатрическая больница,  
клинический психолог,  
Северный (Арктический) Федеральный Университет, аспирант  
ГАПОУ «Архангельский медицинский колледж», преподаватель**

**Аннотация.** У медицинских сестер психиатрических учреждений выявлен высокий риск развития синдрома эмоционального выгорания. Целью исследования являлось выявление социально-психологических и организационных факторов риска выгорания у специалистов.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, психиатрия, медицинские сестры, медицинский персонал, социально-психологические факторы, организационные факторы профилактика эмоционального выгорания.

**SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF  
EMOTIONAL BURN OUT SYNDROME OF NURSES IN A PSYCHIATRIC  
HOSPITAL**

*Rastegaeva E.S.*

**Arkhangelsk Clinical Psychiatric Hospital, Clinical psychologist,  
Northern (Arctic) Federal University, postgraduate student  
GAPOU "Arkhangelsk Medical College", teacher**

**Abstract.** Nurses in psychiatric institutions have a high risk of burnout syndrome. The aim of the study was to identify socio-psychological and organizational risk factors for burnout in specialists.

**Keywords:** burnout syndrome, psychiatry, nurses, medical staff, socio-psychological factors, organizational factors, prevention of emotional burnout.

Синдром эмоционального выгорания (далее - СЭВ) - ведущая причина нарушений здоровья [1], связанного с работой, негативно влияет на профессиональную деятельность медперсонала, и имеет свойство прогрессировать [2, 3]. Главные компоненты СЭВ: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение удовлетворенности результатами собственной деятельности. Исследования показывают различия в проявлении СЭВ между различными профессиональными группами медицинских работников [4], что подтверждает значимость организационных факторов, опосредующих выраженность СЭВ в условиях конкретного медицинского учреждения.

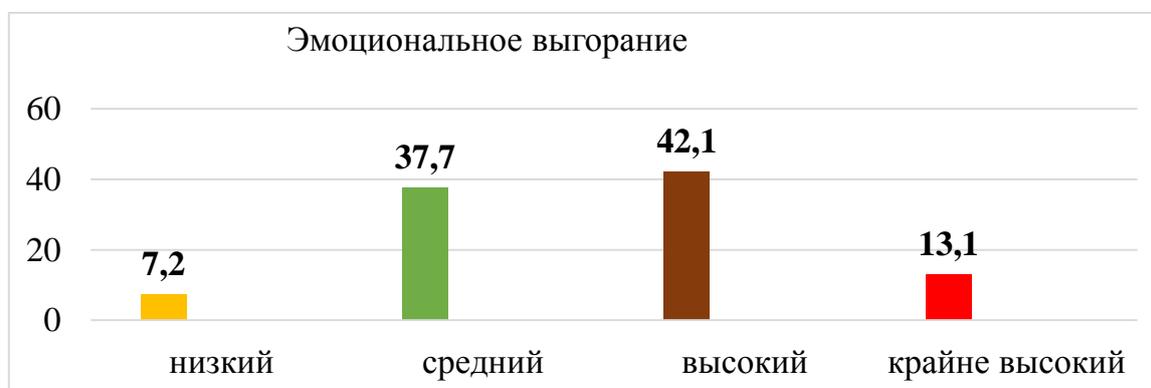
**Цель исследования:** определение социально-психологических и организационных факторов риска развития выгорания медицинских сестер психиатрических учреждений с различным трудовым стажем.

В исследовании, проведенном в 2021 году, приняли 85 медицинских сестер (82 женщины и 3 мужчин) ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Возраст обследованных – от 24 до 69 лет (средний возраст  $45,8 \pm 10,98$  лет). Рабочий стаж обследованных – от 2 до 42 лет (средний стаж  $23,3 \pm 10,61$  лет).

Для сбора данных использовались следующие психодиагностические методики: методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко; опросник на выгорание «МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адап. Н.Е. Водопьяновой, 2008); анкета выявления социально-психологических факторов риска развития выгорания. Применялись статистические методы: метод корреляций Спирмена, анализ частот и средних данных. Обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 23.0.

#### **Результаты исследования.**

При использовании методики «МВІ» (К. Маслач) выявлена большая распространенность признаков выгорания у медсестер психиатрического стационара. У 42,1 % специалистов уровень СЭВ высокий, у 13,1 % крайне высокий (рисунок 1).



**Рисунок 1.** Уровни эмоционального выгорания у медсестер в психиатрическом учреждении «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач)

Полностью синдром сформирован по всем трем фазам у 19,2 % медсестер, в процессе формирования у 26,9 %, не сформировался у 53,9 % специалистов.

Исследование взаимосвязи СЭВ медсестер и социально-психологических факторов профессиональной деятельности (методика «Интегральная удовлетворенность трудом» А. В. Батаршева) показало, что у медсестер высокая удовлетворенность трудом (компоненты «Интерес к работе», «Удовлетворенность достижениями в работе», «Удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками», «Удовлетворенность условиями труда», «Профессиональная ответственность», «Общая удовлетворенность трудом») (таблица 1).

**Таблица 1 – Показатели удовлетворенности трудом медсестер, в %**

Шкалы (высокий уровень удовлетворенности трудом – выше 56%, средний - 45-55% от общей суммы баллов, низкий – менее 45%)	высокий
Интерес к работе	86,6
Удовлетворенность достижениями в работе	75,0
Удовлетворенность взаимоотношениями с сотрудниками	68,3
Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством	58,3
Уровень притязаний в профессиональной деятельности	47,5
Предпочтение выполняемой работы, а не зарплаты	37,5
Удовлетворенность условиями труда	60,0
Профессиональная ответственность	60,0
Общая удовлетворенность трудом	60,7

Отмечается средняя удовлетворенность по шкале «Уровень притязаний в профессиональной деятельности». Профессия «медсестра» в российской медицине связана с подчиненным положением специалиста в иерархии медицинских специальностей. Выявлена низкая удовлетворенность по шкале «Предпочтение выполняемой работы, а не высокой зарплаты». Оплата труда имеют для сотрудников большое значение как условие и мотиватор профессиональной деятельности. Медсестры чувствуют себя недостаточность оценки своего труда в материальном плане. В целом, удовлетворенность трудом у медсестер больницы на высоком уровне.

Интересны результаты ответов медсестер больницы на вопросы разработанной анкеты (таблица 2) для исследования влияния социально-психологических факторов на развитие СЭВ. Поддержку руководства больницы отмечают только 60,4 % специалистов. Ценность и значимость своей работы ощущают 66,0 % опрошенных.

Тревожный факт, что на вопрос «Я чувствую себя бодрым в последнее время» положительно ответили меньше половины сотрудников (44,2 %). Оценили себя «уставшими» (ответ «Я чувствую себя уставшим») 32,1 % медсестер, т.е. треть сотрудников. Результаты показывают, что есть низкая осознанность проявлений синдрома выгорания, несмотря на их наличие. Специалисты ощущают нарушения, но не могут их оценить.

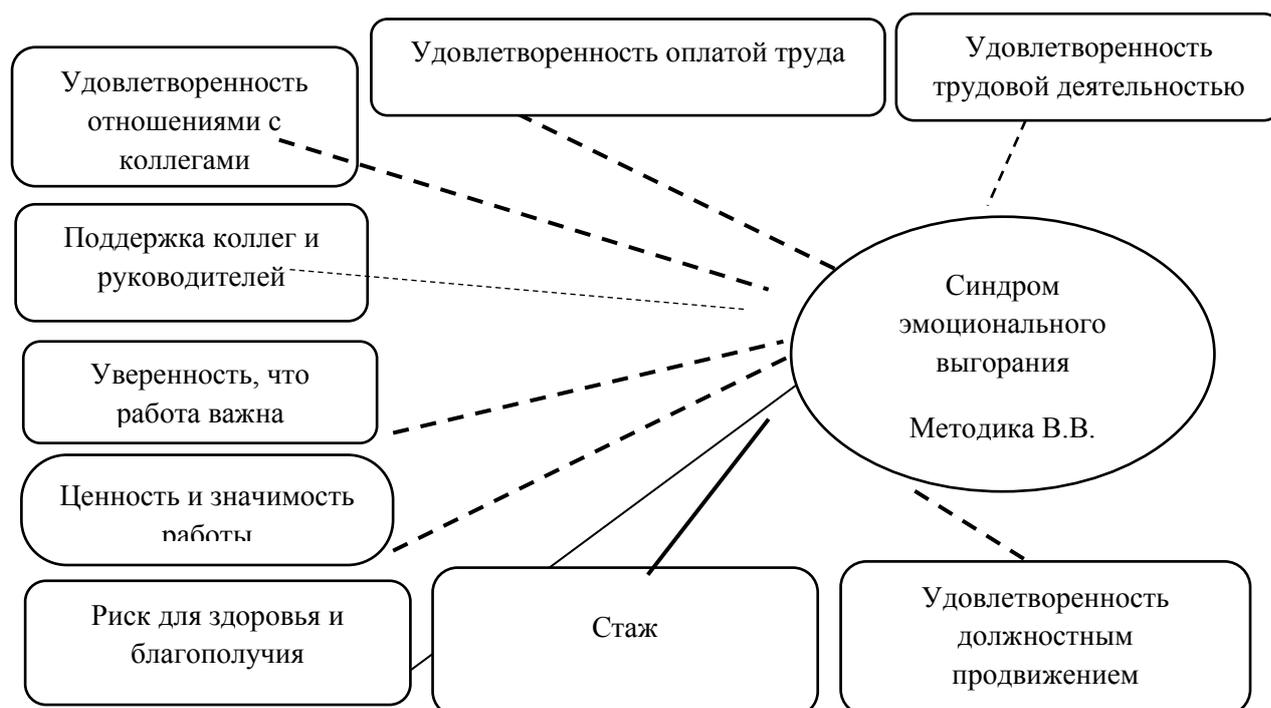
**Таблица 2. Результаты исследования социально-психологических факторов риска выгорания (социально-психологическая анкета), в %**

<i>Высказывания</i>	<i>% ответивших</i>
Моя работа связана с риском для моего здоровья и благополучия	71,7
Условия труда медицинских работников в нашей организации я считаю удовлетворительными	62,3
В последнее время на работе я часто испытываю чувство несправедливости	25,3
Поддержка коллег очень помогает мне в работе	81,4
У меня есть уверенность в том, что моя работа важна	82,7
В учреждении, где я работаю, руководство и люди, стоящие выше по своему профессиональному положению, оказывают эмоциональную и организационную поддержку работникам	60,4
Я считаю, что, несмотря на трудности, мне и моим коллегам удастся оказывать пациентам необходимую помощь	88,7
Я чувствую ценность и значимость своей работы	66,0
Я чувствую себя бодрым в последнее время	47,2
В последний месяц я сильно нервничаю	28,3
Я чувствую себя полным сил и энергии	15,1
Последнее время я чувствую себя упавшим духом и печальным	11,3
Последний месяц я чувствую себя измученным	15,1
Я чувствую себя уставшим	32,1

Изучение взаимосвязи СЭВ и социально-организационными характеристиками (социально-психологическая анкета, таблица 3), показало, что СЭВ взаимосвязан с показателями, отражающими удовлетворенность специалиста трудовой деятельностью ( $r = - ,391$ ) оплатой труда ( $r = - ,328$ ) и отношениями с коллегами ( $r = - ,351$ ). Чем ниже удовлетворенность трудом, недостаточная оплатой работы согласно оценке самого специалиста, тем выше уровень выгорания.

СЭВ связан с риском безопасности для здоровья, отсутствием ощущения защищенности, поддержки со стороны коллег и руководства больницы. Значимы для специалистов такие факторы как ощущение отсутствия ценности и значимости своей работы, несправедливости (рисунок 2).

Выявлены связи СЭВ с соответствием трудовой деятельности способностям специалиста ( $r = - ,466$ ), возможностями должностного продвижения ( $r = - ,452$ ). Неудовлетворенные профессиональные потребности могут приводить к развитию выгорания. Это может быть показателем ощущения недостаточной самореализации специалиста в условиях жесткой иерархии российской медицины, где медсестра традиционно воспринимается только как помощник врача. Между тем, в настоящее время существуют возможности расширения функциональных обязанностей медсестер (ведение Школ здоровья, консультирование родственников пациентов и др.).



**Рисунок 2. Корреляционные взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания с социально-психологическими характеристиками медицинских сестер**

Примечание: прямая связь —————  $p < 0,05$ , —————  $p < 0,01$ .  
 обратная связь - - - - -  $p < 0,05$ , - - - - -  $p < 0,01$

**Таблица 3. Взаимосвязи СЭВ по методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко) с факторами социально-психологической анкеты**

<i>Высказывания</i>	<i>r=</i>
Моя работа связана с риском для моего здоровья и благополучия	-,344*
Я чувствую достаточную защищенность при работе в новых условиях, с повышенным риском инфицирования	,310*
В последнее время на работе я часто испытываю чувство несправедливости	0,456**
Поддержка коллег очень помогает мне в работе	,388**
У меня есть уверенность в том, что моя работа важна	-,345*
В учреждении, где я работаю, руководство и люди, стоящие выше по своему профессиональному положению, оказывают эмоциональную и организационную поддержку работникам	-,328*
Я ощущаю поддержку со стороны профессионального сообщества	,369**
Я удовлетворен результатами своей работы	,292*
Коллектив нашей организации сумел быстро перестроиться в новых условиях	,312*
Я чувствую ценность и значимость своей работы	,401**
<i>Показатели</i>	
стаж	,773**
Удовлетворенность:	
трудом	-,391*
соответствием трудовой деятельности способностям	-,466**
заработком	-,328**

должностным продвижением	-,452**
отношениями с коллегами	-,351**
Профессиональная ответственность	60,0
Общая удовлетворенность трудом	60,7

\*. Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя), \*\*корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

СЭВ у психиатрических медсестер связан со стажем работы. С увеличением стажа работы повышается уровень выгорания [5, 6].

#### **Выводы.**

1. СЭВ распространен среди медсестер психиатрического стационара.

2. Выявлены социально-психологические факторы развития СЭВ: неудовлетворенность трудовой деятельностью, недостаточная оценка значимости и ценности работы медсестры со стороны руководства больницы, отсутствие карьерного продвижения, самореализации, неудовлетворенность отношениями в коллективе. Специалисты с большим стажем могут рассматриваться как группа риска по развитию нарушений адаптации, и развития выгорания.

3. На основе полученных эмпирических данных возможна разработка комплексной программы психологического сопровождения медсестер психиатрических учреждений.

#### **Список литературы:**

1. Yuriyeva, L. Educational programs for burnout prevention among healthcare professional in the field of mental health [Text] /Yuriyeva, L.// Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. - №Т. 10 (№ 2). С. 345-352.
2. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В.В. Бойко. – М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.
3. Ракицкая А.В. Синдром эмоционального выгорания как предмет социально-психологических исследований [Текст] / А. В. Ракицкая // Технологии информатизации и управления. ТИМ-2011: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. – Гродно, ГрГУ, 2011. – С. 429-433.
4. Yusupova E.Yu., Neamtsu A.M., Storozhok M.A. Prevalence and structure of the syndrome of burnout in medical workers [Text]/ E.Y. Yusupova, A.M. Neamtsu, M.A. Storozhok // University medicine of the Urals. -2016. - №3. - p. 49-52.
5. Габоян Я.С., Макарян А.С., Кича Д.И., Савельев Д.В., Авагимян А.А. Профилактика профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц: балинтовский метод [Электронный ресурс]/ Я.С. Габоян, А.С.Макарян, Д.И. Кича, Д.В. Савельев, А.А. Авагимян // Психиатрия. - 2019.- 81(1):95–100. - Режим доступа: <https://www.journalpsychiatry.com/jour/article/view/394/401>, свободный (дата обращения: 28.05.2021). – Загл. с экрана.
6. Лазарева, Е.Ю., Николаев, Е.Л. Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала

психиатрических учреждений [Текст] / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2013.- № 9.- С. 69-77.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Растегаева Е.С.*

**ГБУЗ АО Архангельская клиническая психиатрическая больница,  
клинический психолог,  
Северный (Арктический) Федеральный Университет, аспирант  
ГАПОУ «Архангельский медицинский колледж», преподаватель**

**Аннотация.** У медицинских сестер психиатрических учреждений выявлен высокий риск развития синдрома эмоционального выгорания. Целью исследования являлось выявление психологических факторов риска выгорания у медицинских сестер психиатрических учреждений.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, психиатрия, медицинские сестры, медицинский персонал, психологические факторы, профилактика эмоционального выгорания.

**PSYCHOLOGICAL MARKERS OF DISORDERS OF THE PROFESSIONAL  
ACTIVITY OF NURSES IN PSYCHIATRIC HOSPITAL**

*Rastegaeva E.S.*

**GBUZ JSC Arkhangelsk Clinical Psychiatric Hospital, clinical psychologist,  
Northern (Arctic) Federal University, postgraduate student  
GAPOU "Arkhangelsk Medical College", teacher**

**Abstract.** Nurses in psychiatric institutions have a high risk of burnout syndrome. The aim of the study was to identify psychological risk factors for burnout in nurses in psychiatric institutions.

**Keywords:** burnout syndrome, psychiatry, nurses, medical staff, psychological factors, prevention of emotional burnout.

Синдром эмоционального выгорания (далее - СЭВ) - ведущая причина нарушений физического и психического здоровья [1], связанного с работой. Ключевые компоненты СЭВ: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение удовлетворенности результатами собственной деятельности [2, 3].

Специалисты психиатрических учреждений являются «группой риска» по развитию профессионального стресса и выгорания [4, 5, 6, 7]. К факторам «риска» относят: работу с пациентами с агрессией, аутоагрессией [4],

анозогнозию у пациентов, противодействие лечению, недоверие к медперсоналу, наличие у больных когнитивных и личностных нарушений, социальной деградации [8].

Среди специфики профессиональных обязанностей медсестры в психиатрии можно выделить: 1) развитость коммуникативных навыков. Медперсонал обязан быть терпеливым, вежливым к больным, уметь выслушать, наладить контакт с пациентом, уговорить его следовать назначениям и придерживаться лечения [9]; 2) большое количество времени, проводимое медсестрой с пациентами, вследствие активного участия медсестры в реабилитационном процессе в качестве члена полипрофессиональной бригады [10, 11].

**Цель исследования:** определение индивидуально-личностных особенностей медицинских сестер психиатрических учреждений, служащих факторами риска развития синдрома выгорания.

В исследовании, проведенном в 2021 году, приняли 85 медсестер (82 женщины и 3 мужчин) ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Для сбора данных использовались следующие психодиагностические методики: методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко; опросник на выгорание «МВІ» (К. Маслач, С. Джексон в адап. Н.Е. Водопьяновой, 2008); методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма; опросник Ч.Д. Спилбергера (адап. Ю.Л. Ханиным); методика диагностики коммуникативной установки В.В. Бойко. Применялись статистические методы: метод корреляций Спирмена, анализ частот и средних данных. Обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 23.0.

#### **Результаты исследования.**

При использовании методики «МВІ» (К. Маслач) выявлена большая распространенность признаков выгорания у медсестер психиатрического стационара. У 42,1 % специалистов уровень СЭВ высокий, у 13,1 % крайне высокий (рисунок 1).



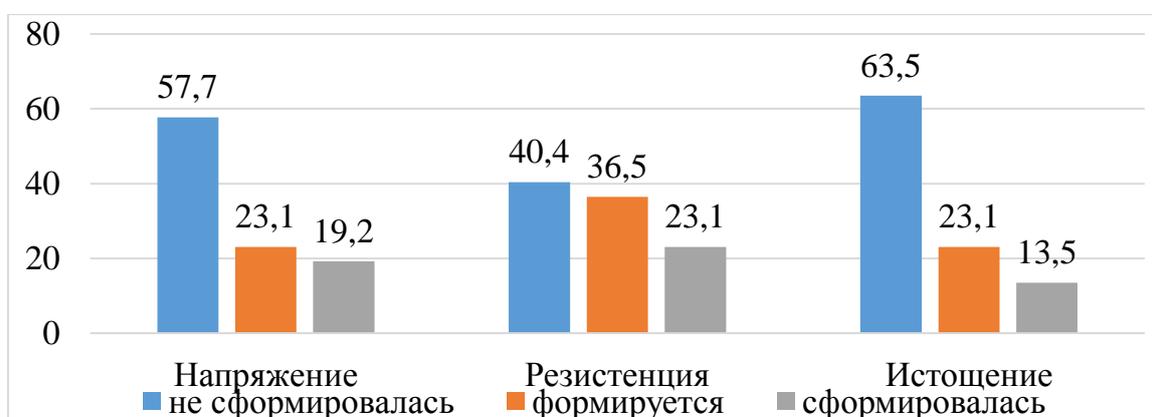
**Рис. 1. Уровни синдрома эмоционального выгорания у медсестер в психиатрическом учреждении «Опросник на выгорание МВІ» (К. Маслач)**

Высокая и крайне высокая степень деперсонализации наблюдается у 60,8 % специалистов (таблица 1). Деперсонализация отражает деформацию взаимоотношений с пациентами и коллегами: стремление избежать контактов, нарушения коммуникации с окружающими, нарастание безразличия к работе, цинизм, негативизм. Высокий уровень деперсонализации говорит о нарушениях профессиональной адаптации.

**Таблица 1. Выраженность компонентов профессионального выгорания среди медсестер («МВИ» К. Маслач) (в %)**

Уровни	Структура СЭВ		
	Эмоц. истощение	Деперсонализация	Редукция
Низкий	21,7	10,1	24,6
средний	59,4	30,4	49,3
Высокий	14,5	18,8	15,9
Крайне высокий	8,7	40,6	10,1

У большинства фазы СЭВ не сформировались, или только находятся в процессе формирования. Хотя бы одна стадия СЭВ сформирована у 23,1 % сотрудников. Наиболее сформирована фаза «Резистенция» (рисунок 2). Полностью синдром сформирован по всем трем фазам у 19,2 % медсестер, в процессе формирования у 26,9 %, не сформировался у 53,9 % специалистов.



**Рис.2. Сформированность фаз эмоционального выгорания медсестер, полученные в результате проведения диагностики СЭВ по Бойко В.В. (в %)**

Установлен высокий и умеренный уровень тревожности у большинства обследованных, предпочтение адаптивных эмоциональных копинг-стратегий и использование негативных коммуникативных установок (причины постоянного напряжения).

**Таблица 2. Распределение медицинских сестер по уровню тревожности, в %**

	высокий	умеренный	низкий
Личностная тревожность	36,2	58,0	5,8
Ситуативная тревожность	24,6	59,4	15,9

Наиболее часто медсестры выбирают адаптивные копинг-стратегии» (эмоциональные -75,5%, поведенческие - 49,0 %, когнитивные - 36,7%) и «Относительно адаптивные» (рисунок 3).



**Рис.3. Распределение медсестер по выбору копинг-стратегий**

У медсестер психиатрических учреждений наблюдаются выраженные негативные коммуникативные установки (итоговый показатель –  $45,2 \pm 20,6$  баллов, что превышает максимальный допустимый уровень показателя (33 балла по методике В.В. Бойко). В.В. Бойко считал, что энергетику негативной коммуникативной установки невозможно скрыть от сенсорных систем партнера. Даже если человек сдерживается, старается быть корректным, возникает постоянное напряжение [12]. Коммуникативные установки, сначала скрытые, подавляемые; а затем, сдерживаемое раздражение может перейти в открытую форму. Появляются негативизм по отношению к пациентам и к коллегам.

С целью выявления взаимосвязей между СЭВ и другими исследуемыми факторами нами был проведен корреляционный анализ. В корреляционной плеяде (таблица 3) выявлены связи между СЭВ и такими особенностями личности медсестер как тревожность, неадаптивными и относительно-адаптивными копингами, с негативными коммуникативными установками.

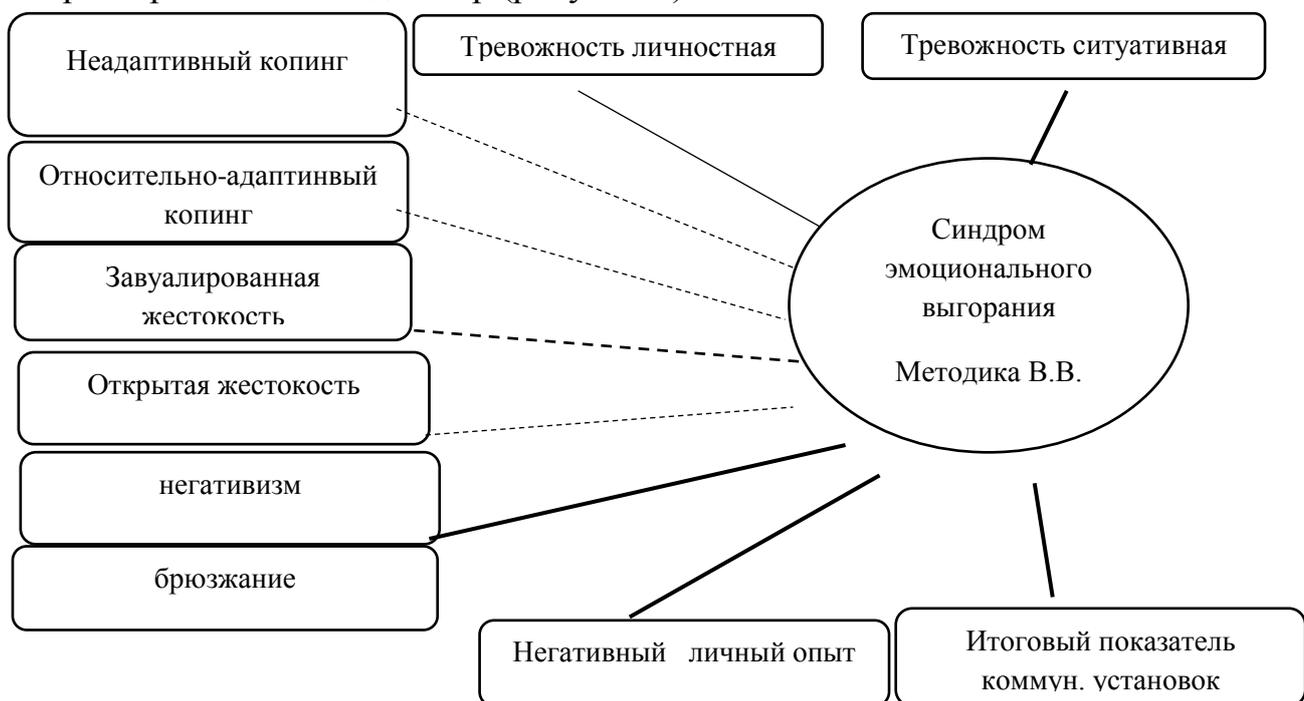
**Таблица 3. Корреляционный анализ взаимосвязи СЭВ и личностных характеристик медицинских сестер по методике В.В. Бойко**

Показатели	Показатели СЭВ			
	Напряжение	Резистенция	Истощение	Итог
Тревожность ситуативная	0,796**	0,887**	0,874**	0,505**
Тревожность личностная				0,392*
<i>Копинг-стратегии:</i>				
Относительно-адаптивные				-,319*
Неадаптивные				-,317*
<i>Негативные коммуникативные установки</i>				
Завуалированная жестокость				0,319*

Открытая жестокость			0,330*	0,391*
Негативизм	0,568*	0,459**	0,486*	0,589**
Брюзжание	0,462**	0,326*	0,427*	0,468**
Негативный жизненный опыт	0,401**	0,394*	0,392**	0,458**
Итоговый показатель	0,425**	0,436*	0,419**	0,501**

Примечание: \* корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя), \*\*корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

Для удобства отображения связей построена корреляционная плеяда итогового показателя СЭВ по методике В.В. Бойко и отдельными личностными характеристиками медсестер (рисунок 4).



**Рис. 4. Корреляционный анализ взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания (по В.В. Бойко) и психологических особенностей медицинских сестер**

Примечание: прямая связь —————  $p < 0,05$ , —————  $p < 0,01$ .  
 обратная связь - - - - -  $p < 0,05$ , - - - - -  $p < 0,01$

### Выводы.

1. СЭВ распространен среди медсестер психиатрического стационара. Синдром выгорания развивается по типу деперсонализации.

2. Выявлены личностные факторы, оказывающие значимое влияние на развитие СЭВ: тревожность, негативные коммуникативные установки, определенные стратегии совладания с кризисными ситуациями (относительно-адаптивные, неадаптивные копинги).

3. На основе полученных эмпирических данных возможна разработка комплексной программы психологического сопровождения медсестер психиатрических учреждений.

### Список литературы:

1. Yuriyeva, L. Educational programs for burnout prevention among healthcare professional in the field of mental health [Text] /Yuriyeva, L.// Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. - №Т. 10 (№ 2). С. 345-352.
2. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других [Текст] / В.В. Бойко. – М.: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.
3. Ракицкая, А.В. Синдром эмоционального выгорания как предмет социально-психологических исследований [Текст] / А. В. Ракицкая // Технологии информатизации и управления. ТИМ-2011: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. – Гродно, ГрГУ, 2011. – С. 429-433.
4. Булыгина. В.Г., Петелина, А.С. Эмоциональное выгорание у специалистов общей и судебно-психиатрической практики (аналитический обзор) [Текст] / В. Г. Булыгина, А.С. Петелина// Российский психиатрический журнал. - № 6. – 2013. - С. 24-30.
5. Смирнова О.Ю., Худяков А.В. Эмоциональное выгорание у медсестер психиатрических больниц [Текст] // Вестник психиатрии в Чувашии. - 2009. - N 5. С. 114-126.
6. Смирнова, С.С. Синдром эмоционального выгорания [Электронный ресурс]/ Смирнова, С.С.// Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/69846> (дата обращения 17.05.2021)
7. [Inoue](#), M., [Tsukano](#), K., [Muraoka](#), M., [Kaneko](#), F. [Hitoshi](#) Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. [Text]/ [M. Inoue](#), [K. Tsukano](#), [M. Muraoka](#), [F. Kaneko](#)// Psychiatry and clinical neurosciences.-2006.-Feb; 60(1): 29-363, 69.
8. Лозинская, Е. И. Проявления синдрома перегорания у психиатров и онкологов [Текст] / Е. И. Лозинская// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 2006 . № 3. -С. 16-19
9. Климентова, И.В., Андриянова, Е.А., Чернышкова, Е.В. [Текст] /Медицинские сестры психиатрической службы как особая профессиональная группа (обзор)// Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016.-12 (2): С. 199–202.
10. Горбунова, М.В., Колганова, С.Н. Роль медсестер в создании терапевтической среды в психиатрическом отделении [Текст] /\_М.В. Горбунова, С.Н. Колганова, // Сестринское дело. - 2007. -N 8. -С.38-38.
11. Семенова Н.В., доклад «Актуальные проблемы сестринского дела в психиатрии» [Электронный ресурс]/ Н.В. Семенова// Всероссийская научно-практическая конференция «Профессиональная стандартизация в подготовке и деятельности специалистов со средним медицинским образованием». Санкт-Петербург. 14 мая 2018 г. Режим доступа: <https://xn--11aecg.xn--p1ai/wp-content/themes/powerclub-lite/prezent/Semenova%20NV.pdf>), свободный– Загл. с экрана.

12. Бойко, В. В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания. // Практическая психодиагностика [Текст] / В. В. Бойко //ред. Райгородского Д.Я. – Самара, 1999.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТОРИТЕЛЛИНГА В ПОДГОТОВКЕ И ПЕРЕПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ “ПОМОГАЮЩИХ” ПРОФЕССИЙ**

*<sup>1</sup>Репринцева Е.А., <sup>1</sup>Лукьянов В.В., <sup>2</sup>Леонова Е.В.*

<sup>1</sup>Курский государственный университет, Курск, Россия

<sup>2</sup>Курский институт развития образования, Курск, Россия

**Аннотация.** В статье раскрывается потенциал технологии сторителлинга как эффективного инструмента в сфере подготовки и переподготовки специалистов “помогающих” профессий.

**Ключевые слова:** технология, сторителлинг.

## **THE USE OF STORYTELLING IN TRAINING AND RETRAINING OF SPECIALISTS OF "ASSISTANT" PROFESSIONS**

*<sup>1</sup>Reprintseva E., <sup>1</sup>Lukyanov V., <sup>2</sup>Leonova E.*

<sup>1</sup>Kursk State University, Kursk, Russia

<sup>2</sup>Kursk Institute for the Development of Education, Kursk, Russia

**Abstract.** The article reveals the potential of storytelling technology as an effective way in the training and retraining of specialists in “assistant” professions.

**Key words:** technology, storytelling.

Применение инновационных образовательных технологий в процессе подготовки и переподготовки высококвалифицированных кадров “помогающих” профессий является одной из актуальных задач современного профессионального образования. Умение использовать современные достижения научно-технического прогресса для достижения эффективных образовательных результатов является показателем высокой профессиональной культуры и мастерства преподавателя вуза.

Сегодня одним из самых популярных форматов медиа в мире является интертейнмент. Он появился в 80-х годах XX века в США, получил повсеместное распространение и адаптирован к традициям и обычаям разных стран. Интертейнмент - это формат для представления новостей и другой информации в развлекательной форме с чертами театрализации, наиболее часто

используемых в цифровых мультимедийных презентациях. Самыми популярными поджанрами интертейнмента являются образовательно-развлекательная программа - edutainment и рассказывание историй - storytelling.

Теоретические основы сторителлинга впервые были представлены в книге зарубежных психологов Fog, K., Budtz, C., Yakaboylu, B., Blanchette, S. "Storytelling: Branding in Practice". Вместе с тем, в работах зарубежных (Р. Макки, А. Симмонс, Дж. Труби и др.) и отечественных (Ю. Борщевская, Е. Викулова, В. Грушевская, С. Казначеева, О. Тодорова, Е. Челнокова, О. Юдакова) специалистов отмечается эффективный потенциал сторителлинга и возможность его широкого использования в самых разных областях: от управления персоналом до рекламы и цифровой журналистики, его актуальность обусловлена возросшими требованиями к эргономичности информационных продуктов [1; 2; 3; 4]. Метод сторителлинга обладает высоким дидактическим потенциалом для решения целого ряда педагогических задач: передачи информации, повышения мотивации обучающихся и развития коммуникативных и ИКТ-компетенций в ходе проектной деятельности [1].

Рассказывание историй/storytelling - это неформальный способ обучения с использованием повествовательных техник. Рассказывание историй - это не спонтанное повествование, это не погружение в искусство писать и обмениваться рассказами. Это технология настройки на слух, чтобы вызвать эмоциональную реакцию и взаимодействие со слушателями и слушателей. Такой способ взаимодействия называют "эмоциональным резонансом". В основе повествования лежит умственная работа, процесс создания интеллектуальных объектов.

Технология сторителлинга изначально проста и состоит из четырех последовательных шагов. 1). Определяем интересующий нас результат (указываем на эффект, который нам нужно получить от рассказа). Например, нам нужно, чтобы человек стал более воодушевленным и более погруженным в профессиональную деятельность. 2). Решаем, какие образы и эмоции (с большой долей вероятности) приведут человека к желаемому результату. В идеале необходимо определить психологические триггеры. Наиболее часто используемые триггеры - это интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность, доброжелательность и взаимность. 3). Составляем список слов (знаков), которые (с большой долей вероятности) вызовут нужные нам изображения. 4). Придумываем историю, используя эти слова. Главное здесь - сформировать логическую структуру. При необходимости можно использовать дополнительные слова, чтобы сделать образы в воображении слушателя более сложными и вызвать более желаемые эмоции.

Вместе с тем, как на этапе разработки истории, так и в процессе ее рассказа необходимо соблюдать технику повествования. *Введение* - ориентировано на вызов интереса слушателя, привлечение и удержание его внимания. *Развитие событий* - предполагает возможность глубокого проникновения в проблему или конфликт, который описан во введении. *Кульминация* - доведение напряжения до апогея, и преобразование ситуаций до

состояния невыносимой, что требует осуществления поиска способов разрешения поставленной проблемы. Найденные средства способствуют раскрытию секрета сюжета истории. *Вывод* - должен быть кратким и резюмировать рассказ одним предложением, имеющим смысл морали.

Технологическая цепочка сторителлинга включает четыре обязательных элемента: *сообщение* (мораль, вывод, который может сделать слушатель после прослушивания рассказа, она требует четкой формулировки); *конфликт* (неуравновешенность; проблема, которую необходимо решить; борьба персонажей друг с другом и с такими факторами, как время, ограниченность средств и т. д., побуждает их к определенным действиям); *герои* (персонажи/герои (их может быть несколько), к которым слушатель может относиться, ассоциировать или сравнивать себя с ними); *сюжет* (например, обычная ситуация, в которой может оказаться слушатель, или ситуация, характеризующая образовательную организацию или учреждение с определенной стороны - ответственность, забота о сотрудниках, готовность к изменениям и т. д.).

Эффектно представленная история создает логическую последовательность «эмоция - заключение - действие». Все это не более чем приспособление аудитории к восприятию повествования, чтобы в рассказе человек узнал себя, свою ситуацию и проникся доверием к автору сюжета, чтобы впоследствии найти решение обозначенной в нем проблемы.

Необходимо подчеркнуть, что в нашем представлении о сторителлинге и практике ее применения в подготовке и переподготовке специалистов “помогающих” специальностей сама технология предполагает не только рассказывание историй, но и демонстрацию видеоряда (обучающие и художественные фильмы, фрагменты фильмов и др.) вызывающего интеллектуальный и эмоциональный отклик зрителя.

Обратимся к анализу конкретных примеров. Одним из таких примеров является интерактивный семинар, посвященный проблемам лиц с расстройствами аутистического спектра (РАС). Нами была создана специальная презентация на основе телевизионного биографического фильма (2010) о жизни Тэмпл Грандин, женщины с аутизмом, которая стала одной из ведущих учёных в области животноводства. История Темпл убедительно свидетельствует, что для “аутичного ребенка есть надежда, что глубокая и постоянная забота, понимание, признание, высокие (но не завышенные) ожидания, поддержка и поощрение его лучших черт могут создать стартовую площадку, с которой он двинется по пути, ведущему к раскрытию его скрытых способностей” [5, с.5].

В презентацию включены специально подобранные видеофрагменты из фильма, каждый из которых был посвящён тому или иному аспекту формирования аутизма у главной героини. В то время как одни видеофрагменты характеризовали симптоматику РАС, другие акцентировали внимание слушателей на качественных нарушениях социального взаимодействия, а третьи позволяли отследить компенсаторные механизмы в

возрастной динамике. В заключении семинара была получена обратная связь от студентов, которые описали свои чувства относительно жизнеописания пациентки с аутизмом, выразили своё отношение к людям с такими особенностями, охарактеризовали симптоматику РАС.

ОГБУ ДПО КИРО реализует ДПП ПК “Оказание логопедической помощи в дошкольной образовательной организации” и “Оказание логопедической помощи в общеобразовательной организации”, целью которых является совершенствование профессиональных компетенций учителей-логопедов в области психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ (нарушениями речи) в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ, повышение профессионального уровня в рамках уже имеющейся квалификации. В содержание названных программ включены практико ориентированные темы “Технологии логопедической работы при нарушениях произносительной стороны речи”, “Технологии логопедической работы при нарушении темпоритмической стороны речи”, “Технологии коррекционной логопедической помощи при общем недоразвитии речи (ОНР)”, “Система коррекционно-развивающего обучения детей с дизартрией”, нуждающиеся в иллюстрировании с помощью видеоряда.

В практике повышения квалификации учителей-логопедов мы используем видеофрагменты, содержащие способы проведения логопедического массажа, способы постановки тех или иных звуков, демонстрирующие приемы и формы работы на групповых логопедических занятиях. Следует отметить, что показ фильма предваряет подробный рассказ (история) о событиях, предшествующих тому, что будет показано: история развития ребенка, конкретные запросы педагогов и родителей, с которыми обратились к учителю-логопеду, пласт пропедевтической работы специалиста и т.д. Таким образом обучающиеся погружаются в историю ребенка и лучше понимают смысл и результат показанного на экране. По окончании просмотра видеосюжета слушатели имеют возможность обсудить увиденное и предложить свои варианты работы с конкретным ребенком.

По отзывам слушателей ДПП ПК, обучавшихся с использованием сторителлинга, данная технология позволяет погрузиться в процесс коррекционной работы, “пропустить через себя” предложенный методический материал и, следовательно, более успешно применять его на практике.

Проведенный анализ показывает, что технология сторителлинга – это искусство донесения актуальной информации с помощью рассказов, историй, которые возбуждают у человека эмоции и мышление; это формат, который позволяет доступнее, быстрее и эмоционально насыщеннее представлять слушателям важную информацию; это один из эффективных способов преобразить даже самую «сухую» тему в интересный контент. Обучение при помощи сторителлинга превращается в интересный и эффективный процесс. Весь секрет в том, чтобы “научить, не уча”, рассказывая поучительные истории.

## **Список литературы**

1. Грушевская В.Ю. Применение метода цифрового сторителлинга в проектной деятельности учащихся [Текст] / В.Ю. Грушевская // Педагогическое образование в России. 2017. N 6. С. 38-44.
2. Макки, Р. История на миллион долларов [Текст] / Р. Макки; пер. с англ. под ред. Е. Виноградовой. – М.: Альпина нон-фикшн, 2008. – 456 с.
3. Симмонс, А. Сторителлинг. Как использовать силу историй [Текст] / А. Симмонс; пер. А. Анвара. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 272 с.
4. Fog, K. Storytelling: Branding in Practice [Text] / K. Fog, C. Budtz, B. Yakaboylu, S. Blanchette. – Luxembourg: Springer, 2006. – 254 p.
5. Grandin T., Scariano M. Emergence: Labeled Autistic. Grand Central Publishing, 1996.

**«ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СЕМИНАРЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ  
СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАМКАХ  
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ»**

*Ховалкина А.М., Богусhevская Ю.В.*

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

**Аннотация.** В статье представлено исследование эффективности проведения психообразовательных работ в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии в амбулаторных, стационарных условиях для больных соматизированными расстройствами. В последние годы становится первостепенным такое направление деятельности как психообразовательные работы и психопросвещение в профессиональных и общественных учреждениях в области психического здоровья.

**Ключевые слова:** психообразовательные работы, психопросвещение, соматизированные расстройства, когнитивно-поведенческая психотерапия.

**EDUCATIONAL SEMINARS FOR PATIENTS WITH SOMATIZED  
DISORDERS IN THE FRAMEWORK OF COGNITIVE BEHAVIORAL  
PSYCHOTHERAPY**

*Khovalkina A.M., Bogushevskaya Yu.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** The article presents a study of the effectiveness of psychoeducational work in the framework of cognitive behavioral psychotherapy in outpatient, inpatient conditions for patients with somatized disorders. In recent years, such a direction of activity as psychoeducational work and psychoeducation in professional and public institutions in the field of mental health has become paramount.

**Keywords:** psychoeducational work, psychoprospection, somatized disorders, cognitive behavioral psychotherapy.

Особым классом средств психологического просвещения являются – вебинары (семинары). Они имеют массу достоинств: в них могут приниматься участие люди различных слоев населения, интернет-семинары могут проводиться, не выходя из дома.

Наиболее разработанным методом при работе с больными СР, по мнению разных специалистов, является когнитивно-поведенческий подход, хотя эффективность психотерапии данной патологии невысока по сравнению с другими расстройствами, к примеру, депрессией.

По мнению большинства специалистов в этой области, причины в недостаточной осведомленности врачей о доказательном лечении СР, недоступности психотерапии, сопутствующих расстройствах личности, отказе пациентов от «психологического» лечения. Наиболее исследованным, системно разработанным методом психотерапии СФР является когнитивно-поведенческий подход [1,2].

Чаще всего психофармакотерапия купирует болезненную симптоматику при соматизированном расстройстве на время, но позже, пациенты возвращаются к прежнему состоянию при прекращении препаратов. Поэтому данная проблема требует более подробного изучения, а психологическое просвещение и психообразование становится как никогда актуально [3].

**Цель исследования:** выявление у больных СР неадаптивных стратегий поведения, для дальнейшей разработки образовательных семинаров в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии. В данном исследовании в качестве диагностического метода выступил опросник копинг-стратегий, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Опросник считается первой стандартизированной методикой в сфере измерения копинга. Данная методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой. Опросник включает 50 утверждений, группируемых в 8 шкал.

Внутренняя структура опросника представлена следующими шкалами:

1 шкала "Конфронтация" - предлагает стратегии решения проблем посредством нецелевой поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных как на изменение ситуации, так и на реагирование на негативные эмоции в связи с возникшими трудностями. При такой стратегии поведения может наблюдаться импульсивность, иногда с элементами враждебности и конфликта, трудностей в планировании своих действий, прогнозировании результата. Эта стратегия считается неадаптивной, однако обеспечивает способность субъекта противостоять трудностям.

2 шкала "Дистанцирование" – представляет собой попытки преодолеть негативные переживания за счет снижения субъективной значимости и эмоциональной вовлеченности в проблему.

3 шкала "Самоконтроль" - включает преодоление негативных переживаний путем подавления и сдерживания эмоций, сведение их к минимуму для субъективной оценки ситуации и дальнейшего выбора стратегии поведения, чрезмерный контроль поведения и стремление к самоконтролю. При выборе такой стратегии поведения наблюдается тенденция скрывать от окружающих свои мотивы и переживания. Это свидетельствует о страхе перед самоконтролем, повышенных требованиях к себе и чрезмерном контроле над своими действиями.

4 шкала "Поиск социальной поддержки" - предполагает решение проблемы путем привлечения внешних ресурсов, поиска информации, эмоциональной поддержки. Эта стратегия характеризуется ориентацией на внешнее окружение, получением внимания, советов и сочувствия.

5 шкала "Принятие ответственности" - предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в некоторых случаях с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Эта стратегия отражает стремление индивида понять зависимость между его собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины реальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

6 шкала "Бегство-избегание" подразумевает попытки человека преодолеть негативные переживания, реагируя в соответствии с типом уклонения (отрицание проблемы, фантазии, неоправданные ожидания, отвлечение). Он представляет собой неадаптивные формы поведения.

7 шкала "Планирование решения проблем" - включает преодоление проблемной ситуации путем целенаправленного анализа и возможных вариантов поведения в этой ситуации, а также разработку стратегии решения проблемы, планирование собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Стратегия рассматривается как адаптивная форма поведения.

8 шкала "Позитивная переоценка" - включает попытки преодоления негативных переживаний в связи с проблемой, рассматривая проблему как стимул для личностного роста и развития. Это стратегия также способствует самораскрытию.

В исследовании приняли участие 23 больных с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0), которые проходили стационарное лечение в ОБУЗ «КОНБ». Экспериментальную группу составили женщины (n=10), в контрольную группу вошли женщины (n=13) с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0).

В результате проведенного исследования когнитивного и эмоционального уровня осознания болезни у испытуемых с помощью опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса, страдающих соматизированными

расстройствами. У большинства испытуемых наблюдается низкий уровень субъективного понимания болезни при недостаточном осознании психологических причин, которые лежат в ее основе, завышенные показатели по шкалам «Конфронтация» - 14%; «Поиск социальной поддержки» - 43 %; «Бегство-избегание» - 43%. Кроме того, данные группы больных склонны оценивать своё заболевание как длительное, постоянно проявляющееся в повседневной жизни, что сопровождается затруднённым личностным контролем над ее течением.

Таким образом, для большинства больных характерна неадаптивная форма поведения, негативные изменения в эмоциональном, мотивационном и личностном компоненте внутренней картины болезни. Для улучшения и повышения этих уровней необходимо проведение психообразовательных семинаров для больных СР в рамках когнитивно-поведенческой терапии с использованием различных техник, не требующих большого количества встреч, таких как «техника когнитивного реконструирования». Данная техника направлена на сбрасывание негативных чувств и переживаний, перестройку неадаптивных (иррациональных) мыслей на адаптивные (рациональные).

#### **Список литературы**

1. Bleinhardt, G. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms - a randomized controlled trial in tertiary care / G. Bleinhardt // J. Psychosom. Res. - 2004. - vol. 56. - P. 449–454.
2. Боброва, М.А. Эмоциональные, когнитивные и личностные нарушения при соматоформных расстройствах (типология, терапия, прогноз): автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата психол. наук. / М.А. Боброва. – Москва, 2012. - 235 с.
3. Чижова, А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств / А.И. Чижова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. - 2012. - №6. - С.138–144.
4. Погосов, А.В. Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование / А.В. Погосов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2019. - №3. - С.64 – 72.
5. Смулевич, А.Б. Психические и психосоматические расстройства в общей медицине / А.Б. Смулевич // Сборник научных статей по материалам конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» / ИД. «Городец». – Москва, 2016. - С. 305 – 308.
6. Богушевская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики / А.В. Погосов, А.В. Ласков, Ю.В. Богушевская // Неврология, нейропсихология, психосоматика. – 2018. - №4. – С. 40-46.

**«ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ НАДЕЖНОСТЬ» РАЙНА БИРЛИ**  
*Филиппович М.С.*

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

**Аннотация.** В период борьбы за внимание человека на различных платформах (социальные медиа, теле- и радиовещание) появляются различные схемы информационных манипуляций, которые сопряжены с формированием доверительного отношения. Для того, чтобы выявить или распознать объективную и адекватную сторону события, необходимо иметь некоторые достоинства («virtues»), описанные Р. Бирли. В данной статье описаны критерии, выдвинутые Бирли, которые являются ориентирами интеллектуальной надежности, позволяющие сохранить непредвзятую позицию.

**Ключевые слова:** выбор, доверие, влияние, уязвимость, социальный риск

**INTELLECTUAL DEPENDABILITY BY RYAN BYERLY**  
*Filippovich M.S.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** When social media services fight for individual's attention, the new schemata of information manipulation take place and connect with trust attitude to various platforms: smartphone, TV and radio. In order to recognize and/or find out an objective way of the phenomenon it is needed to have certain virtues that well-explained by Ryan Byerly. The author describes Byerly's thesis that can be considered as points of an intellectual dependability.

**Keywords:** choice, trust, influence, vulnerability, social risk

Человеку сложно решить, кто может влиять на формирование его собственного мнения, кто может стать для него образцом правильного поведения и кого считать ментором в античном смысле слова. Примерно такие критерии позволяют определить тип человека, которому можно довериться. Задумываясь о каком-либо предмете или событии, например, движении #BlackLivesMatter или об открытии границ государств после пандемии, трудно составить собственное мнение, не полагаясь на авторитет эксперта. Это вызывает определенную зависимость – неважно, хорошо ли это или нет.

Такая форма зависимости проявляется из-за уязвимости, которая, в свою очередь, становится следствием лагун в информационном пространстве. Поэтому необходим тот, кто становится «проводником», способным описать ситуацию и комментарий которого можно придать решающее значение. С

такими «проводниками» человек делится своим мнением в надежде, что они смогут поддержать их, придадут уверенности, найдут общие черты, которые бы укрепили это мнение.

Людей, от которых зависит видение другого, Райан Бирли называет интеллектуально надежными [2]. Этот тип людей, которые имеют определенную позитивную установку, связанную с продвижением достоверных знаний, которые бы помогли другим сформировать объективную позицию на какое-либо событие. Согласно Бирлу, существует пять достоинств интеллектуально надежных людей.

Первой отличительной чертой интеллектуальной надежности является то, что человек искренне заботится об интеллектуальном благополучии другого: он старается дать объективную информацию, расширяет знания, углубляет понимание, развивает когнитивные навыки. Иными словами, этот тип становится интеллектуальным благожелателем (“intellectual benevolence”). Человек понимает, что увеличение знаний позволяет сломать некоторые барьеры или предрассудки и радуется, когда его «ученики» умеют быстро ориентироваться в общественной или иной повестке дня.

Р. Бирли приводит в пример американского генетика Барбару Мак-Клинток, которая в 1930-х определила основное поле работы в цитогенетике благодаря своим исследованиям с семенами кукурузы. И вместо того, чтобы самостоятельно проводить исследования, она передала проект своей ученице Гарриет Крейтон, которая впоследствии получила всемирное признание вместе с самой Мак-Клинток. Обратная сторона интеллектуальной надежности – социальная мстительность или бдительность (“social vigilantism”). Это сильное желание изменить мнение других. Данный тип бдительного поведения, согласно исследованию Дональда Саусье и Рассела Вебстера [8], представляет собой конструкт, позволяющий повысить понимание убеждения, и сопротивление. Такие люди имеют стремление победить и показать, что их аргументы весомее.

Второй чертой интеллектуальной надежности является прозрачность. То есть человек склонен искренне делиться с другим своей точкой зрения, которая могла бы замотивировать и продвинуть другого в каком-либо действии.

Студенты описывали философа Джорджа Эдварда Мура как человека с особенной четкостью – прозрачностью – в своем учении. На одной из лекций ему пришлось выдвинуть иную позицию, чтобы объяснить ошибочность принятой точки зрения на предыдущей лекции.

Обратная сторона прозрачности – тщеславность и робость. Тщеславный человек старается убедить других в том, что его позиция заслуживает доверия [5]. Алессандра Танесини [7] в своей исследовательской работе показала, что робость – это заученное молчание (“self-silencing”), которое подкреплено негативным отношением к собственной интеллектуальной способности.

Третьей чертой интеллектуальной надежности является тенденция человека исключить или снизить двусмысленность при коммуникации. Райан Бирли, Гордон Пенникук, Джеймс Чейн, Натаниэль Барр, Дерек Коэлер и

Джонатан Фугельсэнг [3] отмечают, что недостаток ясности коммуникатора – это восприимчивость к псевдо-глубине. В предложенных карточках участникам исследования были написаны выражения, которые необходимо было оценить – являются ли они модным сленгом или случайно сгенерированными фразами. Например, выражение “Hidden meaning transforms unparalleled abstract beauty” в большинстве случаев было расценено как «глубокомысленное», тем не менее синтаксическая структура данного выражения является нелогичной, поэтому те, кто оценил это выражение как «более чем глубокомысленное» попали в ловушку двусмысленности.

Глубина идеи, которую озвучивает один из коммуникаторов, может определить восприимчивость к распознаванию фейковых новостей [4].

К четвертой черте интеллектуальной надежности относится восприимчивость человека к чужому мнению. Этот тип уделяет внимание видению, опыту, возможностями другого. Выстраивая коммуникацию, они проявляют сенситивность. Обратная сторона данной черты – невнимательность, концентрация только на своем мнении. Погруженность в собственное мышление [1, 6], когда, например, лектор, уходит от предмета темы, не обращая внимание на реакцию слушателей, приводит к тому, что его интерес к коммуникационному фидбеку отсутствует.

И, наконец, пятая черта интеллектуальной надежности – проявление определенной мудрости, которая соответствует социальной потребности. Этот тип предполагает поддержку множественного выбора, решений в поиске знания, что люди совершают выбор при наличии объективных свидетельств, поэтому помогают в преодолении каких-либо трудностей, рисков, учат находить правильный метод поиска.

Развитый навык интеллектуальной надежности позволяет судить о компетентности человека, его объективности и искренности. Данные черты могут продемонстрировать функционирование социальных связей, которые основываются на доверительном отношении между коммуникаторами.

### Список литературы

1. Azevedo, G. Bodily self-consciousness and its relation with health / G. Azevedo, J. S. Filippovich // Коллекция гуманитарных исследований. – 2020. – No 1(22). – P. 6-12. – DOI 10.21626/j-chr/2020-1(22)/1.
2. Byerly T.R. Intellectual Dependability. A Virtue Theory of the Epistemic and Educational Ideal. Routledge, 2021. 214 p.
3. Byerly T.R. Intellectual Dependability. A Virtue Theory of the Epistemic and Educational Ideal. Routledge, 2021. 214 p.
4. Pennycook, G and Rand, DG (2020) Who falls for fake news? The roles of bullshit receptivity, overclaiming, familiarity, and analytic thinking. Journal of Personality 88, 185–200. <https://doi.org/10.1111/jopy.12476>
5. Roberts C. Robert, Wood W. Jay. “Humility” In Intellectual Virtues: An Essay in Regulative Epistemology. Oxford University Press. 2007. pp. 236-256

6. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A Revised Version for Use with General Populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 15(8), 687–699. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1985.tb02268.x>
7. Tanesini A. Intellectual Servility and Timidity. *Journal of Philosophical Research*. Vol. 43, 2018. pp. 21-41
8. Saucier DA, Webster RJ. Social Vigilantism: Measuring Individual Differences in Belief Superiority and Resistance to Persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2010;36(1):19-32. doi:10.1177/0146167209346170

**PERCEPTION OF THE ACADEMIC PERFORMANCE OF BRAZILIAN STUDENTS ON THE DISTANCE LEARNING REGIME, FROM THE PERSPECTIVE OF PYGMALION EFFECT**

*Simonova Zh. G., Marson G.R., Adorno M.A., Hiray Leal G. Mendes S. V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Abstract.** As a result of the COVID-19 pandemic, distance learning has become a viable tool to solve the demands of education on a large scale, but in general terms and for the vast majority this implementation was something new, which at first caused technical obstacles and operational issues related to the use of platforms that provide this type of service, together with structural problems in the country itself, from economic inequalities to energy distribution and internet access. This scenario has been implemented over time; however, we see that even after overcoming some of the obstacles of this initial phase, currently Brazilian students in their great majority are showing a decrease in their academic performance. The article goal is to study and develop a reinterpretation of the obstacles and dissatisfactions identified and reported by teachers during the distance education period, aiming to offer practical actions to improve the relationship between students and teachers, providing a solution according to Rosenthal effect (Pygmalion effect) to motivate them and engage Brazilian students in order to reduce their frustration and feeling of academic unpreparedness.

**Keywords:** Student and teacher relationship. Pygmalion effect. distance learning in Brazil.

**ВОСПРИЯТИЕ УЧЕБНОЙ СПОСОБНОСТИ БРАЗИЛИЙСКИХ СТУДЕНТОВ В РЕЖИМЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ С ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕКТА ПИГМАЛИОНА**

*Симонова Ж.Г., Рафаэл М.Г., Антонио А.М., Габриэль Х.Л., Мендес С.В.*

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

**Аннотация.** В результате пандемии COVID-19 дистанционное обучение стало жизнеспособным инструментом для решения задач образования в

больших масштабах, но в целом и для подавляющего большинства эта реализация была чем-то новым, что сначала вызывало технические препятствия и операционные вопросы, связанные с использованием платформ, которые предоставляют этот тип услуг, вместе со структурными проблемами в самой стране, от экономического неравенства до распределения энергии и доступа в Интернет. Этот сценарий реализовывался с течением времени; однако мы видим, что даже после преодоления некоторых препятствий на этом начальном этапе, в настоящее время бразильские студенты в подавляющем большинстве демонстрируют снижение успеваемости. Целью статьи является изучение и разработка новой интерпретации препятствий и неудовлетворенности, выявленных и заявленных учителями в период дистанционного обучения, с целью предложить практические действия для улучшения отношений между учениками и учителями, предлагая решение в соответствии с эффектом Розенталя (эффект Пигмалиона) чтобы мотивировать их и привлечь бразильских студентов, чтобы уменьшить их разочарование и чувство неготовности к учебе.

**Ключевые слова:** отношения ученика и учителя, эффект Пигмалиона, дистанционное обучение в Бразилии.

**Introduction.** Due to the COVID 19 pandemic, the service provision and education sectors had to adapt to the new organization of interpersonal relations respecting the norms established for the promotion of public health, several measures and tools that already exist, however, were not so in vogue, they started to be seen as viable possibilities to remedy the present demands. Among them are the distance learning platforms, which enabled the continuity of academic activities, including the implementation of new teaching materials and ways of fulfilling the program content, but the change in the interaction model between students and teachers was reflected in the application of the approach's didactics used until then. Over time, the discrepancy and seriousness of structural problems in Brazil became increasingly evident, among them with regard to the topic of distance education, according to reports from educators and students from public municipal education institutions, access to the internet and mastery of manipulation on digital platforms. Currently, after this first probationary and adaptive period, and circumvented but not yet overcome such infrastructure problems, we also noticed the emergence of difficulties in communication and interaction between students and teachers of these institutions, which reflected in a decrease in the academic performance of students and a psycho-emotional issues, both teachers and students, for the most part, are unmotivated to exercise their educational activities. This article aims to approach another evaluative view, based on the psychological phenomenon research presented by Rosenthal, R. and Jacobson, L. to not only diagnose the problem more deeply, but to propose a solution based only on behavior change in order to enhance the skills and development of teachers and students.

**Purpose of the research.** To study and develop a reinterpretation of the obstacles and dissatisfactions identified and reported by teachers during the distance education period, aiming to offer practical actions to improve the relationship between students and teachers, aiming at ways to motivate them and engage Brazilian students in order to reduce their frustration and feeling of academic unpreparedness.

**Method and materials.** Study design: Through a review of the literature over the topics of Psychosocial phenomena in an academic environment, Pygmalion effect, the academic performance of Brazilian students during the distance learning educational system; conducted through Pubmed, Google Scholar, and reports from different organizations, such as National Union of Municipal Education Directors (Undime), UNICEF (United Nations Children's Fund), Itaú Social and Instituto Península, that evaluate the quality of education in Brazil among other activities.

All these obtained data are dated from articles from 2000 until 2021. Analysis of comparative study: The data collected from the publications of the institutes that evaluated the Brazilian educational index were used to carry out a comparative analysis among themselves in order to observe if there is congruence and coherence among the results of the researches presented and, in this way, to understand the extent of the issues, subdividing and analyzing according to the four factors presented on the perspective of the social phenomenon described by Rosenthal, R. and Jacobson, L.

**Results.** According to World Health Organization, the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) was first reported on December 31, 2019, and it was declared a global pandemic in March 2020 ensuing a plaint of public health measures, and among them, the lockdown and life restrictions in the attempt to prevent the spread of the virus. With the lockdown [1], social interactions changed and the educational system had to follow and adapt to the new health and public organization protocols required by the Ministry of Health.

Over time, some psycho-emotional problems intricate with social isolation began to be noticed throughout the world, as an example, as demonstrated in a study carried out with university students in the United Arab Emirates (UAE), where a total of 154 students participated in the survey, and the majority were female. The results of the GHQ-12 analysis showed that the students were experiencing psychological issues related to depression and anxiety as well as social dysfunction [2].

Prior to the adoption of the distance learning (DL) regime, studies already indicated the existence of stress in the academic environment, a survey reported the aspects of nurse education programs that frequently cause stress to nursing students, the result of the analysis revealed that five factors. Firstly, the academic stress. The second and third components concern relationships, the former involving teaching-related staff, and the latter involving the clinical experience. The last two components suggest that finance and the death of patients are independent sources of stress [3]. However, these issues are crossing borders and currently institutions and companies linked to the educational sector in Brazil are presenting

in their researches, data proving the symptomatologic impact of the distance learning system in basic education in different states in Brazil. Its undeniable the benefits and possibilities of online education during the Coronavirus pandemic, although in terms of psychological impact and in academic performance per se, it was found a decrease in the quality of teaching and a substantial increase in stress and frustration on the side of teachers and students, which can be attributed to two major factors.

The first one is largely due to a structural inability and infeasibility of implementing the online system, as according to data issued by the organization "Escola Nova" reports that according to teachers, one of the main challenges to be overcome during the first semester of 2021 is the infrastructure suitable for remote work came in the first place, with 63% of votes and in second and third place, with 60% and 51%, respectively. There were difficulties in developing pedagogical strategies that can be done remotely and knowing the technological tools that enable their execution [4].

According to a study carried out by the National Union of Municipal Education Directors (Undime) with support from UNICEF (United Nations Children's Fund) and Itaú Social, "Municipal education networks point to internet and infrastructure as the greatest difficulties faced in 2020, according to a survey by Undime". The document details the challenges of 2020 and how the return to school is going in 2021. For students from municipal public education networks, the biggest infrastructure problem to be overcome was internet access, 78.6% of respondents identified a degree of difficulty in medium to high in this regard. Of the responding municipalities, 95.3% stated that the off-site activities in 2020 were concentrated in printed materials and guidance via WhatsApp [5].

The second factor concerns the relationship between students and teachers, their expectations, and their frustrations with each other and with the current educational system. A survey published by Instituto Península, which is a third sector organization that works in the field of Education in Brazil, published that when they answered the question "How have you been feeling most of the time?" Based on the Emotions Scale developed by Marc Brackett, Ph.D., of the Yale Center for Emotional Intelligence," over time, teachers felt more overwhelmed and less anxious. Other results presented by this research show that only 49% of teachers are feeling motivated to return to in-person classes, even though 99% have taken at least one dose of the vaccine and even with the return to in-person classes, 85% of teachers believe that students will learn less than expected for the school year. Kindergarten teachers are the ones with the best expectations regarding student learning. Regarding students, teachers noticed a progressive pessimism about the future and a feeling of unpreparedness in relation to learning [6].

By analyzing such data under the Pygmalion effect perspective (also often called the Rosenthal effect) in order to predict possible unfavorable consequences of the current educational scenario and a better understanding of the obstacles to be overcome, we note the importance of the dynamics of the student-teacher relationship for student performance.

Pygmalion effect named after the Greek myth of Pygmalion, who was a sculptor whose desire to find a woman as beautiful as his sculpture to marry, attended by the goddess Aphrodite (the goddess of love), demonstrating the consequences of projected focus and expectations on a goal or in someone can impact the outcome in a given situation. This effect describes mostly educational and professional situations, where someone's high expectations improve our behavior and therefore our performance in a given area, suggesting that we do better when more is expected of us [7].

In a psychological phenomenon research in 1968 by Rosenthal, R. and Jacobson, L., the Pygmalion effect was demonstrated and some years later Rosenthal proposed a four-factor theory to explain why teachers' expectations of their students impact those students' behavior [8].

The four factors (climate, input, output, and feedback) allude to different fields of action in the interaction dynamics between students and teachers, which they share as a center of congruence the positive expectation upon the student's capacity. In this way, according to the proposal of Rosenthal, the climate is the promotion of a healthy socio-economic environment, departing from a positive feeling on the teacher's side, towards their students and the classroom would reflect this attitude back; the input would be the expectation that students are intelligent to deal with the given assignments, combined with their encouragement to consume better quality materials. Output means that the student's engagement will rise if the teachers provide more opportunities for their students to respond in the classroom and Feedback is about more detailed guidance on how to improve for students who are better performing.

Distance learning became unbalanced and proposed a new pedagogical challenge to deal with these four mentioned spheres of action, but even with present Brazil's structural problems, for instance, in relation to work over the factors named climate and output, which are major obstacles as they transcend the control of the teacher's teaching activity, on the other hand, strengthening input factors by facilitating access to better quality materials and a greater frequency of feedback oriented toward those in seeking of better performance, will tend to maintain their interest and academic motivation and in the long term, providing a progressive increase in their academic achievements.

**Conclusion.** The implementation of distance learning in public municipal schools in Brazil presents numerous structural and socioeconomic challenges to overcome, since the implementation of a system that provides and facilitates internet access for students, till the teachers' training and the provision of interface tools with easy manipulation for the best exercise and application of the teachers' proposed pedagogical activities.

However, with the existing platforms currently in use, we concluded through the re-reading of the collected data, that the adoption of a more positive posture by the teachers on the students' capacity and a greater direction, offered proportionally to the student's academic performance, presents strong indications to produce a positive impact on the teaching activity and on the relationship between both parties.

## References

1. Zandifar and Badrfam, 2020), particularly in terms of high levels of psychological distress (Qiu et al., 2020), depression (Wang et al., 2020), anxiety (Horesh and Brown, 2020; Lima et al., 2020; Rajkumar, 2020), fear and panic behaviors (Shigemura et al., 2020).
2. Drissi N, Alhmoudi A, Al Nuaimi H, Alkhyeli M, Alsalami S, Ouhbi S. Investigating the Impact of COVID-19 Lockdown on the Psychological Health of University Students and Their Attitudes Toward Mobile Mental Health Solutions: Two-Part Questionnaire Study. *JMIR Form Res.* 2020;4(10):e19876. Published 2020 Oct 20. doi:10.2196/19876.
3. Timmins F, Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. *Nurse Educ Today.* 2002 Apr;22(3):203-11. doi: 10.1054/nedt.2001.0698. PMID: 12027601.
4. <https://novaescola.org.br/conteudo/20486/especial-trabalho-docente-na-pandemia-recursos-e-infraestrutura>.
5. Fonte: Undime. Títulol original: Redes municipais de educação apontam internet e infraestrutura como maiores dificuldades enfrentadas em 2020, mostra pesquisa da Undime. <https://bit.ly/3ckghej>.
6. Data de publicação: 2021. Autor(es): Alqueres, Beatriz | Kimi, Daniela | Ferraz, Marina. Local de publicação: São Paulo. Instituição(ões) relacionada(s): Instituto Península (Realizadora). Fonte: <https://institutopeninsula.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Pulso-Volta-as-Aulas.pdf>. Data de Acesso à Fonte: 22/10/2021. Suporte: Texto. Tipologia: Relatório. Tamanho: 28 páginas.
7. Rosenthal, R. and Jacobson, L., 1968. Pygmalion in the classroom. *The urban review*, 3(1), pp.16-20.
8. Kierein, Nicole M., and Michael A. Gold. "Pygmalion in Work Organizations: A Meta-Analysis." *Journal of Organizational Behavior* 21, no. 8 (2000): 913–28. <http://www.jstor.org/stable/3100361>.

## Список литературы

1. Zandifar and Badrfam, 2020), particularly in terms of high levels of psychological distress (Qiu et al., 2020), depression (Wang et al., 2020), anxiety (Horesh and Brown, 2020; Lima et al., 2020; Rajkumar, 2020), fear and panic behaviors (Shigemura et al., 2020).
2. Drissi N, Alhmoudi A, Al Nuaimi H, Alkhyeli M, Alsalami S, Ouhbi S. Investigating the Impact of COVID-19 Lockdown on the Psychological Health of University Students and Their Attitudes Toward Mobile Mental Health Solutions: Two-Part Questionnaire Study. *JMIR Form Res.* 2020;4(10):e19876. Published 2020 Oct 20. doi:10.2196/19876.
3. Timmins F, Kaliszer M. Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. *Nurse Educ Today.* 2002 Apr;22(3):203-11. doi: 10.1054/nedt.2001.0698. PMID: 12027601.

4. <https://novaescola.org.br/conteudo/20486/especial-trabalho-docente-na-pandemia-recursos-e-infraestrutura>.
5. Fonte: Undime. Títulol original: Redes municipais de educação apontam internet e infraestrutura como maiores dificuldades enfrentadas em 2020, mostra pesquisa da Undime. <https://bit.ly/3ckghej>.
6. Data de publicação: 2021. Autor(es): Alqueres, Beatriz | Kimi, Daniela | Ferraz, Marina. Local de publicação: São Paulo. Instituição(ões) relacionada(s): Instituto Península (Realizadora). Fonte: <https://institutopeninsula.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Pulso-Volta-as-Aulas.pdf>. Data de Acesso à Fonte: 22/10/2021. Suporte: Texto. Tipologia: Relatório. Tamanho: 28 páginas.
7. Rosenthal, R. and Jacobson, L., 1968. Pygmalion in the classroom. The urban review, 3(1), pp.16-20.
8. Kierein, Nicole M., and Michael A. Gold. “Pygmalion in Work Organizations: A Meta-Analysis.” Journal of Organizational Behavior 21, no. 8 (2000): 913–28. <http://www.jstor.org/stable/3100361>.

## *Часть II*

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ**

*Анпилова А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – профессор, зав.кафедрой общей и  
клинической психологии, д.психол.наук Василенко Т.Д., доцент кафедры  
общей и клинической психологии, к.психол.н. Блюм А.И.**

**Аннотация:** в статье представлены материалы исследования связи готовности к материнству и самоповреждающего поведения детей в выборке матерей с детьми в возрасте от 6 месяцев до трёх лет.

**Ключевые слова:** готовность к материнству, самоповреждающее поведение, привязанность, материнство

### **RELATIONSHIP OF PREPAREDNESS FOR MOTHERNESS AND SELF-INJECTING BEHAVIOR IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD.**

*Anpilova A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific adviser – Professor, Head of the Department of General and Clinical  
Psychology, Doctor of Psychology Sciences Vasilenko T.D., Associate Professor  
of the Department of General and Clinical Psychology, Candidate of Psychology  
Sciences Blum A.I.**

**Abstract:** The article presents materials from the study of the relationship between readiness for motherhood and self-harming behavior of children in a sample of mothers with children aged 6 months to three years.

**Keywords:** readiness for motherhood, self-harming behavior, attachment, motherhood

Множественные исследования, проводимые авторами, не раз доказали взаимосвязь качества взаимодействия матери с ребенком на дальнейшее развитие ребенка, формирование у него определенных качеств и даже расстройств.

М. Аинсворт в своих исследованиях предполагала, что качественные отличия привязанности матери и младенца в большой степени зависят от социального поведения матери, от опыта, приобретаемого ребенком в процессе взаимодействия с матерью [2]. Исследование взаимодействия в диаде мать-дитя на протяжении двенадцати месяцев жизни ребенка позволило сделать выводы, что по сравнению с матерями младенцев избегающего или амбивалентно-сопротивляющегося типа привязанности матери безопасно привязанных младенцев более чувствительно отзывались на сигналы и социальное поведение младенцев.

Так же, исследования в области материнства Филипповой Г.Г., описывают психологическую готовность к материнству как формирующую основу адаптации к беременности и материнству, а в качестве компонентов психологической готовности к материнству описывали ценность будущего ребенка, себя как матери, материнскую компетентность [3].

Таким образом, возможно сделать вывод что готовность к беременности имеет определенное место в качестве взаимодействия матери и ребенка и может влиять как на мать, так и на ребенка.

Нашим предположением было наличие взаимосвязи такого фактора как готовность к материнству матери и такого проявления нарушения привязанности как самоповреждающее поведение у ребенка.

Самоповреждающее поведение часто бывает предикатом тревоги в детско-родительских отношениях. Вопрос становится более острым в контексте раннего детства, когда аутоагрессивное поведение выходит за рамки исследовательского феномена, связанного с дифференциацией восприятия себя и пространства, а становится стереотипным.

Н.А. Польская рассматривая самоповреждающее поведение выделяла типы и функции самоповреждающего поведения, определяемые нормативным или нарушенным характером онтогенеза психики и поведения, возрастными психологическими особенностями, социальной обстановкой и индивидуальной историей развития [1].

Первоначально самоповреждение имеет реактивный тип, поведенческие акты ситуационно обусловлены, являются ответом на переживание

психологических трудностей, фрустраций. В дальнейшем формируется дисфункциональный тип, где СП выражается нарушением личностного и эмоционального функционирования, возникающее в повторяющихся ситуациях, расценивающийся как психологически не благоприятные. Уже в подростковом возрасте говорят о преобладании идентификационного типа самоповреждающего поведения, выражающегося в повторяющихся актах. Реактивный и дисфункциональный типы находятся в контакте с индивидуальной реакцией на стресс, переживание фрустрации, возрастными или другими кризисами нормативно развивающейся личности, что при суммировании неблагоприятных внешних и внутренних факторов формирует аутодеструктивный паттерн поведения [1].

**Актуальность** изучения самоповреждающих тенденций в поведении детей раннего возраста определяется его потенциальной опасностью для здоровья, а также это подчеркивает тот факт, что самоповреждающее поведение относится к доклиническим феноменам и свидетельствует о психологическом неблагополучии личности, ровно как является фактором риска суицидального поведения и/или симптомом психического расстройства.

**Целью** нашего исследования было изучить особенности готовности к материнству матери и её взаимосвязь с ранним контактом и как следствие проявления самоповреждающего поведения и аллергий неясного генеза у детей. Исследование проводилось среди матерей с детьми от 6 месяцев до трёх лет Курской и Белгородских областей. Общий объем выборки составил 50 человека, из которых 25 матерей с «адекватным» типом готовности к материнству, 15 с «избегающим» типом и 10 с «тревожно-амбивалентным»

**Задачи исследования:**

- изучить готовность к материнству в выборке испытуемых
- исследовать проявления самоповреждающего поведения у детей
- выявить связь между показателями готовности к материнству и проявлением самоповреждающего поведения у детей.

В качестве **методов исследования** были использованы:

- проективная методика Филипповой Г.Г. «Фигуры»;
- анкета для матери

Шкала готовности к материнству включила в себя:

- Адекватный тип готовности к материнству;
- Игнорирующий тип готовности к материнству;
- Тревожно-амбивалентный тип готовности к материнству.

Анкета на самоповреждающее поведения выявляла 11 основных признаков:

- Использование царапок;
- Царапал себя;
- Щипал себя ребенок;
- Бил или стучал головой обо что-то;
- Кусает свои пальцы либо другие части тела;
- Расчесывает ли голову до выпадения волос;

- Расчёсывал свои части тела;
- Выдергивал ресницы или брови;
- Тыкал себе в глаза;
- Тянул/дергал волосы себе;

Максимальным количеством проявлений стал показатель равный «4», минимальный равен «0»

**Гипотеза исследования:** существует связь между показателями готовности к материнству матери и самоповреждающих проявлений у ребенка.

В качестве критериев статистической обработки был выбран Н- критерий Краскела- Уоллиса. Проанализировав частоту встречаемости СП в группах с «адекватным», «игнорирующем» и «тревожно-амбивалентным» типом готовности к материнству мы наблюдаем значимые различия ( $p \text{ level} = ,037$ ).

Отсутствие признаков самоповреждающего поведения наблюдается при «адекватном» типе готовности к материнству в 40% случаев, при «тревожно-амбивалентном» типе готовности к материнству в 20% случаев, при «игнорирующем» типе готовности к материнству в 13,3% случаев.

«1» проявление самоповреждающего поведения наблюдается:

- При адекватном типе готовности к материнству в 32 %;
- При тревожном типе готовности к материнству в 10 %;
- При игнорирующем типе готовности к материнству 26,7 %;

«2» проявления самоповреждающего поведения наблюдается:

- При адекватном типе готовности к материнству в 20 %;
- При тревожном типе готовности к материнству в 40 %;
- При игнорирующем типе готовности к материнству 40 %;

«3» проявления самоповреждающего поведения наблюдается:

- При адекватном типе готовности к материнству в 8 %;
- При тревожном типе готовности к материнству в 30 %;
- При игнорирующем типе готовности к материнству 20 %;

Таким образом, проанализировав частоту встречаемости признаков самоповреждающего поведения можно сделать вывод, что наиболее благоприятным для отсутствия признаков СП является ситуация, где мать имеет «адекватный» тип готовности к беременности. Наибольшая частота встречаемости признаков СП наблюдается у детей матерей с «игнорирующим» типом готовности к материнству.

#### Список литературы:

1. Гольская НА Формы и функции самоповреждающего поведения при нормальном и нарушенном психическом развитии [Текст]: дис ... канд психол наук : 19.00.04 / Гольская Наталья Антоновна -М 2017. – 113 с
2. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. -СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. — 288 с.
3. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. - М.: Изд-во Института Психотерапии.- 2002. -192 с.

## **СВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЖАЛОБАМИ**

*Бабаева А.А.*

**Белгородский государственный национальный исследовательский университет, город Белгород, Россия**

**Научные руководители – профессор, профессор кафедры общей и клинической психологии, д.психол.н. Разуваева Т.Н., доцент, зав. кафедрой возрастной и социальной психологии, к.психол.н., Гут Ю.Н.**

**Аннотация.** В статье представлен анализ связи низкой самооценки и особенностей личностного профиля подростков с психосоматическими жалобами. Указаны наиболее распространенные психосоматические симптомы и выявлена связь между низкой самооценкой с чертами личности, приписываемыми психосоматическим больным как: возбудимость, эмоциональная неустойчивость, робость и застенчивость, сензитивность, склонность к чувству вины, депрессивность, тревожность, низкий порог фрустрации.

**Ключевые слова:** психосоматические жалобы, личностный профиль, самооценка, подростковый возраст.

## **THE CONNECTION OF SELF-ESTEEM AND PERSONAL PROFILE OF TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS**

*Babaeva A.A.*

**Belgorod National Research University, Belgorod, Russia**

**Scientific advisors – Professor, Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Doctor of Psychology Razuvaeva T.N., Associate Professor, Head of the Department of Age and Social Psychology, Candidate of Psychology Sciences Gut Yu.N.**

**Abstract.** The article presents an analysis of the connection between low self-esteem and the characteristics of the personality profile of teenagers with psychosomatic complaints. The most common psychosomatic symptoms are indicated and the relationship between low self-esteem and personality traits attributed to psychosomatic patients as: excitability, emotional instability, shyness and shyness, sensitivity, a tendency to guilt, depression, anxiety, a low threshold of frustration is revealed.

**Keywords:** psychosomatic complaints, personality profile, self-esteem, teenage age.

По данным ВОЗ, около 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных [4]. Это обусловлено тем, что эпидемиологическая обстановка последних лет не только подняла волну ипохондрических переживаний, но и однозначно стала значимым стресс-фактором, влияющим на качество жизни людей, в частности, на их здоровье.

В данной работе мы склонны придерживаться подхода Г.Селье о стрессовой природе психосоматических заболеваний. Согласно ему, появление симптомов обусловлено воздействием продолжительных или высоко интенсивных стресс-факторов, приводящих к истощению организма, а также возникновению неспецифических симптомов, связанных с чрезмерной активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы [7]. Этот подход не только не обесценивает, но наделяет высокой значимостью вопрос об особенностях личности, связанных с возникновением психосоматических заболеваний. Еще Р.Лазарус в семидесятые годы писал, что вследствие «индивидуальных различий в психологической конституции отдельных личностей любая попытка объяснить характер стрессовой реакции, основываясь только на анализе угрожающего стимула, была бы тщетной» [3, с. 205].

Изучение личностных особенностей как факторов формирования психосоматических расстройств имеет особую важность применительно к подростковому возрасту, так как именно в нем психологическая коррекция личностных свойств способна дать хороший результат. Ведь мы имеем дело с достаточно сформированной системой, что позволит опираться на сильные стороны личности, которая при этом все еще достаточно пластична для изменений.

Однако, в работах посвященных причинам возникновения психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте, фактор личностных особенностей изучается достаточно редко. Внимание уделяется преимущественно следующим факторам: нарушенные детско-родительские отношения, различные стресс-факторы (учебный, школьный стресс) и социальное неравенство [8].

Мы считаем необходимым рассмотреть не только темы личностных особенностей, но и темы самооценки личности как фактора, оказывающего влияние на развитие психосоматических симптомов у подростков. Ведь важнейшей особенностью личности подростка, как отмечал Л.С. Выготский, является бурное развитие рефлексии и на ее основе – самосознания. У подростков появляется интерес к себе, к качествам своей личности, надобность сопоставлять себя с другими, оценивать себя, разобраться в своих чувствах и переживаниях [6]. На данном этапе подросток начинает формировать исключительно личную самооценку, не зависимую от оценок других людей, а также переосмысляет оценку, заложенную в детском возрасте. [11].

Под самооценкой в рамках психологической науки принято понимать: «ценность, значимость, которой индивид наделяет себя в целом и отдельные стороны своей личности, деятельности, поведения» [5, с. 437]. Самооценка выступает как компонент самосознания, задействована во всех сферах жизнедеятельности человека, ей отводится центральная роль как личностному образованию. Формируясь под влиянием социального окружения, самооценка образует сложную систему, выполняющую защитную и регуляторную функции.

Являясь одним из ядерных образований личности, самооценка может оказывать значительное влияние на процесс возникновения и манифестации психосоматических расстройств. Ряд работ утверждает наличие связи между низким уровнем самооценки и личностными чертами, приводящими к возникновению психосоматических симптомов [1, 2, 9 и др.]. Подобные исследования позволяют предположить, что повышение и нормализация самооценки приведет к гармонизации личностного профиля и, как следствие, снижению выраженности психосоматических симптомов.

В связи с чем, **цель нашего исследования** - изучить характер связи низкой самооценки и особенностей личностного профиля подростков с психосоматическими жалобами.

Выборкой исследования выступали ученики 7-8 классов МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №37» в возрасте от 13 до 15 лет. Общий объём выборки – 52 человека. Половой состав исследуемой группы включает 24 юноши и 28 девушек.

Эмпирическое исследование состояло из нескольких этапов:

На первом с помощью Гиссенского опросника проводилось выявление характера и выраженности психосоматических жалоб испытуемых, на его основе была сформирована выборка, состоящая из подростков, имеющих 2 или более психосоматических симптома разной степени выраженности.

Вторым этапом стало определение выраженности низкой самооценки посредством теста С.В. Ковалева, и исследование личности респондентов при помощи многофакторного опросника личности Р.Б. Кеттелла.

На третьем этапе был осуществлен сравнительный и качественный анализ собранных данных, было произведено изучение выборки с использованием методов описательной статистики. Поиск связи между переменными производился с помощью корреляционного анализа Спирмена. Подсчеты производились при помощи функций программы IBM SPSS statistics 22.

Согласно полученным данным, в исследуемой выборке выраженность психосоматических симптомов является низкой, однако большинство респондентов указывают на наличие минимум двух симптомов. Самыми распространенными симптомами являются симптомы истощения и ревматические симптомы.

По данным теста С.В. Ковалева, нормальная самооценка наблюдается только у 9% респондентов, соотношение лиц с низкой и средней самооценкой примерно равное. Результаты диагностики личностных качеств подростков

указывают на то, что наиболее распространенными личностными чертами в выборке являются неуступчивость, склонность к лидерству, нонконформизм.

По всем изучаемым параметрам наблюдаются значимые отличия между результатами юношей и девушек: девушки указали более сильную выраженность психосоматических симптомов, у них же чаще наблюдается низкий уровень самооценки. Значительные различия мы также обнаруживаем при сопоставлении усредненных личностных профилей обоих полов. У юношей в данной выборке сильнее выражены такие черты как эмоциональная устойчивость, смелость и авантюризм, сдержанность, инертность; у девушек – доминантность и упорство, сензитивность, депрессивность и склонность к чувству вины, эмоциональная неустойчивость.

Применение корреляционного анализа Спирмена (см. табл.1) позволило подтвердить выдвинутую гипотезу о связи низкой самооценки с такими чертами личности как: возбудимость, эмоциональная неустойчивость, робость и застенчивость, сензитивность, склонность к чувству вины, депрессивность, тревожность, низкий порог фрустрации. Была обнаружена связь низкой самооценки с индивидуалистичностью, независимостью от группы, а также низкой степенью принятия моральных норм, что подтверждает некоторые другие исследования [10].

**Таблица 1. Связь самооценки с особенностями личности и психосоматическими жалобами**

	Личностные факторы								
	С	D	G	H	I	J	O	Q2	Q4
Самооценка	-,606**	,464**	-,336*	-,416**	,502**	,508**	,591**	,287*	,522**
	Пол				Типы психосоматических жалоб				
					Истощение	Желудочные	Ревматический ф-р	сердечные	Давление жалоб
Самооценка	,285*				,492**	,497**	,476**	,433**	,607**

\* значимая корреляционная связь

\*\* корреляционная связь высокого уровня значимости

Результаты эмпирического исследования, а также анализ теоретических данных позволяют предположить, что самооценка является одним из значимых факторов риска возникновения психосоматических симптомов. Личностный профиль подростков с низкой самооценкой включает в себя черты, традиционно приписываемые склонным к психосоматике людям: это высокая чувствительность, возбудимость, эмоциональная неустойчивость, а также депрессивность, неуверенность, тревожность и склонность к фрустрации.

Исследование особенностей личности детей и подростков как фактора возникновения и развития психосоматических расстройств – тема актуальная. Обилие социальных и психологических стресс-факторов в жизни современного подростка создает плацдарм для развития все большего числа психосоматических симптомов у данной возрастной группы. Заблаговременная коррекция позволила бы не допустить возникновения психосоматических заболеваний (а это по разным данным около трети от всех зарегистрированных обращений к врачам) уже на начальных стадиях

Тем не менее, по данной проблеме наблюдается сильный дефицит масштабных и подробных исследований, эмпирическим путем доказывающих не просто наличие связи, а влияние низкой самооценки и связанных с ней черт личности на риск возникновения психосоматики.

### Список литературы

1. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии / А. Бек, А. Фримен. — Санкт-Петербург : Питер, 2002. — 544 с.
2. Кравцова, Н.А. Интегративная психотерапия детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами / Н.А. Кравцова // Психотерапия. — 2009. — № 1. — С. 38-43.
3. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Ленинград : Медицина, 1970. — С. 178–208.
4. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — Москва : Эксмо, 2005. — 992 с.
5. Мещеряков, Б.Г. Большой психологический словарь / Б.Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. — Москва : Прайм-Еврознак, 2008. — 632 с.
6. Остапова, А.В. Психологические особенности подросткового возраста / А.В. Остапова // Евразийский научный журнал. — 2015. — №7. — С. 33-36.
7. Сапольски, Р. Психология стресса. 3-е изд / Р. Сапольски. — Санкт-Петербург: Питер, 2019. — 480с.
8. Серых, А. Особенности детских психосоматических расстройств / А. Серых, В. Басюк, А. Лифинцева // Развитие личности. — 2010. — №3. — С 59-70. [Электронный ресурс]: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка». — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-detskih-psihosomaticheskikh-rasstroystv> (дата обращения: 19.04.2021).
9. Смирнова, Н.Н. Структура стрессоустойчивости сотрудников полиции / Н.Н. Смирнова, А.Г. Соловьев // Журнал медико-биологических исследований. — 2013. — №3. — С. 75-81.
10. Хайкин, А.В. К вопросам, моделям и методам психосоматики / А.В. Хайкин // Бюллетень медицинских интернет-конференций, — 2011. — №7. — С. 57-61. [Электронный ресурс]: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка». — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosam-modelyam-i-metodam-psihosomatiki> (дата обращения: 12.05.2021).

11. Эльконин, Д.Б. Введение в психологию развития / Д.Б. Эльконин. — Москва : Тривола, 1994. — 168 с.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Блинова К.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель: доцент, профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, д.психол.н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** Профессионально-ориентированное волонтерство позволяет приблизиться к профессии, укрепить теоретические знания и способствует внедрению на практике. Развивается и мышление врача, возникают и укрепляются определенные социально-психологические установки. Выборку составили 97 студентов – медиков. База исследования выступил ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский Минздрава России. Психодиагностика осуществлялась с использованием методики диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере Потемкиной О.Ф. Полученные результаты обрабатывались с помощью компьютерной программы «Statistica 11.0». Используемые математические методы: описательная статистика. Ведущие социально-психологические установки «Результат», «Процесс», «Свобода», «Труд». Низкие показатели по шкалам «Эгоизм», «Деньги», «Власть».

**Ключевые слова:** социально-психологические установки, студенты-медики, волонтеры, профессионально-ориентированная волонтерская деятельность.

**SOCIO-PSYCHOLOGICAL ATTITUDES MEDICAL STUDENTS IN THE CONDITIONS OF PROFESSIONALLY-ORIENTED VOLUNTEER ACTIVITY**

*Blinova K.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Supervisor: Associate Professor, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Doctor Molchanova L.N.**

**Abstract.** Professionally-oriented volunteering allows you to get closer to the profession, strengthen theoretical knowledge and promotes implementation in practice. The doctor's thinking is also developing, certain socio-psychological attitudes are emerging and strengthening. The sample consisted of 97 medical students. The research base was made by the Kursk State Medical University of the

Ministry of Health of Russia. Psychodiagnostics was carried out using the methodology of diagnostics of socio-psychological attitudes of the individual in the motivational and need sphere of O.F. Potemkina. The obtained results were processed using the computer program "Statistica 11.0". Mathematical methods used: descriptive statistics. The leading socio-psychological attitudes are "Result", "Process", "Freedom", "Labor". Low indicators on the scales of "Egoism", "Money", "Power".

**Keywords:** socio-psychological attitudes, medical students, volunteers, professionally-oriented volunteer activity.

Волонтерство в медицинской сфере самая актуальная деятельность в 2020-2021 годах. Пандемия COVID-19 явилась толчком для создания оперативных штабов в регионах России, в которых активно принимают участие волонтеры-медики.

Профессионально-ориентированное волонтерство позволяет приблизиться к профессии, укрепить теоретические знания и внедрить их на практическом уровне. Развивается и мышление врача, возникают и укрепляются определенные социально-психологические установки.

По Г.М. Андреевой возникновение установки связано с определенной потребностью, с одной стороны, и ситуацией удовлетворения этой потребности с другой. Уровневое строение предполагает три взаимосвязанных компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. На когнитивном уровне происходит рассогласование между требованиями к личности и субъективной оценкой собственных ресурсов необходимых для их выполнения; на эмоциональном уровне происходит пресыщение и истощение, что проявляется в срывах на благополучателях; а на поведенческом уровне выражается активной или пассивной агрессией [2,3,5].

Анализ публикационной активности авторов в электронном информационном пространстве ELIBRARY.RU по запросу «социально-психологические установки волонтеров» за последние 10 лет составляет 10 публикаций из 38207763 с пиком активности в 2020 году.

Данное количество исследований по проблеме социально-психологических установок волонтеров свидетельствует о малой разработанности данной проблемы, особенно в сфере медицинского волонтерства.

Так, цель исследования – изучение социально-психологических установок волонтеров-медиков в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности.

Объект исследования – социально-психологические установки. Предмет - социально-психологические установки в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности.

Методы. Выборку составили 97 волонтеров-медиков от 18 до 25 лет. База исследования ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский Минздрава России. Психодиагностика осуществлялась с использованием методики

диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере Потемкиной О.Ф. [4]. Полученные результаты обрабатывались с помощью компьютерной программы «Statistica 11.0». Математические методы: описательная статистика.

Диагностика социально-психологических установок у волонтеров-медиков проводилась с использованием методики диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере Потемкиной О.Ф. [4]. Результаты: средний уровень выраженности установок «Процесс» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 7,25 \pm 0,31$ ), «Результат» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 5,97 \pm 1,34$ ), «Альтруизм» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 5,99 \pm 1,84$ ), «Труд» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 6,17 \pm 1,77$ ) и «Свобода» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 6,58 \pm 1,34$ ). Низкие показатели по шкалам «Эгоизм» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 1,93 \pm 2,02$ ), «Власть» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 2,34 \pm 3,10$ ) и «Деньги» ( $X_{\text{ср.}} \pm \sigma_x = 1,25 \pm 1,41$ ).

Средние значения шкал «Процесс» и «Результат». Такие данные свидетельствуют о проявлении интереса в получении результата своей деятельности, но особое внимание уделяется ощущению самого процесса и подготовки к мероприятиям. Прологнированный результат не является преградой, так как сама деятельность приносит множество положительных впечатлений.

Шкале «Альтруизм» имеет средние значения, что в целом является одним из мотивов участия в волонтерской деятельности, желании помочь другим, а низкие показатели по школе «Эгоизм» свидетельствуют о жертвенности собственными интересами на общее благо. Действительно, добровольчество предполагает деятельность, как в собственное свободное время, так и в рабочее или учебное время.

Средние показатели по шкалам «Труд» свидетельствует о большем включении в работу, на выходных, каникулах и любое время, а сама волонтерская деятельность приносит положительные эмоции, возможно даже больше, чем другие занятия. Важно понимание того, что волонтерская деятельность не просто занимает время, а действительно дает возможность сделать общественно значимые дела.

Шкале «Свобода» имеет средние показатели, что связано с рефлексивностью, осознанностью выбора в пользу добровольчества.

Низкие показатели по шкалам «Деньги» и «Власть» свидетельствуют о важности социальной составляющей волонтерства, отсутствие материальной основы подчеркивает осознанность выбора, позволяет раскрыть духовные человеческие качества, демократичности добровольчества. Условное деление организаторов по ролям предполагает равнозначность вклада каждого участника, что говорит о стремлении выполнять собственные функции для выполнения общей миссии при оказании помощи.

Из 97 волонтеров-медиков в группу с дисгармоничными ориентациями составляют 93%.

Показатели социально-психологических установок волонтеров указывают на ориентации процесс-результат, альтруистической направленности, большей

готовности включения в деятельность и свобода ее выбора, отсутствие желания материальной компенсации от труда и стремления к власти. Большое количество дисгармоничных ориентаций свидетельствует о многонаправленности ориентаций, что с одной стороны, помогает волонтерам-медикам осуществлять свою миссию в любых условиях, а с другой – является важным компонентом для работы по предотвращению психического выгорания [1].

### **Список литературы**

1. Блинова К.В. Взаимосвязи социально-психологических установок и состояния психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально-ориентированной волонтерской деятельности // Научная инициатива в психологии. 2021. С.19-26.
2. Неделько П.С. Основные тенденции в изменении мотивации волонтеров в России // Инновации в науке и практике. 2018. С.91-96.
3. Певная М.В. Студенческое волонтерство в России: особенности деятельности и мотивации волонтеров // Высшее образование в России. 2015. №6. С.81-88.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред. и сост. Райгородский Д.Я. - Самара, 2001
5. Шабышева Ю.Е. Социально-психологические установки в мотивационно-потребностной сфере личности волонтеров с разным стажем добровольческой деятельности // Студент: наука, профессия, жизнь. 2018. С. 369-373.

## **ПРОБЛЕМА СФОРМИРОВАННОСТИ ГРАФОМОТОРНОГО НАВЫКА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

*Бондарева Е.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии  
здоровья и нейропсихологии, д.психол.н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** Проблема сформированности графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников исследована в информационном пространстве баз данных Elibrary.ru и Core Collection ресурса Web of Science исследована. Выявлены ее наиболее актуальные отечественные и зарубежные научно-исследовательские направления.

**Ключевые слова:** графомоторный навык, слабослышащие, слабослышащие младшие школьники, библиометрический анализ, Elibrary.ru, Core Collection

# THE PROBLEM OF THE FORMATION OF GRAPHOMOTOR SKILLS IN HEARING IMPAIRED YOUNGER SCHOOLCHILDREN IN DOMESTIC AND FOREIGN STUDIES

*Bondareva E. Yu.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

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

**Abstract.** The problem of the formation of the graphomotor skill in hearing impaired primary schoolchildren was investigated in the information space of the Elibrary.ru and Core Collection databases of the Web of Science resource. Its most relevant domestic and foreign research areas have been identified.

**Keywords:** graphomotor skill, hearing impaired, hearing impaired primary schoolchildren, bibliometric analysis, Elibrary.ru, Core Collection

**Введение.** Графомоторный навык представляет собой определенное положение пишущего предмета, также включает нажим, темп письма, точность и плавность руки, его удерживающей. Сюда же включены: двигательный навык (крупная и мелкая моторика), сформированные произвольные движения; ориентировка в пространстве и внимание, которое повышает уровень и двигательной, сенсорной, а также интеллектуальной активности [1]. Исходя из результатов исследования слабослышащих младших школьников, у данной группы детей выявлены моторные нарушения на разных этапах обучения: как дошкольного, так и при поступлении в школу. Были выявлены нарушения со стороны крупной моторики, мелкой и с артикуляционной стороны [2].

Актуальность данной темы состоит в том, что проблема обучения слабослышащих дошкольников, а также, младших школьников графомоторным навыкам является одной из центральных задач обучения. Тем временем, количество детей, имеющих нарушения слуха, с каждым годом увеличивается. По данным ВОЗ, в всем мире насчитывается 466 миллионов слабослышащих людей, то есть нарушение слуха имеет каждый двадцатый житель земли, среди них - 34 миллиона детей [3].

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на информационных базах библиотеки Elibrary.ru, а также, в базе данных Core Collection ресурса Web of Science. Информационно-аналитическая оценка данных о динамике публикационной активности отечественных и зарубежных ученых по проблеме сформированности графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников осуществлялось с помощью метода библиометрического анализа по таким критериям, как тематические направления, годы, типы публикаций, базы данных, страны-лидеры и включал временной период с 2010 года по 2021 год.

**Результаты и обсуждение.** С использованием метода библиометрического анализа на базе электронной библиотеки Elibrary.ru осуществили анализ разработанности проблемы сформированности графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников. За десятилетний период было опубликовано 5 научных статей, что соответствует  $(1,312e-5)\%$  от 38122140 шт. имеющихся, что незначительно.

Название рубрики	Год публикации		Количество статей
<b>Психология</b>	2012	2014	2
<b>Социология</b>	2018		1
<b>Народное образование. Педагогика.</b>	2015	2019	2

**Рис.1. Распределение по тематическим рубрикам и годам публикаций из подборки «формирование графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников»**

Как видно из рисунка 1, наибольшее количество публикаций приходится на две тематические рубрики «Психология» (2 статьи) и Народное образование. Педагогика (2 статьи). Публикационная активность наблюдалась в пяти годах (см. рис.1). В каждый из них публиковалось по 1 научной работе.

В данных информационных источниках рассматривались слабослышащие дети, у которых помимо тугоухости были нарушения зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, а также, дети со множественными нарушениями. Обучение графомоторному навыку и его сформированность выступали в части образовательно-коррекционной работы с данными группами детей в части по подготовке к обучению. Помимо этого, большое внимание уделялось разработке программ по обучению и коррекции графомоторного навыка у детей дошкольного возраста и младших школьников. Установлено, что обучение графомоторному навыку выступает не только в качестве подготовки обучению, но также и для развития слухового восприятия и коррекции устной речи [4;17].

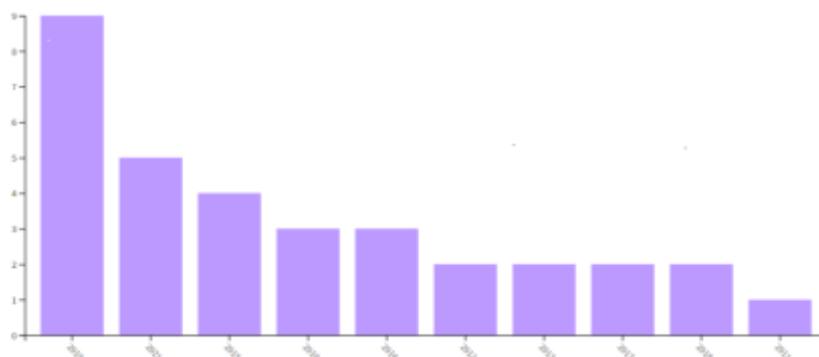
По запросу «навык письма» было представлено 3341 из 38131494 статей, 13 из которых - иностранные публикации. Что составляет  $(8,8e-5)\%$  от общего количества статей. Это говорит об имеющемся интересе в изучении навыка письма. Также, по запросу «слабослышащие» найдено 12216 публикаций.

Осуществлена библиометрическая оценка степени разработанности проблемы сформированности графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников в базе данных Web of Science Core Collection. В качестве анализируемых параметров выбраны: годы публикаций (2010-2021г.г.); сферы знания, страна/регион, язык.

По ключевым словам:

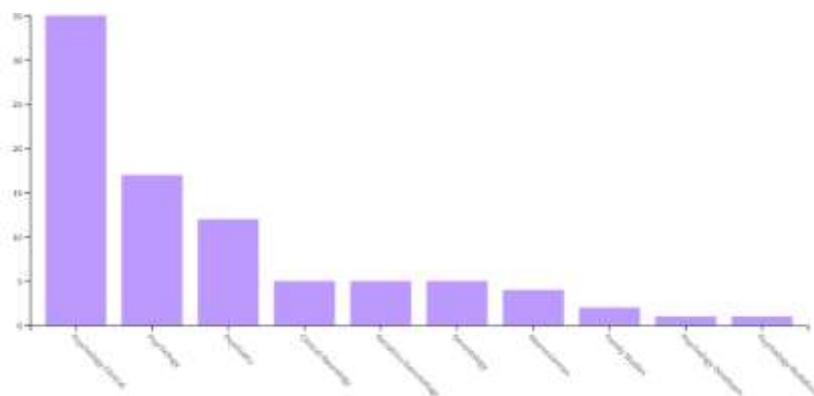
- «графомоторный навык слабослышащих младших школьников» найдено 0 статей;
- «графомоторный навык слабослышащих» - 0 статей;
- «слабослышащие младшие школьники» - 1 статья из 74369916. Публикация относится к сфере психологии, 2021 года.
- «слабослышащие» - 35 статей.

Пик публикационной активности представлен в 2019 году – в количестве девяти штук (см.рис. 2).



**Рис. 2. Распределение по годам публикации из подборки «слабослышащие»**

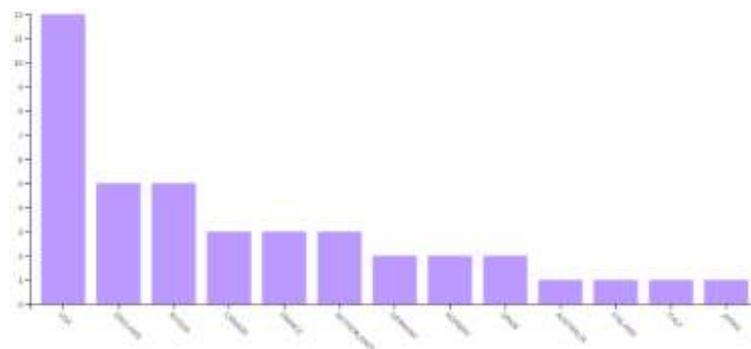
Как мы можем заметить на рисунке 3, наибольший объем статей (35 шт) относится к рубрике «клиническая психология», а также, «психология» (17 шт) и «психиатрия» (13 шт).



**Рис. 3. Распределение публикаций по тематическим рубрикам по запросу «слабослышащие»**

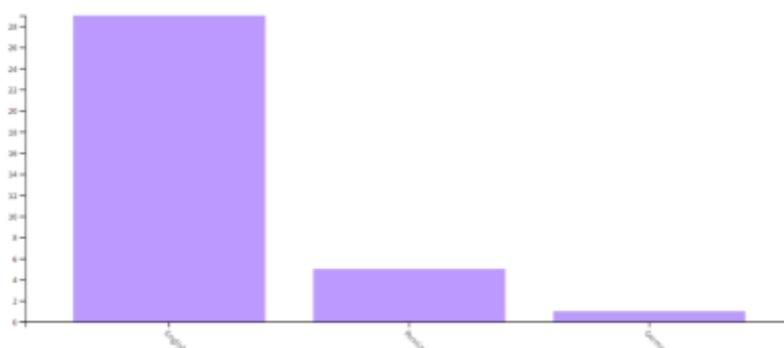
Таким образом, научный интерес в отношении проблемы слабослышащих сконцентрирован на исследованиях в области клинической психологии, психологии и психиатрии.

Исходя из рисунка 4, лидерами по количеству публикаций стран являются: США (12 шт), Англия и Российская Федерация (по 5 шт), Канада, Франция, Нидерланды (по 3 шт).



**Рис. 4. Распределение публикаций стран – лидеров публикационной активности в подборке «слабослышащие»**

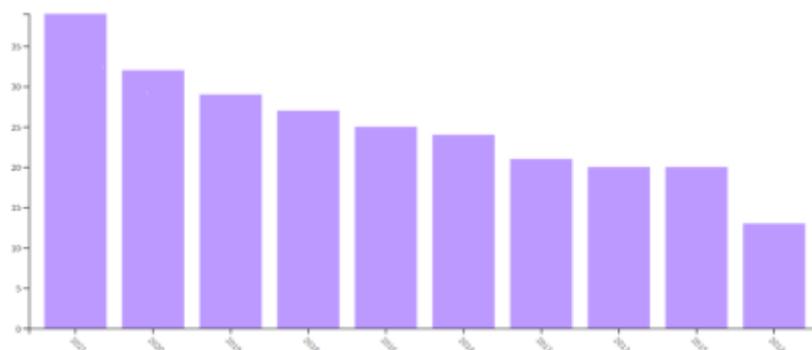
Рассматривая то, на каком языке опубликованы научные статьи, мы имеем следующие результаты (см.рис. 5).



**Рис. 5. Распределение публикаций по языку, на котором написана статья в подборке «слабослышащие»**

Таким образом, мы выяснили, что основная часть статей написана на английском языке (в количестве 29), 5 публикация на русском языке и одна на немецком. Вероятно, это связано с тем, что лидером среди публикующих стран являются Соединенные Штаты Америки.

- «навык письма» - 268 статей. Опубликовано в РФ две, наибольшее количество принадлежит USA (Соединенные Штаты Америки) – 172.

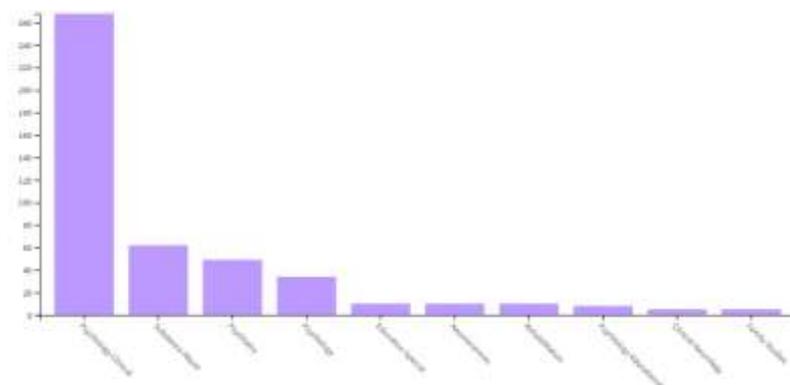


**Рис. 6. Распределение по годам публикации из подборки • «навык письма»**

Как мы видим на рисунке 6, пик публикационной активности представлен в 2021 году – в количестве 30 штук, в 2020 году – 32 статьи и в 2019 году – 30. В остальные годы наблюдается снижение количества публикаций в год.

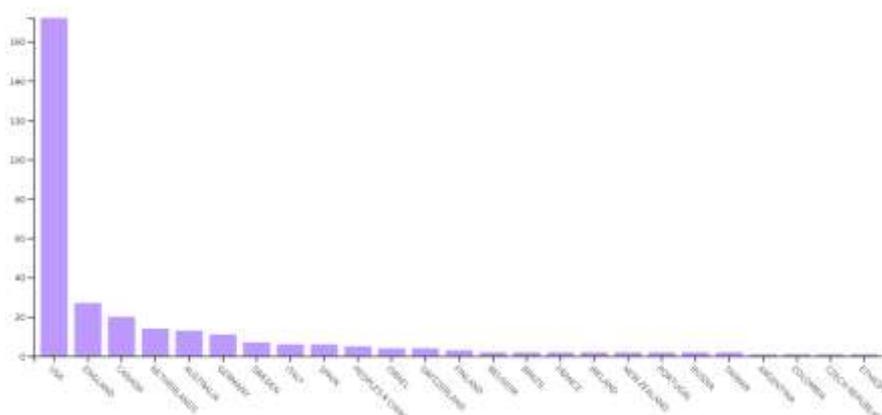
Как мы можем заметить на седьмом рисунке, наибольший объем статей (250 шт) относится к рубрике «клиническая психология», заметно меньше публикаций (60шт) в рубрике «злоупотребление психоактивными веществами», в рубрике «психиатрия» - около 50 шт. и 40 статей в «психология». В остальных тематических разделах менее 10 статей.

Таким образом, мы выяснили, что тема навыка письма в большей степени затрагивает сферу клинической психологии, а также представляет интерес в рубрике «злоупотребление психоактивными веществами».



**Рис. 7. Распределение публикаций по тематическим рубрикам по запросу «навык письма»**

Лидерами по количеству публикаций стран являются: США (170 шт). Остальные страны заметно меньше публикуют статей по данной тематике: Англия (около 30 шт), Канада (20 шт) (см. рис.8). От России опубликована одна статья.



**Рис. 8. Распределение публикаций стран – лидеров публикационной активности в подборке «навык письма»**

Рассматривая то, на каком языке опубликованы научные статьи, мы имеем следующие результаты (см.рис.9):



**Рис. 9. Распределение публикаций по языку, на котором написана статья в подборке «навык письма»**

260 статей написаны на английском языке, на втором месте немецкий язык (менее 10 статей), на русском языке представлена одна публикация.

Таким образом, мы выяснили, что подавляющее большинство статей написаны на английском языке, вероятнее всего, это связано с тем, что страной-лидером публикационной активности являются Соединенные Штаты Америки.

**Выводы.** Библиографический анализ публикационной активности с 2010 по 2021 г. по проблеме сформированности графомоторного навыка у слабослышащих младших школьников показал её имеющуюся актуальность, а также, малую разработанность как в отечественных, так и зарубежных научных исследованиях. В большей степени среди зарубежных авторов разработана проблема навыка письма (в частности у людей с ОВЗ).

### Список литературы

1. Мазай Е. И. «Развитие графомоторного навыка», 2020. Электронный ресурс. URL: <https://csr.ryazanszn.ru/news/grafomotornye-navyki>
2. Электронный ресурс. 2021г, URL: <https://221madou.ru/motorika/motorika-razvita-nedostatochno.html>
3. Егорова И., «Как учат слабослышащих детей в России и Британии», 2018. Электронный ресурс. URL: <https://activityedu.ru/Blogs/international/kak-uchat-slaboslyshashchih-detey-v-rossii-i-velikobritanii-dva-podhoda-dva-rezultata/>
4. Беляева О.Л., Брюховских Л.А., Давыдова О.Г., «К вопросу о разработке рабочей программы курсов коррекционной направленности учителя-дефектолога для дошкольников с нарушенным слухом», 2018. Электронный ресурс. URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_35347004\\_25251443.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_35347004_25251443.pdf)

## ЦЕРЕБРОЛИЗИН КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

*Ватутина А.С., Шутеева Е.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, доцент кафедры неврологии и**  
**нейрохирургии, к.м.н. Шутеева Т.В.**

**Аннотация.** В статье представлены данные, отражающие динамику состояния, неврологического и нейропсихологического статуса пациентов с хронической ишемией мозга на фоне терапии препаратом Церебролизин. Исследование проводилось в двух группах больных - основной и контрольной, в которые были включены по 20 человек соответственно. Выборка пациентов производилась по спектру жалоб, данным неврологического осмотра, лабораторно-инструментальных методов обследований и сопутствующей соматической патологии. Средний возраст в обеих группах составил  $61 \pm 0,4$  год. В качестве стандартной терапии пациенты обеих групп получали вазоактивные препараты и антиагреганты. Церебролизин (10мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 15 дней) в качестве дополнительной терапии получали только пациенты основной группы.

В ходе исследования производилась обработка данных соматического и неврологического осмотров, нейрокогнитивного статуса пациентов, показателей качества жизни, по результатам которых в основной группе наблюдения отмечалось значимое улучшение когнитивных и нейропсихических функций. За весь период терапии препаратом Церебролизин аллергических проявлений и ухудшения соматического состояния не наблюдалось. По результатам курсового приема Церебролизина на фоне базисной терапии у пациентов с хронической ишемией мозга, было выявлено его положительное влияние в виде уменьшения имеющихся клинических проявлений.

**Ключевые слова:** церебролизин, хроническая ишемия мозга, лечение хронической ишемии мозга.

**CEREBROLYSIN AS A DRUG OF CHOICE FOR CORRECTING  
COGNITIVE DISORDERS IN CHRONIC ISCHEMIA OF THE BRAIN.**

*Vatutina A.S., Shuteeva E.Yu.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific supervisor - Associate Professor, Associate Professor of the**  
**Department of Neurology and Neurosurgery, Candidate of Medical Sciences**  
**Shuteeva T.V.**

**Abstract.** The article presents data reflecting the dynamics of the state, neurological and neuropsychological status of patients with chronic cerebral ischemia during therapy with Cerebrolysin. The study was carried out in two groups of patients - the main and control, which included 20 people, respectively. The sample of patients was made according to the spectrum of complaints, neurological examination data, laboratory and instrumental examination methods and concomitant somatic

pathology. The average age in both groups was  $61 \pm 0.4$  years. As standard therapy, patients in both groups received vasoactive drugs and antiplatelet agents. Cerebrolysin (10 ml intravenously 1 time per day for 15 days) as an additional therapy was received only by patients of the main group.

In the course of the study, data were processed from somatic and neurological examinations, the neurocognitive status of patients, indicators of quality of life, according to the results of which a significant improvement in cognitive and neuropsychic functions was noted in the main observation group. For the entire period of therapy with the drug Cerebrolysin, allergic manifestations and deterioration of the somatic state were not observed. According to the results of a course of Cerebrolysin intake against the background of basic therapy in patients with chronic cerebral ischemia, its positive effect was revealed in the form of a decrease in the existing clinical manifestations.

**Keywords:** cerebrolysin, chronic cerebral ischemia, treatment of chronic cerebral ischemia.

**Введение.** Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, сосудистые заболевания головного мозга являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем настоящего времени. Высокая частота заболеваний и коморбидных состояний, предрасполагающих к развитию данной нозологии, рост показателей смертности и инвалидизации трудоспособного населения подчеркивают актуальность и важность ее решения [1]. Согласно статистическим данным только на территории Российской Федерации зарегистрировано более 1 миллиона человек, страдающих хронической ишемией головного мозга, и на протяжении нескольких лет данный показатель сохраняет тенденцию к росту [2].

Клинические проявления хронической ишемии головного мозга представлены довольно большим спектром симптомов. У подавляющего числа пациентов были выявлены двигательные и координаторные нарушения, эмоционально-волевые и когнитивные расстройства, а также имело место быть нарушение профессиональной и социальной адаптации, плохой сон, повышенная утомляемость и сниженная работоспособность [3]. Важность проблемы определяется тем, что с нарастанием стадии ишемии больные утрачивают способность к трудовой деятельности, самостоятельному передвижению, самообслуживанию, то есть нуждаются в посторонней помощи и уходе [4,5].

Основной задачей коррекции патологии когнитивных функций, возникающей у пациентов с данной нозологией, остается своевременная профилактика нарастания когнитивных нарушений, а также коррекция имеющихся нарушений памяти, внимания и познавательных функций [6]. В настоящее время большая роль в решении данной проблемы отведена ноотропным психостимуляторами (нейрометаболитам), представленным большим спектром препаратов. Нейрометаболическая терапия, позволяющая

реализовывать нейропротекторные механизмы, является основополагающим звеном в поддержании деятельности головного мозга в условиях хронической недостаточности кровообращения [7]. В качестве чего активно используются препараты, обладающие нейротрофическим эффектом, механизм действия которых направлен как на оптимизацию метаболических процессов, так и на увеличение устойчивости нервной ткани головного мозга к условиям ишемии. Одно из лидирующих мест в данной группе нейрометаболитов занимает препарат Церебролизин [8].

Производство лекарства осуществляется согласно стандартам, с использованием высокотехнологичных методик, в основе которых лежат технологии ферментативного расщепления очищенных белков головного мозга свиней. Достаточно сложный состав препарата (активная фракция которого на 25% представлена низкомолекулярными пептидами и на 75% свободными аминокислотами) определяет его способность к улучшению когнитивных функций за счет непосредственного влияния на нейрональную и синаптическую пластичность. Активные нейропептиды, входящие в состав Церебролизина проникают через гематоэнцефалический барьер и напрямую воздействуют на нейроны головного мозга, в результате чего обеспечивается метаболическая регуляция, в виде активизации процесса аэробного энергетического метаболизма и активизации внутриклеточного синтеза белка. Согласно проведенным исследованиям, препарат не вызывает аллергических реакций, обладает доказанными нейротрофическими эффектами [8].

Нейропротективное действие Церебролизина заключается в защите нервных клеток от губительного лактатацидоза, предотвращения образования и выброса свободных радикалов, повышения устойчивости нейронов к условиям недостатка кислорода и уменьшения нейротоксического действия возбуждающих аминокислот [8]. В процессе исследований отмечено положительное влияние препарата как на когнитивный дефицит в целом, так и на повышение умственной активности и эмоционального фона.

**Цель** - оценка эффективности применения Церебролизина для коррекции когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга.

**Материалы и методы.** В ходе работы проведен анализ двух групп больных, полностью соответствующих критериям отбора по спектру жалоб, данным объективных, лабораторно-инструментальных методов обследования и сопутствующей соматической патологии. В основную группу и группу контроля были включены по 20 пациентов. Средний возраст в обеих группах варьировал от 53 до 69 лет и составил  $61 \pm 0,4$  год. В качестве стандартной терапии в обеих группах были использованы вазоактивные препараты и антиагреганты. Препарат Церебролизин в стандартной дозировке, в качестве дополнительной терапии получали пациенты основной группы (10мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 15 дней).

В ход исследования были включены сбор жалоб, анамнеза, оценка соматического, неврологического и нейрокогнитивного статусов. Для оценки когнитивного статуса и памяти использовалась краткая шкала оценки

психического статуса (КШОПС) и батарея лобной дисфункции (FAB). Для оценки качества жизни пациентов в обеих группах использовалась анкета SF-36. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ STATISTICA 6.0.

**Результаты.** В ходе исследования в рамках обеих групп были выявлены жалобы пациентов на головные боли, различной интенсивности по шкале ВАШ, головокружение, снижение памяти, нарушение концентрации внимания, плохой сон, утомляемость. В неврологическом статусе отмечены - анизорефлексия, расстройство координации движений, походки, патологические рефлексы орального автоматизма.

По окончании терапии препаратом Церебролизин, проводимой в основной группе наблюдения, было отмечено появление положительной динамики состояния в виде снижения интенсивности вышеперечисленных жалоб, что привело к значимому улучшению показателей качества жизни пациентов в целом. В свою очередь, в группе сравнения значимых изменений когнитивных показателей не наблюдалось. Результаты исследований представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Результаты нейропсихологического обследования по шкалам FAB и КШОПС в исследуемых группах ( $p < 0,05$ ).**

Шкалы	FAB		КШОПС	
	Основная	Группа контроля	Основная	Группа контроля
До начала терапии	13,511,2	15,321,2	25,80,8	27,461,1
По окончании терапии	16,931,2	15,741,0	29,710,7	28,210,9

**Заключение.** Согласно данным, полученным в результате проводимого исследования, на фоне терапии препаратом «Церебролизин» был достигнут значительный положительный терапевтический эффект, в виде улучшения когнитивных функций и качества жизни среди пациентов с хронической ишемией головного мозга. По окончании терапии среди пациентов, получавших Церебролизин показатели шкалы FAB возросли на  $3,42 \pm 0,9$ , шкалы КШОПС - на  $3,91 \pm 0,7$ , в то время как в группе сравнения цифры динамики составили  $0,42 \pm 0,72$  и  $0,75 \pm 0,68$  соответственно. На основании полученных данных можно сказать, что использование Церебролизина в комплексной терапии хронической ишемии головного мозга доказано способствует улучшению как неврологического, так и нервно-психического статусов, а также расширяет возможности контроля прогрессирования цереброваскулярной патологии, что является весьма актуальной проблемой для пациентов с коморбидным фоном.

## Список литературы

1. Стецкая Т.А. Ассоциация полиморфизма T174M гена ангиотензиногена с повышенным риском развития мозгового инсульта у женщин / Т. А. Стецкая, О. Ю. Бушуева, И. В. Булгакова [и др.] // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86. – № 12. – С. 66-71.
2. Стецкая Т.А. Исследование взаимосвязи I/D полиморфизма гена ACE с риском развития мозгового инсульта в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России / Т. А. Стецкая, Е. К. Вялых, И. В. Булгакова [и др.] // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2014. – № 3. – С. 33-36.
3. Никишина В.Б. Дифференциация восстановительного обучения пациентов, перенесших ишемический инсульт, с учетом профиля латерализации / В.Б. Никишина, Е.А.Петраш, Т.В.Шутеева и др. // Курский научно-практический вестник человек и его здоровье. - 2018. - №3. - С.10-16.
4. Никишина В.Б. Антиципационно-прогностическая регуляция моторных функций в восстановительном обучении пациентов, перенёсших ишемический инсульт (анализ клинических случаев) / В.Б. Никишина, Е.А.Петраш, Т.В.Шутеева // Неврологический вестник. – 2020. - № 4 (52). - С. 83-92.
5. Шутеева Т.В. Автоматизация мелкомоторных действий в функциональном обучении пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде / Т. В. Шутеева, В. Б. Никишина, Е. А. Петраш, О. Б. Черняховский // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2019. – № 2. – С. 39-50.
6. Шутеева, Е. Ю. Анализ клинико-эпидемиологических показателей ишемического инсульта / Е. Ю. Шутеева // Региональный вестник. – 2020. – № 2(41). – С. 16-17.
7. Шутеева, Т. В. Способы коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / Т. В. Шутеева // Трудный пациент. – 2015. – Т. 13. – № 5-6. – С. 18- 21.
8. Шутеева, Е. Ю. Церебролизин в коррекции когнитивных нарушений у пациентов с хронической ишемией мозга / Е. Ю. Шутеева // Региональный вестник. – 2020. – № 6(45). – С. 26-28.

**ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА  
МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНИКА С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ  
ТУГОУХОСТЬЮ 3-4 СТЕПЕНИ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)  
Воротынцева Д.А.**

**Белгородский государственный университет, Белгород, Россия  
Научный руководитель: доцент, доцент кафедры общей и клинической  
психологии, к.психол.н. Шарапов А.О.**

**Аннотация.** В данной статье представлен разбор нейропсихологического статуса младшего дошкольника с сенсоневральной тугоухостью 4 степени,

который характеризуется нарушением оптико-кинестетической основы движений, сниженным общим тонусом тела, трудностями развития тонкой моторики, специфическим недоразвитием высших психических функций.

**Ключевые слова:** нейропсихология, нейропсихологический статус, тугоухость, дошкольный возраст, нарушения слуха, клинический случай.

## **FEATURES OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS OF A YOUNGER PRESCHOOLER WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS OF THE 4TH DEGREE (CLINICAL CASE ANALYSIS)**

*Vorotyntseva D.A.*

**Belgorod State University, Belgorod, Russia**

**Scientific advisor: Associate Professor, Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Candidate of Psychology Sciences, Sharapov A.O.**

**Abstract.** This article presents an analysis of the neuropsychological status of a younger preschooler with sensorineural hearing loss of the 4th degree, which is characterized by a violation of the optical-kinesthetic basis of movements, reduced overall body tone, difficulties in the development of fine motor skills, specific underdevelopment of higher mental functions.

**Keywords:** neuropsychology, neuropsychological status, hearing loss, preschool age, hearing impairment, clinical case.

Данные современных психологических исследований и данные статистики говорят о том, что нарушения слуха представляют собой третье по распространенности заболевание в мире. По имеющимся данным Всероссийской организации глухих, нарушения слуха диагностируются у 13 млн. жителей России, из данного числа около 200 т.ч. имеют подтвержденную инвалидность по слуху [3]. Согласно официальной статистике в Белгородской области всего насчитывается более 30 т.ч. с нарушениями слуха, в числе которых 8691 ч. – дети в возрасте от 0 до 14 лет.

Имеющиеся исследования в психологии указывают на недостаточную разработанность данной темы, на неоднозначность и противоречивость имеющихся данных.

Целью данного клинического разбора является представление особенностей нейропсихологического статуса младшего дошкольника с двусторонней сенсоневральной тугоухостью 3-4 степени для выявления особенностей несформированности (дефицитарности) высших психических функций и построения маршрута их компенсации.

В рамках данного исследования представлен клинический разбор испытуемой М.

Объективный анамнез: дата рождения – 29.11.2017 (полных 3 года).  
Диагноз по МКБ-10 – Н90.3.

В семейном анамнезе отмечается наличие аналогичного нарушения слуха как со стороны матери, так и со стороны отца (также – у брата и сестры). Алкоголизма, пороков развития и патологического течения родовой деятельности по словам матери, не отмечалось. Заболевания и/или травмы на первом году жизни ребенка не отмечались. Диагноз поставлен в возрасте 2 лет 3 месяцев.

Диагностическая схема обследования включала в себя: беседу, целью которой стало определение уровня сформированности навыков коммуникации, эмоционального реагирования; анализ игровой деятельности и бытовых навыков ребенка; анализ произвольной и нейродинамической регуляции (на основе наблюдения, теста «Архитектор» и «Строим башню»); исследование двигательных функций руки (сведение и разведение, пересчет пальцев, поза пальцев); тест на динамический праксис (в упрощенном варианте); копирование простых фигур; тесты на запоминание (запоминание серии из трех изображений, предметов); пробы на изучение специфики латеральной организации («Подзорная труба», «Футбольный мяч», сложение рук в замок); изучение кинестетической и оптико-кинестетической основ построения движения; исследование орального праксиса, высших зрительных функций [1].

Далее приведены результаты нейропсихологического исследования ребенка.

В ходе диагностической беседы было выяснено, что навыки коммуникации развиты слабо, преимущественно подражательны. Речь преимущественно русская жестовая с использованием недифференцированных вокализаций («па», «бабаба», «пфууу», «аааа»). Эмоциональное реагирование адекватно ситуации, настроение ровное, спокойное. Отмечается адекватная реакция на похвалу и указание на ошибки. Бытовые навыки и навыки самообслуживания высоко развиты. Игровая деятельность в пределах возрастной нормы.

По профилю латеральной организации исследуемая относится к группе «смешанный», что, вероятно, объясняется ранним возрастом и на данный момент не установившимся профилем.

Как показало изучение регуляторного и нейродинамического развития, ребенок не выдерживает рабочую позу, ерзает на стуле, ложится на стол к концу обследования, присутствует легкая отвлекаемость, присутствуют единичные паузы при выполнении заданий (5-10 секунд), необходима периодическая стимуляция активности ребенка.

Двигательные функции руки отличаются замедленностью, трудностями нахождения требуемой позы, нарушение кинестетической основы движения (не с первой попытки испытуемой удается найти требуемый набор движений, ребенок «перебирает» пальцы, «отзеркаливает» положение руки и тела). Следует подчеркнуть, что ребенок в ходе исследования выполнял пробы по

предоставляемому образцу, что обусловлено возрастными особенностями восприятия и деятельности.

Исследование орального праксиса показало наличие тонического нарушения средней степени тяжести, проявляющееся в подрагивании, слабости и дрожании мышц языка, треморе мышц щек при их надувании.

В рамках изучения высших зрительных функций было выявлено наличие значительного недостатка номинативной функции речи, что обусловлено спецификой ведущего нарушения и значительно затруднило проведение исследования. На вопросы «Как тебя зовут?», «Сколько тебе лет?» испытуемая не может дать ответ, подражая жестовой речи педагога. Изучение импрессивной речи также затруднено, ввиду скудного словарного запаса и подражательной речи. Инструкции выполняются исключительно при наличии образца и личного примера исследователя, совместно с ним.

Изучение пространственного гнозиса позволяет сделать вывод о наличии трудностей в узнавании пространственно-ориентированных простых фигур, единичных ошибок, которые ребенок стремится исправить самостоятельно. Полученные о трудностях в пространственной ориентировке данные подтверждаются данными, полученными в условиях наблюдения: ребенок двигается неуверенно, в дверной проем входит не сразу, задевая дверь плечом или ногой.

Анализируя полученные в ходе изучения познавательной сферы данные, необходимо отметить следующее:

Как показывают результаты обследования, восприятие величины, размера и цвета в пределах возрастной нормы. Предметы различной формы, цвета и размера соотносит. Возможность узнавания перечеркнутых и наложенных изображений присутствует. Целостность восприятия сохранна. Восприятие активное. Результаты обследования свидетельствуют, что уровень развития наблюдательности, избирательности восприятия, а также узнавания сенсорной информации соответствует нижней границе возрастной нормы. Восприятие информации происходит преимущественно с опорой на тактильный и зрительный анализатор. Прием и переработка информации осуществляется в среднем темпе.

Внимание неустойчивое, объем и концентрация внимания снижены. Приступает к выполнению задания сразу после инструкции педагога. Темп деятельности преимущественно равномерный. Способы действий усваивает при наглядном показе. Устойчивость внимания средняя, внимание произвольное, соответствует возрастной норме.

Наглядно-действенное мышление сформировано, уровень развития соответствует возрастной норме.

Как показало обследование, отмечается уровень развития кратковременной и образной памяти, соответствующий нижней границе возрастной нормы. Воспроизведение отличается замедленным темпом.

Подача информации и выполнение заданий происходит преимущественно на основе работы зрительного, кинестетического и обонятельного анализаторов. Материал предоставлялся с опорой на сохранные анализаторы.

Таким образом, анализ клинического случая на основании нейропсихологического обследования ребенка младшего дошкольного возраста с тугоухостью 3-4 степени позволяет сделать вывод о наличии нарушения кинестетической основы движений, тонического нарушения мышц артикуляционного аппарата, а также значительных недостатков развития функций речи, что представляет собой закономерное последствие нарушения слуха.

Итак, все полученные данные позволяют подтвердить гипотезу о том, что недостаточность коррекционного воздействия при наличии сенсоневральной тугоухости влечет за собой возникновение серьезных последствий в физическом и психологическом здоровье ребенка.

### **Список литературы**

1. Васильева, Л.Д. Подготовка детей раннего возраста к исследованию слуха: мат.конф. «Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой» / Л.Д. Васильева. – Суздаль. – 2006. – С.123-124
2. Визель, Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование / Т.Г. Визель. – М.: В.Секачев. – 2020. – 24 с.
3. Разуваева, Т.Н. Особенности нейропсихологического статуса младшего школьника с нейросенсорной тугоухостью 2-3 степени (анализ клинического случая). / Т.Н. Разуваева, Д.А. Воротынцева / Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. 23-25 ноября 2017 г. Часть 2. – Курск: КГМУ, 2017. – С.48-52
4. Глозман, Ж.М. Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста / Ж.М. Глозман, А.Е. Соболева, Ю.О. Титова. – М.: АЙРИС ПРЕСС, 2020. – 47 с.
5. Колганова, В.С. Нейропсихологические занятия с детьми (Практическое пособие)/ В.С. Колганова, Е.В. Пивоварова. – М.: АЙРИС ПРЕСС, 2019. – 412 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДЕПРЕССИИ**

*Галко Ю.Д.*

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

**Научный руководитель – доцент, зав. кафедрой возрастной и социальной психологии, к.психол.н. Гут Ю.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей личностной зрелости у лиц с разным уровнем депрессии. На основании теоретических данных, авторами была сформулирована гипотеза о том, что существуют различия в выраженности личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии. Данная гипотеза была подтверждена результатами исследования.

**Ключевые слова:** личностная зрелость, депрессия, склонность к риску, суицидальное поведение.

## **PECULIARITIES OF PERSONAL MATURITY IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVELS OF DEPRESSION**

*Galko Yu. D.*

**Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia  
Scientific supervisor - Associate Professor, Head of the Department of Age and Social Psychology Candidate of Psychology Sciences Gut Yu.N.**

**Abstract.** The article presents the results of an empirical study of the characteristics of personal maturity in persons with different levels of depression. Based on theoretical data, the authors formulated a hypothesis that there are differences in the severity of personal maturity in students with different levels of depression. This hypothesis was confirmed by the results of the study.

**Keywords:** personal maturity, depression, risk taking, suicidal behavior.

**Актуальность.** На современном этапе развития общества среди психологических проблем особую актуальность приобретает проблема депрессии, как в отечественной, так и зарубежной науке. Всемирная организация здравоохранения называет это заболевание эпидемией, поразившей человечество. Учёные, ведущие разработки в области психологии отклоняющегося поведения, занимаются поиском причин девиантного поведения, формой которого признаётся суицидальное поведение и склонность к риску.

Причиной суицидального поведения по предположению ряда исследователей может выступать депрессивное расстройство. Это связано с тем, что данное аффективное состояние характеризуется отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения [2].

Нарушения в формировании личностной зрелости индивида, содержащей в себе такие признаки, как позитивное мышление и саморазвитие, по мнению исследователей может выступать предиктором к возникновению депрессии. Изучение данного феномена сделает доступной возможность раннего предупреждения депрессивного состояния, сделает профилактические меры

эффективнее и в итоге приведёт общество к снижению распространению девиантного поведения [1].

**Цель исследования:** выявить особенности личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии.

**Гипотеза исследования:** существуют различия в выраженности личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии, а именно:

1) уровневые различия в выраженности таких показателей личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии, как «Ответственность», «Саморазвитие», «Позитивное мышление» и «Личностная зрелость»;

2) структурные различия личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии, а именно: у студентов с нормальным состоянием показатель «Позитивное мышление» связан с показателем «Результат»; у студентов с признаками депрессии разной степени выраженности «Личностная зрелость» коррелирует с показателем СЖО «Процесс».

В ходе проведения исследования применялись следующие методики исследования:

1. Методика диагностики личностной зрелости (В.А. Руженков, В.В. Ружекова, И.С. Лукьянцева);

2. Методика «Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А.Леонтьева»;

3. Методика «Шкала Занга для самооценки депрессии» (в адаптации Т.И. Балашовой, НИИ им. Бехтерева).

Исследование проводилось на базе НИУ «БелГУ» с участием 67 студентов, из которых 28 человек девушки и 39 юноши в возрасте от 19 до 22 лет.

Результаты исследования. На первом этапе осуществлялось определение уровня депрессии испытуемых с помощью методики «Шкала Занга для самооценки депрессии» (в адаптации Т.И. Балашовой, НИИ им. Бехтерева), предназначенной для скрининга депрессивного расстройства.

Второй частью первого этапа являлось изучение у испытуемых личностной зрелости и выраженности её отдельных параметров с применением методики диагностики личностной зрелости, разработанной В.А. Руженковым, В.В. Ружековой и И.С. Лукьянцевой. Методика предназначена для оценки сформированности личностной зрелости и отдельных её параметров. Также для выявления не только уровневых, но и структурных различий применялась методика «Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)», разработанная Д.А. Леонтьевым.

Использование элементов описательной статистики позволило обнаружить, что для наибольшего количества респондентов (60%) свойственно нормальное состояние. Тогда как четверть опрошенных (25%) имеет признаки легкой депрессии. Умеренная депрессия и тяжелая депрессия характерная для 12% и 3% соответственно. В данной выборке у 60% студентов обнаруживается нормальное состояние, однако 40% выборки имеет те или иные признаки депрессивного состояния разной степени тяжести.

Нами были сформированы 2 условные группы, различия в выраженности показателей личностной зрелости и СЖО которых мы в дальнейшем исследовали. Так 1 группа представлена респондентами с нормальным состоянием без признаков депрессии, тогда как во 2 группе оказались студенты с признаками депрессии лёгкой, умеренной и тяжёлой степени.

Нами было установлено, что на статистически значимом уровне у исследуемых групп наблюдаются различия в выраженности таких показателей личностной зрелости, как «Ответственность», «Саморазвитие», «Позитивное мышление» и «Личностная зрелость».

**Таблица 1. Определение статистических различий в выраженности показателей личностной зрелости и показателей СЖО**

Сравниваемые показатели	Среднее значение		Нэмп
	1 группа	2 группа	
Ответственность	22,5	17,4	0,0021*
Терпимость	19,4	17,3	0,325
Саморазвитие	22,9	16,7	0,0019*
Позитивное мышление	23,4	18,9	0,0448*
Самостоятельность	25,7	22,3	0,769
Личностная зрелость	113,9	92,6	0,042*
Цель	4,3	4,1	0,201
Процесс	5	4,2	0,328
Результат	4,7	4	0,481
Локус контроля - Я	3,8	2,3	0,024*
Локус контроля - Жизнь	4,8	3,2	0,365

Примечание  $p \leq 0,05^*$ ;  $p \leq 0,001^{**}$

На основе данных, отраженных на Таблице 1, мы можем констатировать следующие факты:

1) студенты с нормальным состоянием более ответственны за себя, вою жизнь и окружающих;

2) студенты обеих групп обладают выраженным на среднем уровне ослаблением реагирования на какой-либо неблагоприятный фактор за счет снижения чувствительности к его воздействию;

3) студенты с нормальным состоянием обладают более выраженной потребностью в саморазвитии, стремлением к самосовершенствованию и самореализации;

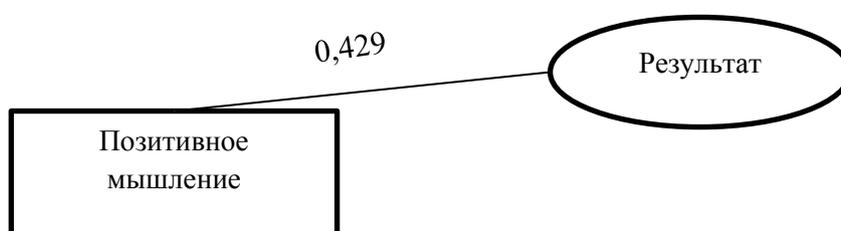
4) студенты с нормальным состоянием обладают более выраженной способностью видеть в основном достоинства, успехи, удачу, жизненный опыт, возможности, собственные желания, и ресурсы их осуществления, а не недостатки, неуспех, препятствия, сформированной на высоком уровне, тогда как студенты с признаками депрессии обладают средне сформированным позитивным мышлением;

5) студенты обеих групп обладают высоко сформированной способностью быть решительными, обладать собственной инициативой, совершать независимые действия, суждения.

Мы можем говорить о том, что уровень сформированности личностной зрелости у студентов с нормальным состоянием сформирован на высоком уровне, тогда как у студентов с признаками депрессии средний уровень личностной зрелости. Студенты, не имеющие признаков депрессии, в целом обладают более выраженной готовностью и способностью к эффективному решению жизненных задач.

Также нами было выявлено статистически значимое различие в выраженности признака «Локус контроля – Я», что свидетельствует о свойственной в большей степени для студентов с нормальным состоянием и без признаков депрессии позиции сильной личности. Такая личность обладает достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами и представлениями о ее смысле. Для студентов с признаками депрессии чаще свойственно неверие в свои силы и невозможность контролировать события собственной жизни.

Для выявления структурных различия в личностной зрелости студентов с разным уровнем депрессии нами было проведено исследование связи личностной зрелости и компонентов СЖО. Корреляционный анализ помог нам установить прямую статистически значимую связь признаков «Позитивное мышление» и «Результат», обнаруженную при изучении группы студентов с нормальным состоянием. Полученные данные отражены на Рис. 1.

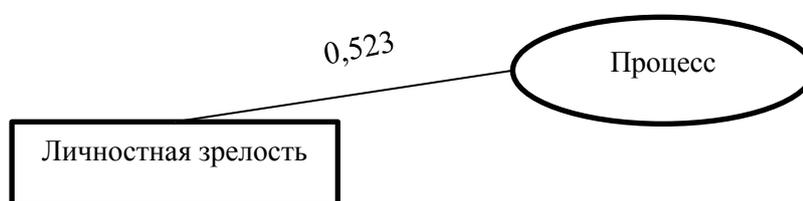


Примечание:  $p \leq 0,05^*$  ( $r > 0$ : ——— ;  $r < 0$ : - - - - - ),  
 $p \leq 0,01^{**}$  ( $r > 0$ : = = = = = ;  $r < 0$ : : : : : : ).

**Рис. 1. Корреляционная плеяда связей между показателями личностной зрелости и СЖО у студентов с нормальным состоянием.**

Таким образом, можно говорить, что для студентов с нормальным состоянием характерно отражение оценки пройденного отрезка жизни, ощущения того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть через призму позитивного мышления, сопряженного с выдвиганием на передний план её достоинств, успехов и полученного опыта.

Также была обнаружена прямая статистически значимая связь в группе студентов с признаками депрессии параметров «Личностная зрелость» и «Процесс». Так представителям данной группы характерна неудовлетворенность своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность на будущее. Студентами с признаками депрессии ввиду эмоциональной незрелости несвойственно признание своей интересной, эмоционально насыщенной и наполненной смыслом. Полученные данные отражены на Рис. 2.



Примечание:  $p \leq 0,05^*$  ( $r > 0$ : ————— ;  $r < 0$ : - - - - - ),  
 $p \leq 0,01^{**}$  ( $r > 0$ : = = = = = ;  $r < 0$ : - - - - - ).

**Рис. 2. Корреляционная плеяда связей между показателями личностной зрелости и СЖО у студентов с признаками депрессии**

**Выводы.** В ходе проведения эмпирического исследования были выполнены практические задачи и подтверждена поставленная гипотеза о различиях в выраженности личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии, а именно:

1) обнаружены следующие уровневые различия в выраженности показателей личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии: «Ответственность», «Саморазвитие», «Позитивное мышление» и «Личностная зрелость»;

2) установлены структурные различия личностной зрелости у студентов с разным уровнем депрессии: у студентов с нормальным состоянием показатель «Позитивное мышление» связан с показателем «Результат»; у студентов с признаками депрессии разной степени выраженности «Личностная зрелость» коррелирует с показателем СЖО «Процесс».

### Список литературы

1. Балык А.С., Цыбуленко О.П. Психологическая зрелость личности: теоретические концепции и подходы // Журнал Общество: социология,

психология, педагогика, 2016. Обл. наук: Психологические науки – [электронный ресурс] – Режим доступа – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-zrelost-lichnosti-teoreticheskie-kontseptsii-i-podhody> (дата обращения 25.05.2020).

2. Мозжерина, А.А. Депрессия и склонность к риску: особенности проявления у подростков // Межвузовская научно-практическая интернет-конференция по юридической психологии. – 2017. – С. 73-76.

## **ОСОБЕННОСТИ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА** *Гнездилова С. О.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии  
здоровья и нейропсихологии, д.психол. н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования особенностей графомоторных навыков (динамического праксиса, мелкой моторики и зрительно-моторной координации) у слабослышащих детей и детей без нарушений слуха младшего школьного возраста.

**Ключевые слова.** Графомоторные навыки, динамический праксис, мелкая моторика, зрительно-моторная координация, слабослышащие дети, младший школьный возраст.

## **PECULIARITIES OF HANDWRITING SKILLS IN HEARING IMPAIRED CHILDREN** *Gnezdilova S.O.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific adviser - Associate Professor, Professor of the Department of  
Health Psychology and Neuropsychology, Doctor of Psychology Sciences**  
**Molchanova L.N.**

**Abstract.** The article presents the results of a study of handwriting skills in hearing-impaired children and children without disorders of primary school age.

**Keywords.** Handwriting skills, dynamic praxis, fine motor skills, visual-motor coordination, hearing impaired children, primary school age.

**Введение.** В нашем исследовании графомоторный навык понимается с точки зрения Лурия А. Р., как «сенсомоторный уровень письма» [3]. Согласно его описанию, данный уровень подразделяется на несколько подуровней:

акустико-моторный, оптико-моторный и моторный. Описание данного уровня наиболее точно отражается в определении Агарковой Н.Г., как «автоматизированный способ дифференцировки, перекодирования звуков (фонем) речи в соответствующие буквы и начертание их на бумаге по определенным правилам» [1]. Графомоторные навыки являются важным базовым фундаментом письма.

**Объектом исследования** являются графомоторные навыки (слухомоторная координация, зрительно-моторная координация, динамический праксис, мелкая моторика) у детей младшего школьного возраста.

**Предмет исследования** — особенности графомоторных навыков у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Цель исследования** — выявление особенностей графомоторных навыков (зрительно-моторная координация, динамический праксис, мелкая моторика) у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Методы.** Кулак – ребро – ладонь; Проба на реципрокную координацию движений обеих рук (Проба Н.И. Озерецкого); Графическая проба «Заборчик»; Исследование письма; Повтор положения пальцев рук по зрительному образцу; Перебор пальцев; Перекладывание фигур на время; Проба Хеда; Рисунок трехмерного объекта (стола), «Домика» (по Н.Н. Гуткиной); Методика «Графический диктант» (по Д.Б. Эльконину); Копирование букв и цифр; Обведение фигуры по прерывистой линии.

**Результаты.** По результатам исследования можно сделать вывод о преимущественной сформированности динамического праксиса у детей контрольной группы. Однако отмечается некоторое замедление темпа деятельности, а в графической пробе, пробе «Кулак-ребро-ладонь» и при исследовании письма присутствуют незначительные ошибки по параметру «точность», «дифференцированность» и «координированность», что говорит о том, что контроль и программирование действий в младшем школьном возрасте находится на стадии формирования.

Мелкая моторика у детей без нарушений слуха сформирована на высоком уровне. В данных пробах у детей контрольной группы отмечается высокий темп выполнения заданий. Незначительные ошибки исправляются самостоятельно без помощи экспериментатора.

У детей без нарушений слуха также наблюдается преимущественная сформированность зрительно-моторной координации. Однако в методике «Обведение фигуры» у 70% детей отмечаются незначительные ошибки по параметру «точность»: линия может выходить за пределы контура. Также в методике «Графический диктант» у 60% детей была выявлена недостаточная точность выполнения задания. Данные показатели связаны с индивидуальными особенностями выполнения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что основные факторы графомоторных навыков (динамический праксис, мелкая моторика и зрительно-моторная координация) детей младшего школьного возраста без нарушений

слуха сформированы на высоком уровне, что согласуется с закономерностями их онтогенетического развития.

Результаты исследования динамического праксиса у слабослышащих детей младшего школьного возраста свидетельствуют о низких показателях по всем параметрам, что говорит о выявленных нарушениях в виде снижения точности при воспроизведении движения, замедления темпа, смазанности элементов движения, сложностей координации движений в пространстве в пробе «Кулак-ребро-ладонь» и пробе Озерецкого. Элементы пробы «Кулак-ребро-ладонь» у слабослышащих детей в 73% случаев мало дифференцированы: «кулак» может плавно переходить в «ладонь», минуя элемент «ребро». В графической пробе в 90% случаев и при исследовании письма у 80% детей отмечается большое количество ошибок в виде макро- и микрографии, отклонения от горизонтальной оси, пропуска или повтора элементов. 3% детей не овладели письменной речью. Данные особенности свидетельствуют о том, что дефицитарность слухового анализатора оказывает влияние на двигательную сферу слабослышащих детей и приводит к снижению координации, точности и дифференциации движений.

Мелкая моторика у слабослышащих детей младшего школьного возраста характеризуется низкими показателями по параметрам «точность» и «координированность», что свидетельствует о низком уровне сформированности точности движений кистей рук. Было выявлено увеличение темпа выполнения заданий, что объясняется небрежностью выполнения, отсутствием мотивации как можно лучше выполнить предложенное задание. В пробе на повтор положения пальцев рук по зрительному образцу у 73% детей отмечались ошибки, 67% детей имели трудности при выполнении пробы на перебор пальцев. Наиболее ярко нарушение точности движений у детей наблюдалось при перекладывании фигур на время (в 77% случаев), а координированности — при переборе пальцев и перекладывании фигур (также в 77% случаев в обеих пробах). Данные особенности свидетельствуют об отклонении в развитии тонких движений кистей и пальцев рук.

У слабослышащих детей также наблюдаются низкие показатели по параметру «точность» в пробах на зрительно-моторную координацию, что свидетельствует о недостаточной сформированности данной функции. Было выявлено увеличение темпа выполнения заданий, что объясняется небрежностью выполнения, стремлением ребенка быстрее закончить полученное задание. В пробе Хеда ошибки выявляются в 97% случаев, что свидетельствует о трудностях в право-левой ориентировке и зрительной перешифровке. В 40% случаев выполнение методики «Графический диктант» представлялось невозможным. В методике «Домик» и при рисовании трехмерного объекта ошибки допускались в 100% случаев. Слабослышащие дети пропускали элементы, делали их зеркальными, меняли масштабы разных элементов рисунка, совершали пространственные ошибки, ошибки в виде упрощения. В целом, рисунок трехмерного объекта слабослышащих детей характеризуется стереотипностью, затруднениями в передаче перспективного

изображения, изображением объемного предмета в плоскости. Такие данные указывают на то, что нарушение слухо-моторной координации у слабослышащих детей приводит к снижению межсенсорной координации и влияет на систему взаимодействия «глаз-рука», что согласуется с исследованиями О.А. Беловой [2].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в экспериментальной группе детей младшего школьного возраста графомоторные навыки (динамический праксис, мелкая моторика, зрительно-моторная координация) находятся на стадии активного формирования.

Сравнительный анализ нейропсихологических параметров графомоторных навыков (динамический праксис, мелкая моторика, зрительно-моторная координация) в экспериментальной и контрольной группах детей младшего школьного возраста производился с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

В параметре «темп» при оценивании признаков «Исследование письма» ( $p\text{-level} = 0,016437$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности письменной речи у слабослышащих детей. В пробе «Кулак-ребро-ладонь» ( $p\text{-level} = 0,405321$ ), в пробе Озерецкого ( $p\text{-level} = 0,537721$ ), в графической пробе ( $p\text{-level} = 0,897252$ ) по параметру «темп» статистически значимых различий обнаружено не было.

В параметре «точность» при оценивании признаков «Кулак-ребро-ладонь» ( $p\text{-level} = 0,004048$ ), «Графическая проба» ( $p\text{-level} = 0,007626$ ), «Исследование письма» ( $p\text{-level} = 0,000027$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности данного параметра у слабослышащих детей.

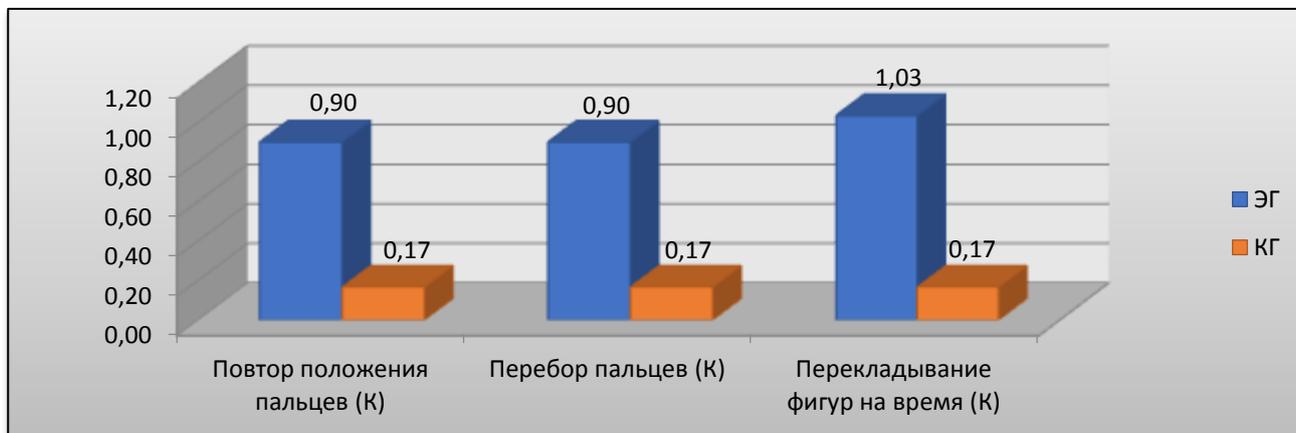
В параметре «дифференцированность» и «координированность» при оценивании признаков всех проб на динамический праксис были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметров у слабослышащих детей.

В пробах на мелкую моторику по параметру «темп» статистически значимых различий обнаружено не было. В параметре «точность» при оценивании признаков «Повтор положения пальцев рук по зрительному образцу» ( $p\text{-level} = 0,016564$ ), «Перебор пальцев» ( $p\text{-level} = 0,003871$ ), «Перекладывание фигур на время» ( $p\text{-level} = 0,000491$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметра у слабослышащих детей.

В параметре «дифференцированность» при оценивании признаков «Повтор положения пальцев рук по зрительному образцу» ( $p\text{-level} = 0,032418$ ), «Перебор пальцев» ( $p\text{-level} = 0,032533$ ), «Перекладывание фигур на время» ( $p\text{-level} = 0,002008$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметра у слабослышащих детей.

В параметре «координированность» при оценивании признаков «Повтор положения пальцев рук по зрительному образцу» ( $p\text{-level} = 0,000046$ ), «Перебор

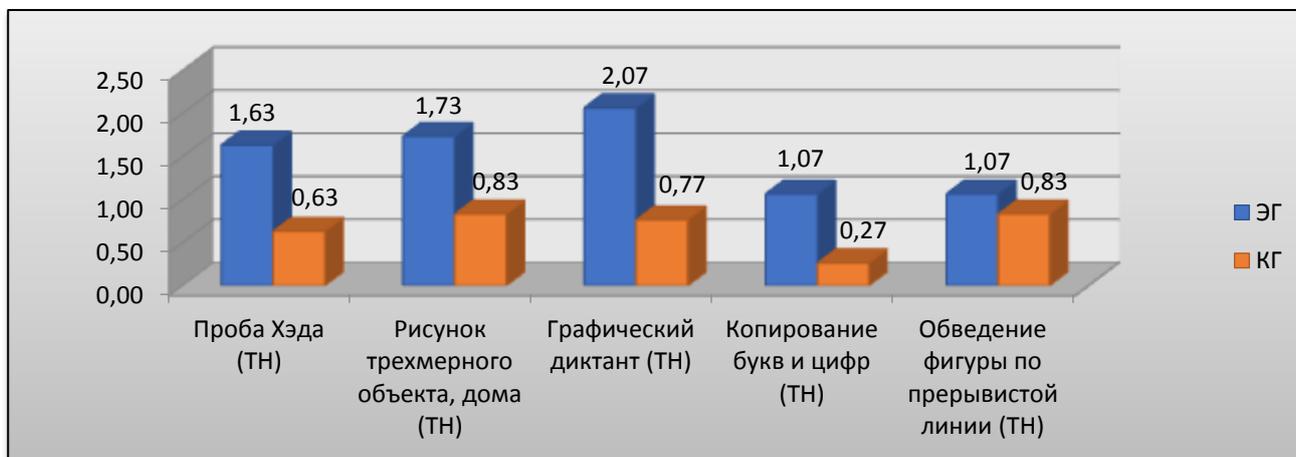
пальцев» ( $p\text{-level} = 0,000003$ ), «Переключивание фигур на время» ( $p\text{-level} = 0,000002$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметра у слабослышающих детей. Гистограмма частот распределения мелкой моторики представлена на рисунке (см. рис. 1).



**Рис.1. Гистограмма частот распределения признака «Мелкая моторика»**

В параметре «темп» при оценивании признаков «Проба Хэда» ( $p\text{-level} = 0,000090$ ), «Рисунок трехмерного объекта, «Домика» ( $p\text{-level} = 0,042556$ ), «Графический диктант» ( $p\text{-level} = 0,000002$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметра у слабослышающих детей.

В параметре «точность» при оценивании признаков «Проба Хэда» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Рисунок трехмерного объекта, «Домика» ( $p\text{-level} = 0,000012$ ), «Графический диктант» ( $p\text{-level} = 0,000003$ ), «Копирование букв и цифр» ( $p\text{-level} = 0,000010$ ) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности этого параметра у слабослышающих детей. Гистограмма частот распределения зрительно-моторной координации представлена на рисунке (см. рис. 2).



**Рис.2. Гистограмма частот распределения признака «Зрительно-моторная координация»**

**Выводы.** Результаты эмпирического исследования особенностей графомоторных навыков (динамического праксиса, мелкой моторики и зрительно-моторной координации) у слабослышащих детей младшего школьного возраста позволяют сделать вывод об их недостаточной сформированности у данной категории детей. У слабослышащих детей отмечается снижение точности, дифференцированности и координированности выполнения графомоторных навыков в сравнении с младшими школьниками без нарушений слуха. Способность к овладению графомоторными навыками у них значительно ниже, что согласуется с индивидуальными особенностями их развития. Причиной возникновения данных особенностей является депривация по слуху, которая приводит к снижению межсенсорной координации, недостаточности вестибулярного и двигательного анализаторов.

### **Список литературы**

1. Агаркова, Н. Г. Формирование графического навыка письма у младших школьников : учеб. пособие к спецкурсу для студентов пединституты по спец. 2121 «Педагогика и методика нач. обучения» [Текст] / Н. Г. Агаркова; Моск. гос. пед. ин-т им. В. И. Ленина, Тамб. гос. пед. ин-т. — М. : МГПИ, 1987. — 129 с.
2. Белова, О. А. Уровень развития мелкой моторики и зрительно-моторных координаций у учащихся младших классов, депривированных по слуху [Текст] / О. А. Белова // Образовательный вестник «Сознание». — 2013. — №7. — С. 1-13.
3. Лурия, А. Р. Письмо и речь: нейролингвистические исследования [Текст] / А. Р. Лурия. — М. : Академия, 2002. — 352 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ МАТЕРЕЙ И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Дедаева Е.Г.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия.  
Научный руководитель – доцент, и.о. зав. кафедрой кафедры  
психиатрии и психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются особенности детско-родительских отношений матерей с девочками-подростками имеющие нарушения пищевого поведения.

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, детско-родительские отношения, девочки-подростки.

# PECULIARITIES OF CHILD-PARENTAL RELATIONSHIP OF MOTHER AND GIRLS WITH EATING DISORDERS

*Dedyeva E.G.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific advisor – Associate Professor, Acting Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Pastukh I.A.**

**Abstract.** The article examines the characteristics of parent-child relationships of mothers with adolescent girls with eating disorders.

**Keywords:** eating disorders, parent-child relationships, adolescent girls.

Подростковый возраст считается наиболее уязвимым для появления расстройств пищевого поведения, это связано с тем, что у ребенка начинают формироваться новые критерии для самооценки, появление идентичности и повышенная сензитивность.

Одним из наиболее весомых факторов, является фактор внутрисемейных отношений подростка, чему были посвящены большое количество научно-исследовательских работ. При этом стоит отметить, что семейные взаимоотношения напрямую влияют не только на формирование данного заболевания, но и на то, как протекает лечение и реабилитация.

Самовосприятие девочек формируются под влиянием матери, так как большое внимание оказывается тому, как мать относится к своей внешности и взаимоотношения с матерью в целом.[2] Таким образом, формируется представление ребенка о том, как «нужно» относиться к своей внешности.

Вместе с тем, некоторые авторы предполагают, что основой формирования расстройств пищевого поведения служит образ родителей, их тип поведения. Так мать представляется властной и деспотичной, подавляющая волю и интересы ребенка, а отец – неактивный, необщительный, равнодушный. Отношения в таких семьях носят дисгармоничный характер, вследствие чего подростки используют свою болезнь, пытаясь обратить внимание на себя. Однако большее влияние в данной ситуации оказывают взаимоотношения матери с дочерью [1].

Таким образом, целью нашего исследования являлось выявление особенностей детско-родительских отношений между матерями и девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения в социальной сети «ВКонтакте» в группах «Жирная Анорексичка», «50 дней до анорексии», «Skinny».

Опытно-экспериментальная база и выборка: исследование проводилось с использованием онлайн технологий – 3 открытые группы, численность которых составляет: «Жирная анорексичка»- 86 173 человека, «50 дней до анорексии» - 133 205 человек, «Skinny» – 71 746 человек. Формой для связи выступали видео- и аудио- связь по мессенджерам WhatsApp, Skype, заполнение гугл-форм и общение по электронной почте.

В нашем исследовании приняло участие 40 девочек в возрасте от 15 до 17 лет: в контрольную группу вошли 20 девочек с проявлениями аноректического периода нервной анорексии, в основную группу – 20 девочек с проявлениями инициального периода нервной анорексии. Группа с инициальным периодом нервной анорексии была сформирована на основании скрининговой анкеты, включающей критерии диагностики заболевания по МКБ-10 и DSM-IV.

Для анализа детско-родительских отношений использовался опросник «Подростки о родителях» в адаптации Л. И. Вассермана, И. А. Горьковой, Е. Е. Ромицыной. Для обработки полученных данных был использован статистический пакет STATISTICA 10.0.

При анализе результатов методики в бланке с оценкой матери в основной и контрольной группах статистически значимых различий по шкале «Позитивный интерес», «Враждебность», «Непоследовательность» и «Фактор близости» не обнаружено.

В бланке с оценкой матери выявлены статистически значимые различия в основной и контрольной группах по шкалам «Директивность», «Автономность», «Фактор критики».

Таким образом, можно предположить, что девушки-подростки в обеих группах характеризуют отношения с матерью как холодные, отстраненные, с непоследовательностью в принятии решений и высокой критикой.

### **Список литературы**

1. Александрова Р.В. Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения / Р.В. Александрова, Т.А. Мешкова // Клиническая и специальная психология. - 2016. - Т. 5.- № 2. - С. 33–45.
2. Ильчик О.А. Межличностное взаимодействие в родительских и прародительских семьях девушек с нарушениями пищевого поведения: автореф. дисс. канд. психол. Наук / Ильчик О.А. - Минск, 2015. - 25 с.
3. Коркина М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько. - М.: Медицина, 1986. -176 с.
4. Шебанова В.И. Особенности восприятия семейных отношений девушек-подростков с разным типом пищевого поведения/ В.И. Шебанова // Материалы международной научно-практической конференции «Проблема здоровья личности в теоретической и прикладной психологии». - Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адм. Г.И. Невельского., 2011. - С. 230–234.

## **ПОЛИКОММУНИКАТИВНАЯ ЭМПАТИЯ И ПОДРОСТКИ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

*Захарова Е. С.*

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

**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии здоровья и нейропсихологии, д. психол. н. Запесоцкая И.В.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты теоретического и практического анализа по проблеме развития эмпатии у обучающихся с ментальными нарушениями в образовательной среде, приводятся данные исследования диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М. Юсупова).

**Ключевые слова:** эмпатия, подростки с ментальными нарушениями, поликоммуникативная эмпатия.

**POLYCOMMUNICATIVE EMPATHY AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS**

*Zakharova E.S.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia Federation**

**Scientific adviser - Associate Professor, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Doctor of Psychology Zapesotskaya I.V.**

**Abstract.** The results of a theoretical and practical analysis on the problem of the development of empathy in students with mental disorders in the educational environment, presents the data of a study of the diagnosis of the level of polycommunicative empathy (I.M. Yusupova).

**Keywords:** empathy, adolescents with mental disorders, polycommunicative empathy.

Состояние эмоциональной стабильности у человека зависит от того, каким образом будут выстроены взаимоотношения его, как субъекта, с социумом, с находящимися в нем объектами. Разнообразие сфер социального взаимодействия и их осознанность в обществе индивидами обозначает проблему формирования межличностного общения людей, умения проявлять сострадание и уважение к другим, понимать их состояния [1].

К факторам, обеспечивающим условия гуманного развития личности, относится эмпатия.

Как российские (Л.И. Божович, Т.П. Гаврилова, Н.Н. Обозов и др.), так и американские психологи (И. Ирвинг, Д. Аронфрид, К. Бордин) считают необходимой основополагающей ступенью в адаптации детей и подростков эмпатию. Решая задачу преодоления психологических трудностей, обращают внимание на ее недостаток в межличностных отношениях. Наиболее остро он проявляется у обучающихся, имеющих умственную отсталость (интеллектуальные нарушения). Это и характеризует особенности развития, у

подростков с ментальными нарушениями, сфер: когнитивной, эмоциональной, личностной и социально-психологической [1].

Изучение составляющих, которые обеспечивают диалектическое восприятие социальной ситуации, включает следующие компоненты эмпатии: когнитивная (осознание чувств собеседника), эмоциональная (выражение чувств собеседнику), поведенческая (умение помочь собеседнику) [1].

Умение сообщать о своих переживаниях или чужих, образующееся в процессе отождествления себя с кем-либо называется поликоммуникативной эмпатией [4].

Формирование и развитие поликоммуникативной эмпатии у обучающихся с ментальными нарушениями происходит, как и у нормально развивающихся сверстников, согласно возрастному этапу под воздействием окружающей среды. Но при этом степень умственной отсталости может влиять на умение выразить собственные чувства и понимать чувства окружающих.

Л.С. Выготский, при рассмотрении взаимодействия умственно отсталых и окружающего, выделил «социальную ситуацию», в которой утверждал, что влияния на ребенка осуществляется не только по средствам характера среды, но и внутренними переживаниями индивида, их способностями в зависимости от степени их общего психического недоразвития, осознавать её [3].

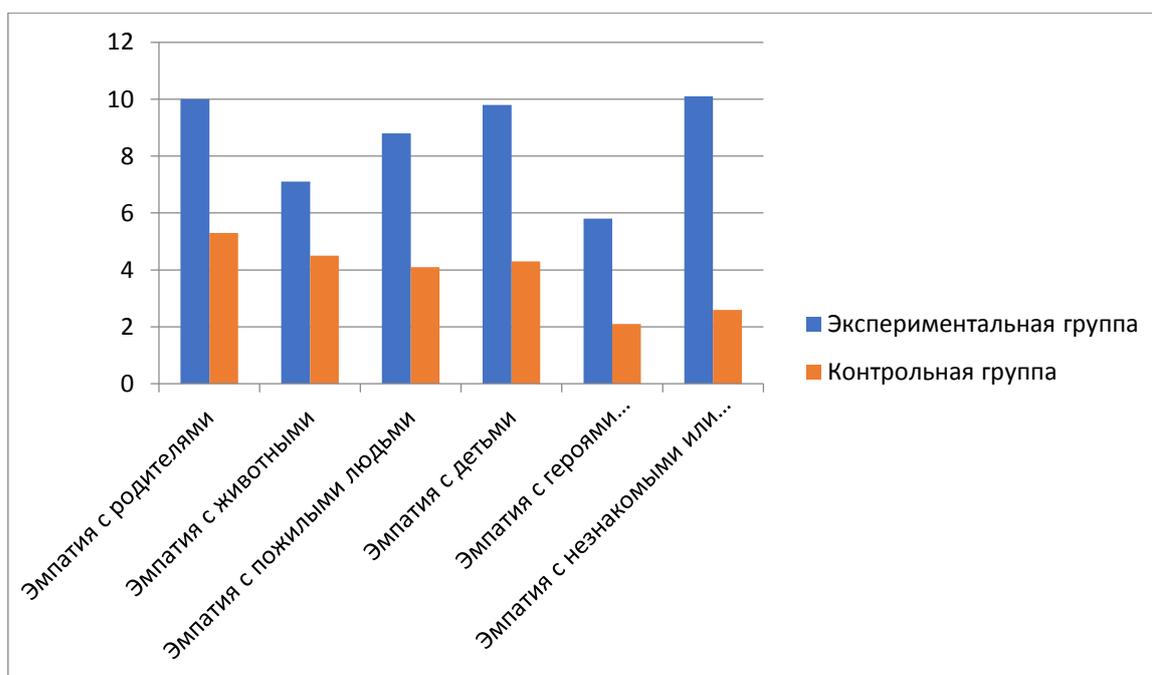
Эмпирическое исследование проводилось у обучающихся, с умственной отсталостью легкой и умеренной степени, с целью выявления уровня развития эмпатии при разных вариантах обучения (1, 2).

В качестве экспериментальной базы была выбрана ОКОУ «Школа-интернат №3» г. Курска. Исследование проводилось в 8-х классах. Количество обучающихся: 12 человек. Возраст: от 15 до 16 лет. Обучающиеся 1 варианта – легкая умственная отсталость, обучающиеся 2 варианта – умеренная умственная отсталость.

Методика диагностики уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М. Юсупова) состоит из 36 утверждений, содержащихся в следующих шкалах: эмпатия к родителям, животным, пожилым людям, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям, и при ответе на них необходимо использовать варианты: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да» [2].

В экспериментальную группу вошли обучающиеся 8-х классов с легкой умственной отсталостью, а в контрольную - 8-х классов с умеренной умственной отсталостью, поровну в каждой группе.

При интерпретации данных были получены результаты, приведенные ниже в гистограмме 1.



**Гистограмма 1. Уровня поликоммуникативной эмпатии (И.М. Юсупова) в экспериментальной и контрольной группе.**

**Таблица 1. Шкалы уровня эмпатии и показатели по группам**

Уровни	Общая сумма баллов	Сумма баллов по каждому показателю (по шкалам)	Группа
Очень высокий	82-90	15	-
Высокий	63-81	13-14	-
Средний	37-62	5-12	1
Низкий	12-36	2-4	2
Очень низкий	5-11	0-1	-

Исходя из таблицы, большинству обучающихся доступны проявления отдельных компонентов эмпатии. Сравнивая 2 группы, мы видим, что у обучающихся с легкой умственной отсталостью достаточно нормальный уровень развития эмпатии. Данная группа склонна судить собеседника по его поступкам, но при этом затрудняются прогнозировать отношения между людьми. У обучающихся с умеренной умственной отсталостью – низкий уровень эмпатии. Они испытывают трудности в установлении контакта с собеседником, эмоциональные проявления в поступках окружающих порой им непонятны. Как правило, у них мало друзей и ограниченный круг общения. Но

при этом, в отдельных параметрах эмпатия (с родителями, с животными) близка к среднему уровню.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в зависимости от степени ментальных нарушений меняется и уровень развития эмпатии.

### **Список литературы**

1. Егоров И.В., Лесняк М.В. Психологическое исследование компонентов эмпатии у младших школьников с умственной отсталостью // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. 2010. Вып.3 (18). С. 131-141.
2. Лимонченко Р.А., Лемясова Н.С. Эмпатия и проблемы профессиональной пригодности диагностической процедуры (на примере анализа методики И.М. Юсупова) // Психологические науки. 2016. №2. С. 166-187.
3. Специальная психология: Учеб.пособие для студ. высш. пед. / Под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с.
4. Goldstein A.P., Michaels G.Y. Empathy: development, training, consequences. New Jersey-London, 1985.

## **ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ: АКТУАЛЬНЫЕ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

*Зубова К.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии**  
**здоровья и нейропсихологии, д.психол. н., Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** Статья содержит результаты анализа степени разработанности проблемы в информационном пространстве электронной библиотеки Elibrary.ru и англоязычной текстовой базы данных медицинских и биологических публикаций PubMed. Выявлены основные направления в психологической реабилитации онкологических больных детей после длительного лечения. Построены наглядные карты и визуализация библиометрических данных с помощью программы VOSviewer версии 1.6.17

**Ключевые слова:** психологическая реабилитация, детская онкология, библиометрический анализ, Elibrary.ru, PubMed

## **THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH CANCER IN DOMESTIC AND FOREIGN STUDIES: CURRENT RESEARCH AREAS**

*Zubova K.Yu*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific adviser - Associate Professor, Professor of the Department of**  
**Health Psychology and Neuropsychology, Doctor of Psychology Molchanova**  
**L.N.**

**Abstract:** The article includes the results of the analysis of the degree of development of the problem in the information space of the electronic library Elibrary.ru and the English-language textual database of medical and biological publications PubMed. The main directions in the psychological rehabilitation of children with cancer after long-term treatment have been identified. Visual maps and visualization of bibliometric data were built using VOSviewer version 1.6.17

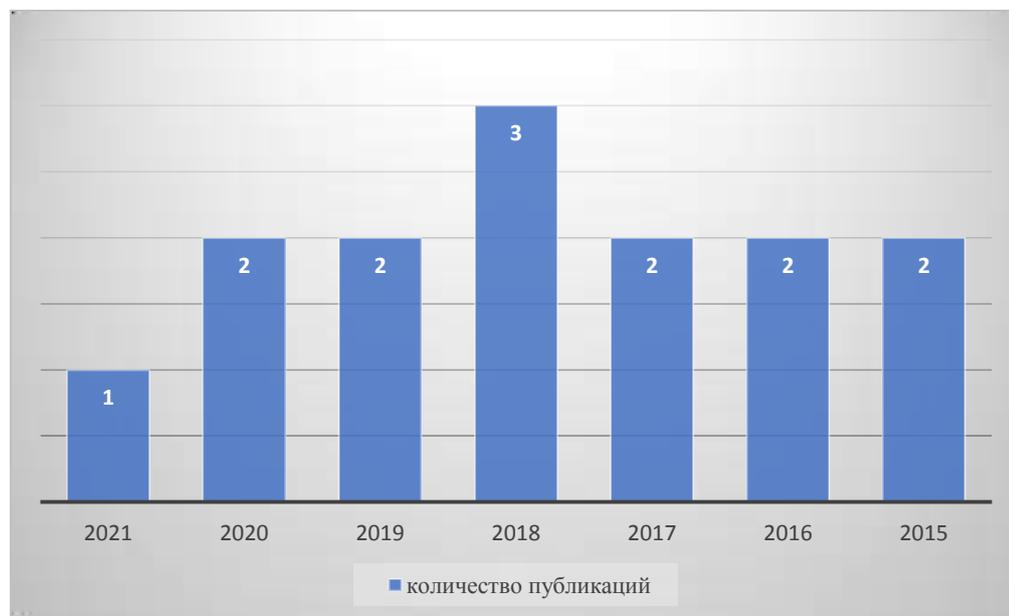
**Keywords:** psychological rehabilitation, pediatric oncology, bibliometric analysis, Elibrary.ru, PubMed

**Актуальность.** Проблема психологической реабилитации детей после онкологических заболеваний, её качественная разработка, бесспорно, очень важны. По данным Росстата известно, что в 2018 году число детей, имеющих злокачественные онкологические заболевания, возросло до 26,9 тысяч. Актуальная статистика Росстата отмечает, что в России ежегодно заболевают онкологией около 3,5 тысячи детей, цифры устрашающие, ведь на каждые 100000 детей в возрасте от рождения до 14 лет заболевает 15, а в возрасте от 15 до 18 лет – 20 человек [4].

Однако, в 2018 г. ВОЗ совместно с партнерами учредила Глобальную инициативу по борьбе против детского рака, призванную обеспечить руководство и оказание технической помощи правительствам в подготовке высококачественных программ в отношении детского рака [1]. Цель инициативы состоит в том, чтобы к 2030 г. довести общемировой показатель выживаемости всех больных раком детей как минимум до 60%. Это означает увеличение показателя эффективности лечения примерно вдвое и спасение еще одного миллиона жизней в ближайшие десять лет. Это даёт надежду, но также и новые задачи. А именно – вернуть прежнее или стабилизировать нынешнее психологическое состояние детей после выздоровления.

**Методы и материалы.** Информация для исследования была взята из базы электронной библиотеки Elibrary.ru и англоязычной текстовой базы данных медицинских и биологических публикаций PubMed. Оценка динамики публикационной активности, приоритетных направления исследования производилась с использованием метода библиометрического анализа по таким критериям, как тематические направления, годы, базы данных и включал временной период с 2012 года по 2021 год. Для построения наглядных карт и визуализации библиометрических данных использовалась программа VOSviewer версии 1.6.17.

**Результаты и обсуждение.** С использованием метода библиометрического анализа на базе электронной библиотеки Elibrary.ru нами был проведён анализ публикационной активности по данной теме. Как выяснилось степень разработанности данной проблемы невелика. За период с 2012 по 2021 года опубликовано 14 научных статей, что соответствует (3,67-5) % от 38111804 всех научных работ. Наибольшее количество публикаций сделано в 2018 году (3 шт.).



**Рис.1. Распределение по годам научных публикаций на тему "психологическая реабилитация в детской онкологии"(PubMed)**

При анализе тематических рубрик выявлено, что большая часть статей приходится на рубрику «Психология» (7 шт.), «Медицина и здравоохранение» (3 шт.), «Социология» (1 шт.), «Политика и государство» (1 шт.), «Психиатрия» (1 шт.), «Педагогика» (1 шт.).

Самые популярные методы психологической реабилитации: арт-терапия, канистерапия (лечение и реабилитация больных при помощи собак), краткосрочная стратегическая терапия, реабилитационные лагеря, изучение иностранных языков и т.д. При когнитивных нарушениях используют такие современные методы коррекции, как когнитивный тренажер Cognisens NeuroTracker, который включается в программу реабилитации как детей школьного возраста, так и подростков [2]. В данном тренажере с помощью визуальной системы осуществляется стимуляция областей мозга, которые связаны и с процессами внимания и памяти.

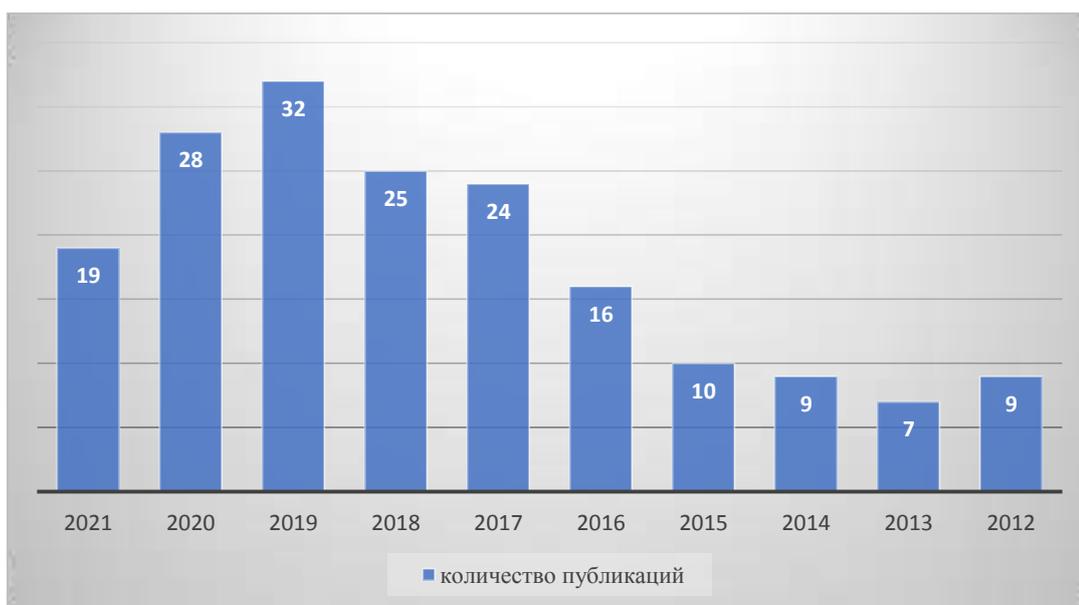
Для коррекции состояния эмоциональной сферы А.В. Скутин предлагает использовать методику смехотерапии. В её исследовании данная методика включала дыхательные смехотехники, смехомедитации, креативные смехотехники и рассказ смешных историй или анекдотов. Автор делает вывод: «Гелототерапия показала свою эффективность в коррекции различных

расстройств: нарушения адаптации, депрессивные реакции, невротические состояния и др.» [3].

С использованием метода библиометрического анализа на базе электронной библиотеки PubMed нами был проведён анализ публикационной активности по данной теме в период с 2012 по 2021 года. Выяснилось, что публикационная активность по данной теме за рубежом в разы превосходит таковую в отечественной науке и составляет 179 статей. Наиболее «пишущими» о данной проблеме являются такие страны: Германия, США и Бразилия. Наглядно можно увидеть публикационную активность по годам на рисунке 2. 2019 год был самым активным в вопросе публикации на тему психологической реабилитации в детской онкологии (32 статьи).

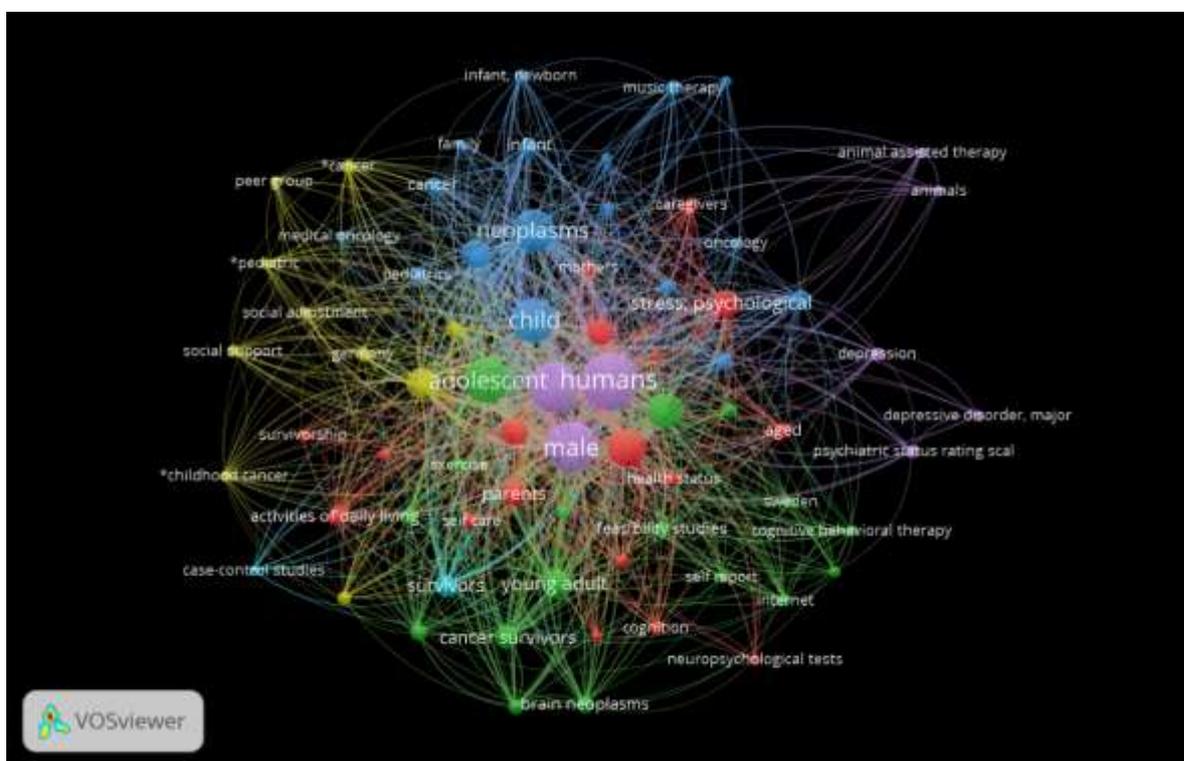
При детальном анализе публикаций мы отметили, что зарубежные авторы так же, как и отечественные, в подходе терапии с животными отмечают именно терапию с собаками. Скорее всего, это связано с доступностью и возможностью тренировки собак. Основные направления в терапии с собаками – сенсорная стимуляция, тренировка походки и социализация («тренировка» взаимодействия с социумом) [6]. Собаки – отзывчивые и преданные животные. При взаимодействии с ними дети получают позитивный опыт, что подкрепит уверенность при общении с людьми в дальнейшем.

Интересные данные были получены в процессе исследования влияния йога-терапии. Авторы выяснили, что после прохождения таких комплексов произошло снижение уровня депрессии, дистресса, беспокойства [5]. Несколько исследований также показали, что йога улучшает качество жизни, хотя необходимы дальнейшие исследования, чтобы прояснить предметно-ориентированную эффективность (например, физическую, социальную, специфическую для рака).



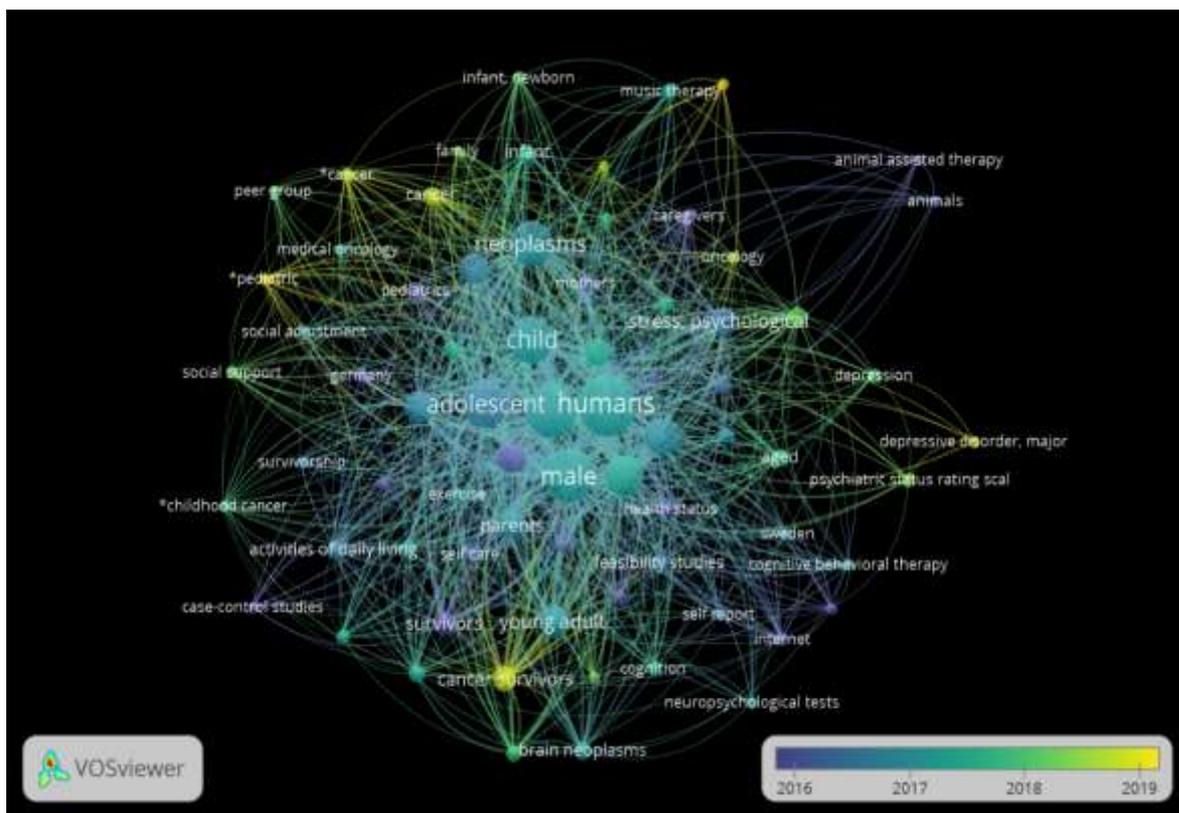
**Рис.2. Распределение по годам научных публикаций на тему "психологическая реабилитация в детской онкологии" (PubMed)**

С помощью программы «VOSviewer» нами была проведена статистическая обработка данных. Для исследования были взяты данные работ Национальной медицинской библиотеки «PubMed». Словосочетанием, отражающим основные аспекты нашей темы, было выбрано «psychological rehabilitation in pediatric oncology» (психологическая реабилитация в детской онкологии). Итогом работы стала кластеризация смежных слов с этой темой (см. рис.3). Связь наших ключевых слов («Онкология», «Реабилитация») с такими понятиями, как «Человек», «Ребенок», «Подросток», «Мужчины», «Женщины», «Родители» отражает многопрофильность проблемы, которая затрагивает не только детей. Связь таких понятий, как «Родители» и «Стресс», «Депрессия» указывает на то, что психологическая реабилитация нужна и родителям, которые имеют детей, перенёвших онкологические заболевания. Интересно, что один кластер, который мы обозначим, как «лечение» (желтый) включают также и «социальную поддержку», что, видимо, немало важно для результативности лечения.



**Рис. 3. Результаты кластеризации смежных с ключевым запросом «psychological rehabilitation in pediatric oncology» (психологическая реабилитация в детской онкологии) категорий**

В режиме визуализации наложения отражены временные рамки использования тех или иных терминов; временная шкала имеет границы с 2012 по 2021 годы, от фиолетового цвета к желтому (см. рис.4).



**Рис. 4. Результаты кластеризации публикационной активности по ключевому запросу «psychological rehabilitation in pediatric oncology» (психологическая реабилитация в детской онкологии) по годам**

Можно заметить, что пик публикационной активности по основным подходам и способам психологической реабилитации (психотерапия с животными, музыкальная терапия, дневные активности и т.д.) наибольший приходится на период с 2016 года по 2018 год. На данном этапе степень разработанности новых методов психологической реабилитации снизился. Основной упор делается на медицине (такие термины, как новообразование, рак) и психиатрии (психический статус, депрессивное расстройство).

### Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 25.11.2021).
2. Грибкова И.В., Степанова В.Н, Завьялов А.А. Психологическая реабилитация в детской онкологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2020. Том №9, №3. 151-157 с. [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_44048363\\_10820901.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_44048363_10820901.pdf) (дата отращения: 30.11.21).
3. Скутин А.В. Нравственность и смех // Гуманитарный научный журнал. 2018. №1-2. [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nravstvennost-i-smeh> (дата обращения: 27.11.2021).

4. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/5d4c6c0c9a7947bd06eb4b4f> (дата обращения: 25.11.2021).
5. Danhauer SC, Addington EL, Sohl SJ, Chaoul A, Cohen L. Review of yoga therapy during cancer treatment// Support Care Cancer. 2017 Apr. 25(4). pp.1357-1372 [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28064385/> (дата обращения: 30.11.2021).
6. Silva NB, Osório FL. Impact of an animal-assisted therapy programme on physiological and psychosocial variables of paediatric oncology patients//Rev Bras Enferm. 2016 Nov-Dec. 69(6). pp. 173-178 [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29617398/> (дата обращения: 30.11.2021).

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ  
ОСОБЕННОСТИ СХЕМЫ ТЕЛА ПРИ НАРУШЕНИИ ПИЩЕВОГО  
ПОВЕДЕНИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**  
*Константинова Ю.О.*

**Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии здоровья**  
**и нейропсихологии, д.пс.н. Запесоцкая И.В.**

**Аннотация.** В статье представлена концептуальная модель исследования нейропсихологических факторов, обуславливающих особенности схемы тела при нарушении пищевого поведения. Пищевое поведение рассматривается как система с критериями сохранности системы, а также представлены три типа пищевого поведения в норме и при нарушении пищевого поведения.

**Ключевые слова:** схема тела, особенности схемы тела, нарушение пищевого поведения, виды и классификации пищевого поведения, нейропсихологические факторы.

**NEUROPSYCHOLOGICAL FACTORS DETERMINING THE FEATURES  
OF THE BODY SCHEME IN BEHAVIORAL DISORDERS: A  
CONCEPTUAL RESEARCH MODEL**  
*Konstantinova Yu.O.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific adviser - Associate Professor, Professor of the Department of Health**  
**Psychology and Neuropsychology, Doctor of Psychology I. V. Zapesotskaya**

**Abstract.** The article presents a conceptual model for the study of neuropsychological factors that determine the characteristics of the body scheme in eating disorders. Eating behavior as a system with criteria for the safety of the system.

**Keywords:** body scheme, body characteristics, eating disorders, types and classifications of eating behavior, neuropsychological factors.

Актуальность исследования особенностей схемы тела при нарушении пищевого поведения (НПП), обусловлена распространенностью проблемы пищевого поведения и высоким уровнем значимости в современности здорового образа жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на период 2020 года более 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет и 340 миллионов детей страдают избыточным весом, из них свыше 650 миллионов людей страдают ожирением. Одной из главных причин данных заболеваний является нарушение пищевого поведения.

В представленной на рисунке концептуальной модели рассматривается связь схемы тела и пищевым поведением (рис. 1). Рассматривая схему тела как интегральный результат работы функциональной системы, мы выделяем следующие структурные элементы: проприоцептивные функции, динамические функции, гностические функции, антипационно-прогностический компонент, исполнительные функции. В формировании образа собственного тела и схемы тела задействованы 3 блока мозга [3]. Первый блок регуляции и активации, включающий в себя неспецифические структуры среднего мозга, ретикулярную формацию, диэнцефальные отделы, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей, обеспечивает динамический компонент схемы тела, проявляющийся в подготовке и организации двигательного акта, соотношения положения тела с задуманным действием. Также первый блок мозга обеспечивает соматогностический компонент схемы тела, проявляющийся в положении частей тела относительно друг друга, в ощущении собственного тела и его положения в пространстве. В основе схемы тела лежит совокупность упорядоченной информации о динамической организации тела субъекта, а проприоцептивные функции отвечают за ощущение положения частей собственного тела относительно друг друга и в пространстве. Блок приема, переработки и хранения, второй блок является морфо-функциональным субстратом для гностических функций. Их роль в схеме тела заключается в получении зрительной, слуховой, тактильной информации из окружающего мира и интероцептивной информации. Ассоциативные (третичные) поля управляют тем, как мы видим себя, нашими представлениями, ощущениями. Сюда входят проприоцептивный гнозис (глубинная проприоцепция), зрительный, тактильный и слуховой гнозис. Третий блок мозга выполняет функцию программирования, регуляции и контроля психики и поведения. Данные функции реализуются через антипационно-прогностический и исполнительный компонент. В.Д.

Менделевич определяет антиципацию как способность действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий [5]. Исполнительные функции – универсальные механизмы управления, модулирующие работу различных когнитивных подпроцессов, и тем самым, регулирующие динамику человеческого познания [6]. Исполнительные функции относят к лобным долям, активируются в новых, не закрепленных в опыте ситуациях, требующих новых решений. Обычно к ним относятся: антиципация, постановка цели, планирование, контроль, а также использование обратной связи» [5].

Исполнительные функции понимаются как системообразующий фактор для системы схемы тела (в соответствии с концепцией Л.С. Выготского об иерархичном строении ВПФ). ИФ задают иерархию схемы тела, обеспечивают управление собственным телом, а так же участвуют в формировании представления о себе в пространстве. Базовыми исполнительными функциями является ингибиторный контроль, рабочая память, когнитивная гибкость и исполнительное внимание [1]. Эти функции позволяют управлять динамическими процессами, связанными со схемой тела, гностическими процессами и нашим поведением.

Между схемой тела и пищевым поведением существует определенная взаимосвязь. Под пищевым поведением мы понимаем все компоненты поведения человека, которые присутствуют в процессе приема пищи. В отношении пищевого поведения роль исполнительных функций заключается в регуляции и оценивании, насколько человек голоден, в частоте, количестве и объеме приема пищи, скорости приема пищи, выборе того, когда и где есть, в обеспечении условий, в которых мы готовы принимать пищу, а также типов и количества выбранных продуктов, включая решения о начале и прекращении приема пищи [1].

Пищевое поведение можно рассматривать в категориях нормы, нарушения и патологии (расстройства). Нарушение пищевого поведения – это граница нормы, когда пищевое поведение начинает доставлять дискомфорт, но еще нет диагноза расстройства пищевого поведения. Т.Г. Т. Van Strein выделяет три типа нарушения пищевого поведения экстернальное пищевое поведение (реакция на внешние стимулы), эмоциогенное пищевое поведение (гиперфагическая реакция на стрессовые ситуации), ограничительное пищевое поведение (избыточные самоограничения) [7]. Расстройство пищевого поведения – болезненное отклонение от нормального состояния или процесса функционирования организма [5]. Принимая пищевое поведение как систему, в качестве критериев примем критерии нормы и нарушения системы, предложенных А.В. Карповым: дивергентность – конвергентность, интегрированность – дезинтегрированность и организованность – дезорганизованность [2]. К критериям ненарушенного пищевого поведения относятся дивергентность, интегрированность и организованность. Дивергентность А.В. Карпов рассматривает как открытость отдельных элементов, самостоятельность и дифференцированность системы. Пищевое

поведение является дифференцированным, если в нем присутствуют все три типа пищевого поведения, но не выходят за рамки нормального потребления пищи. Здесь мы говорим о лабильности и возможности переключения с одного типа пищевого поведения на другое. Следующий критерий – это интегрированность, понимается как единство структуры, её сплоченность. В пищевом поведении мы можем наблюдать проявление организованности в сбалансированности питания, включение оптимального для организма количества белков, жиров и углеводов. Третий критерий – это организованность. А.В. Карпов определяет организованность как упорядоченность и согласованность во времени. В пищевом поведении данный критерий может проявляться как устойчивый режим питания, когда человек придерживается определенного времени принятия пищи и соблюдает выстроенный режим. Такое поведение благоприятно сказывается на биологических процессах и становится проще отследить, когда появится голод.

При нарушении пищевого поведения, на первый план выходят критерии: конвергентность, дезинтегрированность и дезорганизованность. Под конвергентностью А.В. Карпов понимает замкнутость, спаянность, ригидность процессов. В пищевом поведении это проявляется в наличии одного выраженного типа пищевого поведения (например: при выраженном экстернальном поведении человек будет поглощать вкусную пищу вне зависимости от наличия ощущения голода или изначального желания съесть что-то вкусное). Второй критерий – это дезинтегрированность, проявляющаяся в разобщенности связей внутри структуры или же отсутствие единой структуры вообще. Человек не смотрит на то, какую пищу потребляет, отсутствует правильное соотношение БЖУ, что приводит к дисбалансу системы и приводит к расстройству пищевого поведения. Третий критерий – это дезорганизованность. Когда пищевое поведение неструктурированное, в нем отсутствует порядок и режим приема пищи. Человек привыкает есть на бегу, питается несистематично, периодически забывая поесть и наедаясь вечером.

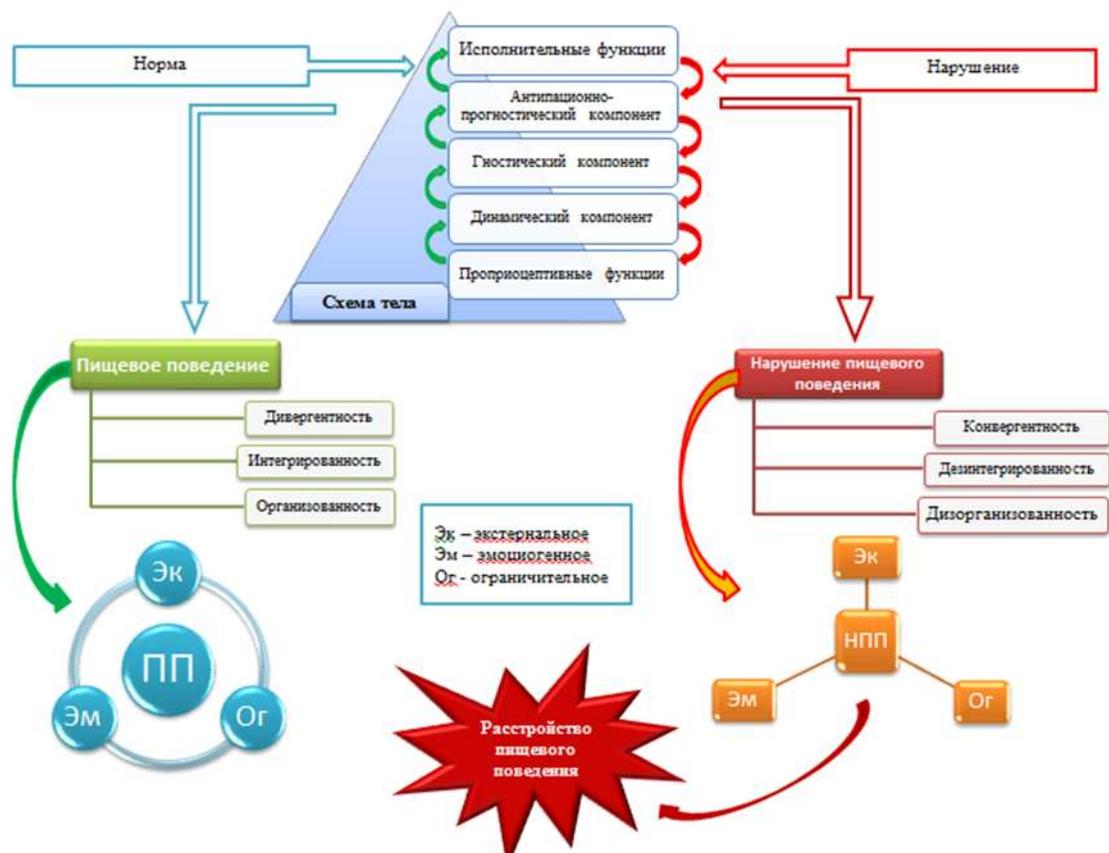


Рис. 1. Концептуальная модель исследования

### Список литературы:

1. Виленская Г.А. Исполнительные функции: природа и развитие [текст] / Г.А. Виленская // Психологический журнал. – 2016. - №4. – С.21-31.
2. Карпов А. А. Возрастная динамика структурной организации метакогнитивной сферы личности // Российский психологический журнал. 2018. Т. 15, № 2. С. 108–132.
3. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. [Текст] / А.Р. Лурия— М.: Изд. центр. Академия, 2003. — 384 с.
4. Мачинская Р.И. Управляющие системы мозга [текст] / Р.И. Мачинская // журнал высшей нервной деятельности. – 2015. - №1. – С.33-60.
5. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.;
6. Miyke A., Fridman N.(2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. Curr Dir Psychol Sci, 21(1), 8-14. doi: 10.1177/0963721411429458
7. Ван Стриен, Т., Фрайтерс, JER, Бергерс, GPA и Defares, PB (1986) Голландский вопросник пищевого поведения (DEBQ) для оценки сдержанного, эмоционального и внешнего пищевого поведения. Международный журнал расстройств пищевого поведения, 5, 295-315.

**ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У  
ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПИСЬМЕ. АНАЛИЗ  
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РЕБЁНКА С РЕГУЛЯТОРНОЙ  
ДИСГРАФИЕЙ**  
*Касторная К.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры психологии  
здоровья и нейропсихологии, к.психол.н. Недуруева Т.В.**

**Аннотация.** Работа содержит описание особенностей формирования письменной речи, а также трудностей, возникающих у детей младшего школьного возраста при письме. Целью работы является привлечение специалистов к данной группе нарушений. Статья представляет интерес для клинических психологов, нейропсихологов, логопедов.

**Ключевые слова:** межполушарное взаимодействие, мозолистое тело, трудности обучения, младший школьный возраст, регуляторная дисграфия.

**PECULIARITIES OF INTERHEMISCAL INTERACTION IN  
CHILDREN WITH LEARNING DIFFICULTIES WHEN WRITING.  
ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF A CHILD WITH REGULATORY  
DISGRAPHY.**  
*Kastornayua K. A.*

**Kursk state medical university, Kursk, Russia  
Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of  
Health Psychology and Neuropsychology, Candidate of Psychology Nedurueva  
T.V.**

**Abstract.** The work contains a description of the features of the formation of written speech, as well as the difficulties that arise in children of primary school age when writing. The aim of the work is to attract specialists to this group of violations. The article is of interest to clinical psychologists, neuropsychologists, speech therapists.

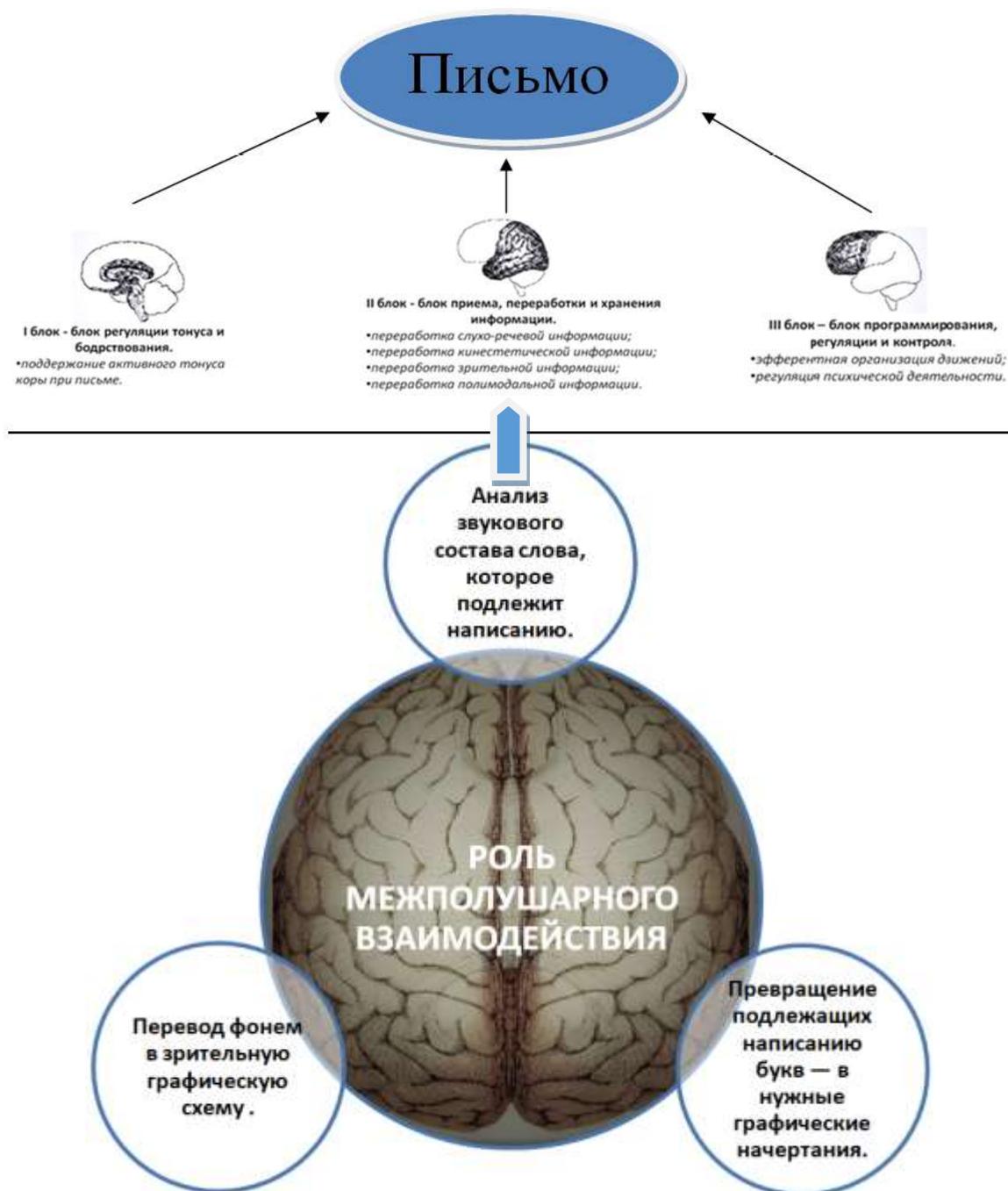
**Keywords:** interhemispheric interaction, corpus callosum, learning difficulties, primary school age, regulatory dysgraphia.

**Актуальность.** Многие ученики начальных классов в процессе обучения допускают большое количество специфических ошибок при письме, обусловленных рассинхронизацией и пониженной активностью межполушарного взаимодействия.

**Цель исследования.** Настоящая работа представляет собой попытку объяснения особенностей межполушарного взаимодействия у детей младшего школьного возраста со стойкими трудностями овладения письменной речью, на примере регуляторной дисграфии.

**Результаты исследования.** Рассмотрим концептуальную модель особенностей межполушарного взаимодействия при письме (см. Рис.1).

Межполушарное взаимодействие – это одно из основных понятий нейропсихологии, представляющее собой особый механизм сотрудничества правого и левого полушария, позволяющий работать мозгу, как единой интегративной системе [8]. Функциональная система акта письма включает в себя три функциональных блока мозга: блок регуляции тонуса и бодрствования (отвечает за поддержание активного тонуса коры при письме); блок приёма, переработки и хранения информации (переработка слухо-речевой, кинестетической, зрительной, полимодальной информации); блок программирования, регуляции и контроля (эфферентная организация движений, регуляция психической деятельности - планирование, реализация и контроль акта письма) [1,2]. Согласно Лурии А.Р., психологический механизм организации письма включает в себя три последовательных этапа, каждый из которых неразрывно связан как с правым, так и с левым полушариями головного мозга. Первый этап - анализ услышанного звукового состава того слова, которое подлежит написанию. Из звукового потока, пишущим под диктовку ребенком, должна быть выделена серия звучаний — сначала тех, с которых начинается слово, а затем последующих [6]. Первое условие письма — определение очередности звуков в слове. Второе — уточнение звуков, превращение в фонемы. Изначально оба процесса протекают полностью осознанно, однако в дальнейшем они становятся автоматизированными. Переработка такой информации - результат совместной работы обоих полушарий, каждое из которых вносит свой специфический вклад. Акустический анализ и синтез протекают при ближайшем участии артикуляции [5]. Левым полушарием выделяются смыслоразличительные признаки фонем, правым полушарием обеспечивается помехоустойчивость речевого слуха, анализируются просодические характеристики речи. В распознавании согласных букв ведущая роль принадлежит левому полушарию, а в распознавании гласных – правому. За звуковым анализом, необходимым в процессе письма, всегда следует второй этап: перевод фонем в графемы, т.е. в зрительные схемы графических знаков с учетом пространственного расположения их элементов. Третьим этапом в процессе письма является «перешифровка» зрительных схем букв в кинетическую систему последовательных движений, необходимых для записи. Графемы переводятся в кинемы. Перешифровка осуществляется в третичных зонах коры головного мозга, в теменно-височно-затылочной области [6]. В случае нарушения гармоничной синхронной работы полушарий письменная речь изобилует специфическими ошибками.



**Рис.1. Концептуальная модель особенностей межполушарного взаимодействия при письме.**

Выбранный нами для описания вариант дисграфии обусловлен частотой встречаемости у учеников 2 и 3 класса общеобразовательной школы.

Анализ клинического случая. Ученик 2 класса, 2013 г.р. (8 лет), регуляторная дисграфия. Ориентирован в месте, времени и пространстве. Обращённую речь понимает в полном объёме. В самостоятельной речи какие-либо затруднения отсутствуют. Эмоциональный фон настроения ровный, все реакции адекватны ситуации. В контакт вступает охотно, на все вопросы

отвечает развернуто. Отказные реакции в процессе обследования отсутствуют. Ведущая рука – правая, предпочтение в пробах правостороннее, левое полушарие доминантное.

При исследовании зрительных гностических функций затруднения отсутствуют. Все изображения реальных, зашумлённых и наложенных друг на друга предметов дифференцирует без ошибок. Пробу на реципрокную координацию рук выполняет поэтапно, а не одновременно, темп медленный. При проведении трёхзвеньеовой пробы «кулак-ребро-ладонь» темп медленный, программа действий при самостоятельном повторении искажена, левая рука отстаёт от правой. Данные проявления говорят о рассинхронизации и пониженной активности межполушарного взаимодействия. При выполнении пробы Хэда наблюдаются ошибки в право-левой ориентировке. Артикуляционный праксис сформирован. При исследовании (отражённой) повторной речи ошибки в повторении звуков, дизъюнктивных пар звуков, оппозиционных фонем отсутствуют. При выполнении сенсебилизованного варианта пробы (повторение предложения), затруднений не наблюдалось. Читает медленно, с ошибками в окончаниях, пропускает и добавляет новые буквы. При пересказе прочитанного рассказа синтаксис обеднён, главный смысл передать не смог. Автоматизированное и дезавтоматизированное письмо с большим количеством ошибок, связанных с инертностью, упрощением или искажением программы написания. При исследовании письменной речи наблюдается: пропуск и вставка букв и их элементов; персеверации букв и слогов; антиципации слогов; контаминации двух слов; ошибки связанные с языковым анализом (слитное написание слова с предлогом, пропуск точек в конце предложений, отсутствие прописной буквы в начале предложения); орфографические ошибки, связанные с трудностями распределения внимания на орфограмму и само письмо. При исследовании мышления с помощью методики «Пятый лишний», затруднения отсутствуют. Счётные операции с вычитанием и сложением выполняет медленно с единичными ошибками. Внимание снижено. Кривая запоминания по методике «7 слов» выглядит следующим образом: 2-4-5-7. Отсроченное воспроизведение 6 слов. Кратковременная и долговременная память сформирована.

На момент обследования наблюдаются стойкие нарушения письменной речи в виде регуляторной дисграфии, а также рассинхронизация и пониженная активность межполушарного взаимодействия.

Таким образом, приведенный в данной статье клинический случай, отражает проявления регуляторной дисграфии у ученика младшей школы. Основными задачами коррекционно-развивающего обучения в данном случае будут являться: развитие межполушарного взаимодействия, тренировка орфографической зоркости, а также развитие зрительной памяти [4,5].

### **Список литературы**

1. Ахутина Т. В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.

2. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. - СПб.: Питер, 2008.
3. Ахутина Т. В., Бабаева Ю. Д., Корнеев А. А., Кричевец А. Н., Воронова М. Н., Егорова О. И. Влияние индивидуально-типологических особенностей высших психических функций младших школьников на формирование навыка письма. //Вестник МГУ, 2008, №3. С. 63–73.
4. Величенкова О. А., Иншакова О. Б., Ахутина Т. В. Комплексный подход к анализу специфических нарушений письма у младших школьников // Школа здоровья, 2001, № 4. С. 23–30.
5. Дорофеева С. В. Лингвистические аспекты коррекции дислексии и дисграфии: Опыт успешного применения комплексного подхода. Вопросы психолингвистики. 2016, №3, С. 185–201.
6. Лурия А. Р. Очерки по психофизиологии письма. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. – 84 с.
7. Недуруева Т.В., Брежнева Д.С. Особенности пространственных представлений детей младшего школьного возраста с трудностями обучения / Коллекция гуманитарных исследований. -2020. - № 3 (24). – С. 10-17.
8. Хомская, Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. /Е. Д. Хомская., глав. ред. Е. Строганова./ СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

**ОСОБЕННОСТИ КООРДИНАЦИОННЫХ ФУНКЦИЙ У  
СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**  
*Киреева А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии  
здоровья и нейропсихологии, д.психол. н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования особенностей координационных функций (статической, динамической, пространственной, предметной координации) у слабослышащих детей и детей без нарушения слуха младшего школьного возраста.

**Ключевые слова.** Координационные функции, статическая координация, динамическая координация, пространственная координация, предметная координация, слабослышащие дети, младший школьный возраст.

**FEATURES OF COORDINATION FUNCTIONS IN HEARING-  
IMPAIRED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE**  
*Kireeva A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

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

**Abstract.** The article presents the results of a study of the features of coordination functions (static, dynamic, spatial, subject coordination) in hearing-impaired children and children without hearing impairment of primary school age.

**Keywords.** Coordination functions, static coordination, dynamic coordination, spatial coordination, subject coordination, hearing impaired children, primary school age.

**Введение.** Понятие «координационные функции» рассматриваются с точки зрения Бернштейна Н.А. как составная часть движений, представляя собой процессы координации движений. В логике его теории координационных функций, координацией движений считается «преодоление избыточных степеней свободы движущегося органа за счет целесообразной организации активных и реактивных сил» [2]. Развитие данных функций у слабослышащих детей младшего школьного возраста имеет важное значение, так как развитые координационные функции являются предпосылками развития всей психической сферы в целом, успешного обучения ребенка, адаптации в социальной жизни и трудовой деятельности.

**Объектом** исследования являются координационные функции (статическая, динамическая, пространственная, предметная координация) у детей младшего школьного возраста.

**Предметом** исследования – особенности координационных функций у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Целью** - выявление особенностей координационных функций (статической, динамической, пространственной, предметной координации) у слабослышащих детей младшего школьного возраста.

**Методы.** Используются методы исследования детей и подростков по Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. (методики: Стояние нога за ногу в течение 15 с закрытыми глазами («Тандемная позиция»); Стояние с открытыми глазами на носках с согнутым туловищем; Стояние с закрытыми глазами в течение 10 с попеременно то на правой, то на левой ноге (проба Уемуры); поза «Аист» (Н. И. Озерецкого, М. О. Гуревича); Прыгание с открытыми глазами попеременно на правой и левой ногах на расстоянии в 5 м. (Н. И. Озерецкого, М. О. Гуревича); «Лабиринт»; Монометрический тест «Вырезание круга» Н.Н. Озерецкого; тест «Линование»); методики, для исследования пространственной ориентации Н.Я. Семаго и М.М. Семаго (Право-левая ориентировка в теле; Проба «показ частей своего тела и лица»; Проба Хеда; Показ предметов справа, слева, впереди, сзади от себя; Расположение предметов справа, слева, впереди, сзади от себя); Методика «Складывание разрезных картинок» (Н.Я. Семаго и М.М. Семаго).

**Результаты.** По результатам исследования можно сделать вывод о том, что у детей младшего школьного возраста без нарушения слуха координационные функции преимущественно сформированы. При выполнении методик на исследование динамической координации отмечается снижение темпа выполнения заданий. Данная особенность может быть связана с мотивацией ребенка выполнить задание точнее и без ошибок. Также незначительное снижение темповых характеристик наблюдается при исследовании предметной координации («Методика «Складывание разрезных картинок»»). Данные параметры могут быть обусловлены особенностями смысловой составляющей задания. При выполнении проб на пространственную координацию отмечается высокий темп выполнения заданий (от 93 до 100%).

Анализируя точность выполнения заданий в контрольной группе, можно отметить, что в выполнении методик наблюдается неравномерность. Так, высокая точность отмечается в пробах на пространственную координацию. Однако в пробе Хеда присутствуют незначительные ошибки с последующей самокоррекцией, связанные с особенностями зрительной перешифровки. Незначительные ошибки наблюдаются также и в пробах на статическую, динамическую и предметную координацию, что может быть связано с индивидуальными особенностями выполнения детей. Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что у детей младшего школьного возраста без нарушения слуха основные структурные компоненты координационных функций (статическая координация, динамическая координация, пространственная координация, предметная координация) являются сформированными. Этот тезис согласуется с онтогенетическими закономерностями детей данного возраста.

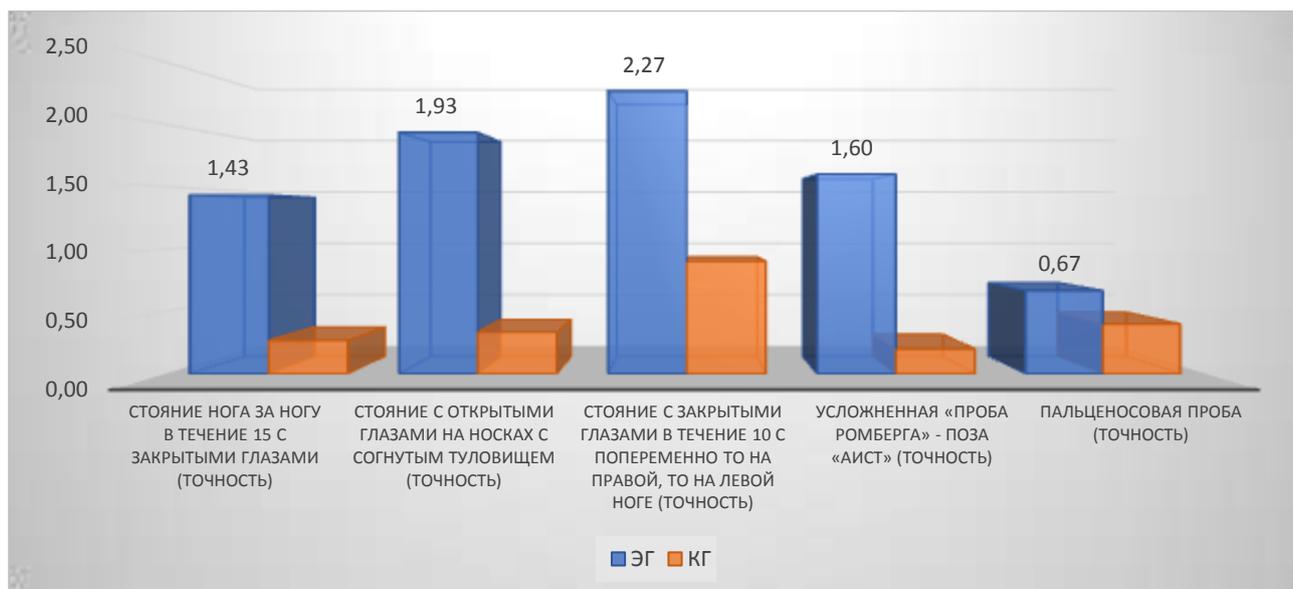
У слабослышащих детей наблюдаются различной степени выраженности нарушения статической, динамической, пространственной и предметной координации. Анализируя статическую координацию, можно отметить, что выполнение проб «Стояние с открытыми глазами на носках с согнутым туловищем», «Стояние с закрытыми глазами в течение 10 с попеременно то на правой, то на левой ноге», «Пальценосовая проба», невозможно в 17%, 43%, 3% случаях соответственно. В остальных случаях отмечается недостаточность статического равновесия без возможности самокоррекции в виде: схождения с места, балансировки, неточности движений, тремора конечностей, нарушении инструкции заданий. Эти данные согласуются с результатами Шатунова Д.А., Зотовой Ф.Р., Касимовой Р.Р. [3].

При исследовании динамической координации, выявлена недостаточность динамического равновесия. Наиболее ярко это представлено в методике «Прыгание с открытыми глазами попеременно на правой и левой ногах на расстоянии в 5 м». Так, невозможность выполнения отмечается в 7% случаев; ошибки, выражающиеся в отклонении корпуса от прямой линии, махах руками и касаний ног пола наблюдались у половины испытуемых (50%). Часть детей (47%) выполняли пробу с подсказками и корректировкой. В методиках на исследование динамической координации рук, также

наблюдалось значительное снижение точности выполнения движений («Лабиринт» - невозможность выполнения 3%, выраженные трудности (проводимые линии выходят за пределы лабиринта) 47%; Монометрический тест «Вырезание круга» - невозможность выполнения 13%, выраженные трудности (отклонение от очерчивающей круг линий) 47%; «Линование» - невозможность выполнения 16%, выраженные трудности (ломаные, прерывистые, зигзагообразные линии, не доведенные до конца) 37%). Поскольку статическое и динамическое равновесие находится в прямой зависимости от сохранности вестибулярного аппарата, у слабослышащих детей вследствие первичного дефекта, данные уровни координации будут нарушены [1].

Рассматривая пространственную координацию, анализировалось состояние пространственного гнозиса и схемы тела. По результатам исследования пространственная координация характеризуется недостаточной сформированностью. Наблюдаются грубые ошибки право-левой ориентировки в теле в (60% случаях), так и вне тела (30%). В целом 83,4% слабослышащих имеют трудности в пространственной координации. Это свидетельствует о нарушении пространственной организации двигательного акта. Точность предметной координации нарушена в 87% случаев (в 54% - отмечаются ошибки с самокоррекцией, 23% - грубые ошибки, 10% - невозможность выполнения. При анализе темпа выполнения проб, отмечается высокий темп заданий на пространственную координацию, и на отдельные задания динамической координации («Прыгание с открытыми глазами попеременно на правой и левой ногах на расстоянии в 5 м»). В целом пробы на координацию выполняются в среднем темпе, но чем быстрее темп, тем испытуемые допускают большее количество ошибок. Таким образом, у слабослышащих детей младшего школьного возраста координационные функции (статическая, динамическая, пространственная, предметная координация) находятся на стадии формирования.

Сравнительный анализ выраженности основных показателей координационных функций (статической, динамической, пространственной, предметной координации) в группах слабослышащих детей и детей без нарушения слуха осуществлялся попарно и с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни. В параметре точность при оценивании статической координации («Стояние нога за ногу в течение 15 с закрытыми глазами» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Стояние с открытыми глазами на носках с согнутым туловищем» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Стояние с закрытыми глазами в течение 10 с попеременно то на правой, то на левой ноге» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Усложненная «Проба Ромберга» - поза «Аист»» ( $p\text{-level} = 0,000000$ )) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности данного параметра у слабослышащих детей. При исследовании «Пальценосовой пробой» статистически значимых результатов получено не было. Гистограмма распределения частот признака статической координации по параметру «точность» представлена на рисунке 1.



**Рис.1. Гистограмма частот распределения признака статическая координация.**

В параметре точность при оценивании динамической координации («Прыгание с открытыми глазами попеременно на правой и левой ногах на расстоянии в 5 м» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Лабиринт» ( $p\text{-level} = 0,000000$ ), «Монометрический тест «Вырезание круга»» ( $p\text{-level} = 0,006691$ ), «Линование» ( $p\text{-level} = 0,000280$ )) также были обнаружены статистически значимые различия (данный параметр не сформирован). Гистограмма распределения частот признака динамической координации по параметру «точность» представлена на рисунке 2.



**Рис. 2. Гистограмма частот распределения признака динамическая координация.**

В параметре темп при оценивании динамической координации («Монометрический тест «Вырезание круга»» ( $p\text{-level} = 0,028859$ ), «Линование» ( $p\text{-level} = 0,000280$ )) были обнаружены статистически значимые различия, что свидетельствует о недостаточной сформированности данного параметра у слабослышащих детей. В методиках «Прыгание с открытыми

глазами попеременно на правой и левой ногах на расстоянии в 5 м», «Лабиринт» статистически значимых результатов получено не было.

В параметре точность и темп при оценивании пространственной и предметной координации были обнаружены статистически значимые различия во всех пробах, что свидетельствует о несформированности этих параметров у детей экспериментальной группы.

**Выводы.** По результатам проведенного эмпирического исследования у слабослышащих детей младшего школьного возраста наблюдается недостаточная сформированность координационных функций (статической, динамической, пространственной, предметной координации). Отмечается снижение таких динамических характеристик как темп и точность координации в сравнении с младшими школьниками без нарушений слуха. Способность к сохранению равновесия у них значительно ниже, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований. Координационные функции у слабослышащих детей младшего школьного имеют ряд своих особенностей, обусловленных первичным дефектом (снижением слухового восприятия).

#### **Список литературы**

1. Горулев, Э.Р. Функциональные особенности и координационные способности спортсменов с ограниченными физическими возможностями: монография / П.С. Горулев, Э.Р. Румянцева, А.С. Гареева, Н.Ю. Токмакова; под общ. ред. Э.Р. Румянцевой. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2018. – 160 с.
2. Федотова, Г.А. Дидактические игры как фактор развития координации подростков с задержкой психического развития [Текст] / Г.А. Федотова, В. Яковлева // Глобус: психология и педагогика. – 2019. – № 5 (33). – С. 48-56.
3. Шатунов, Д.А. Анализ особенностей показателей статического равновесия детей младшего и среднего школьного возраста с нарушением слуха [Текст] / Д.А. Шатунов, Ф.Р. Зотова, Р.Р. Касимова // Наследие крупных спортивных событий как фактор социально-культурного и экономического развития региона. – 2013. – С. 449-451.

#### **ЭМОЦИИ: СТАРТ ИЛИ ФИНИШ?**

*Крахмаль Э.Г.*

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

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

**Левченко Е.В.**

**Аннотация.** В статье представлены эмоционально-психологические аспекты человеческого поведения. Выявлена роль отрицательных эмоций и их влияние на организм. Обсуждается вопрос о значении отрицательных эмоций, как материала для самопознания.

**Ключевые слова:** отрицательные эмоции, поведение человека, психическое состояние.

## **EMOTIONS: START OR FINISH**

*Krakhmal E.G.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation**  
**Scientific advisor – Associate professor of the department of psychiatry,**  
**Candidate of Medical Sciences, Levchenko E.V.**

**Abstract.** The article presents the emotional and psychological aspects of human behavior. The role of negative emotions and their effect on the body is revealed. The question of the meaning of negative emotions as a material for self-knowledge is discussed.

**Keywords:** negative emotions, human behavior, mental state.

Тема эмоций и их влияния на поведение и взаимоотношения между людьми актуальна в любой период человеческой жизни. Существует множество определений термина «эмоции». А.Г. Рыбалко в своей статье описал эмоции, как психический процесс нервной регуляции действия, базирующийся в эмоциональном отображении важности наружных явлений. Р.С. Урусов же трактует термин «эмоции» следующим образом: «Эмоции – особый вид психологических состояний человека, которые проявляются в виде переживаний, ощущений, настроения и чувств».

Другими словами, объединяя мнения двух авторов, можно сказать, что эмоции отражают отношение человека к окружающему миру.

В.В. Лысенко и Е.В. Лучкина рассматривают эмоции, как отдельный восьмой анализатор. Он представляет собой эмоционально-психологический конструкт, который настраивается в процессе воспитания и развития человека. Вырабатывается определенный стереотип поведения, принимающийся за «норму», который оптимально удовлетворяет потребности человека в обществе. В своей статье авторы называют это «безопасным коридором». При наличии каких-либо отклонений от стереотипного поведения эмоциональный анализатор наказывает человека в виде отрицательных эмоций: страха, вины, гнева, презрения, ярости, горя, стыда, обиды. Правильное адаптивное поведение подразумевает под собой средний уровень эмоций. Однако, как и в любой системе, здесь тоже имеются свои дефекты. При грубой настройке, полном отсутствии чувств вины, стыда, обиды – человеку очень трудно быть собой, не причиняя дискомфорта другим. Такие люди в последующем становятся социопатами. И наоборот, слишком тонкая настройка приводит к развитию неврозов.

Само по себе переживание отрицательных эмоций не наносит вред человеческому организму, даже напротив, оказывает активизирующее и управляющее воздействие на человека. Негативное влияние будет наблюдаться при непрерывном и продолжительном их воздействии. При этом возникает длительная гиперстимуляция ЦНС, передача нервных импульсов от внутренних органов к мозгу нарушается, в кровь выбрасываются гормоны стресса (адреналин и кортизол), что приводит к возникновению многих соматических заболеваний.

**Целью** данного исследования является определение уровня отрицательных эмоций у пациентов с малопрогрессирующей шизофренией и небредовой ипохондрией в сравнении с контрольной группой.

**Материалы исследования:** обследовали две группы пациентов, разделенных по диагнозу. В исследовании приняло участие 39 пациентов Курской клинической психиатрической больницы. 16 человек с малопрогрессирующей шизофренией, 23 человека с небредовой ипохондрией.

Критерии включения:

- письменное информированное согласие пациента либо его законного представителя на участие в обследовании;
- установленный клинический диагноз (в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра);
- средний возраст 20-40 лет;
- давность заболевания 5 лет;

Критерии невключения:

- хронические соматические заболевания в стадии обострения,
- инфекционные заболевания;
- онкологическая патология;
- отказ от участия в исследовании.

В контрольную группу вошли 302 человека (студенты). Обследование проводилось с помощью теста КЭТ, предложенным Ю.М. Орловым, который отслеживает уровень отрицательных эмоций (Таблица).

**Таблица №1. Результаты теста КЭТ**

Эмоция	Студенты	Пациенты с вялотекущей шизофренией	Пациенты с небредовой ипохондрией	t-Стьюдента
Страх неудачи	11,27	18,12	19,21	2,0<0,05
Вина	9,05	12,06	14,77	1,88<0,05
Стыд	9,22	14,18	16,14	3,13<0,05
Обида	9,8	14,22	17,26	1,92<

**Вывод:** у пациентов с малопрогрессирующей шизофренией и небредовой ипохондрией уровень отрицательных эмоций выше, чем у контрольной группы.

И что же первично? Психическое расстройство вызывает повышение уровня отрицательных эмоций или высокий уровень отрицательных эмоций приводит к психическому расстройству?

Независимо от того, каков будет ответ, решение данной проблемы остаётся открытым и актуальным. Вопрос только в том, каким методом лучше пользоваться. К сожалению, нет волшебной таблетки, которая могла бы избавить человека от любых чувств и эмоций. Чаще всего люди не проживают эмоции, не признают себе в них, считая проявление чувств слабостью или испытывая вину за те негативные мысли, которые у них возникают по отношению к ситуациям с другими (обычно близкими) людьми.

Эти отрицательные эмоции остаются «жить» с человеком, накапливаются и преумножаются. Однако наш внутренний сосуд не безграничен и рано или поздно он может расплескаться. Поэтому очень важно осознавать, признавать и не стесняться любых мыслей. Колин Типпинг в своей книге «Радикальное прощение» рассматривает отрицательные эмоции как стартовую точку в самопознании и исцелении. Метод, который он предлагает, не отличается быстротой возникновения эффекта. Автор помогает выйти из состояния жертвы, в котором каждый из нас любит находиться, взять ответственность за свою жизнь на себя и при этом не винить или критиковать, действуя исключительно во благо или правильно, а просто жить. Принимая себя и весь окружающий мир такими, какие они есть. Может именно то, что существует условное деление на «плохое» и «хорошее», и приводит к рождению негативных эмоций?

Определенно, отказ от всех норм и правил морали приведет к хаосу. Однако, каждому из нас стоит внимательнее относиться к своим действиям и поступкам, стремиться не осуждать окружающих и пытаться изменить человека, а постараться услышать, о чём нам пытается сказать собеседник. Человек – существо, наделенное природой 8 анализатором, который пора полноценно включать в работу.

### Список литературы

1. Лысенко В.В. Показатели отрицательных эмоций у здоровых испытуемых и при шизофрении / В. В. Лысенко, Е. В. Лучкина // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. – 2010. - №40. – С. 30-34
2. Типпинг Колин Радикальное прощение. Духовная технология для исцеления взаимоотношений, избавления от гнева и чувства вины, нахождения взаимопонимания в любой ситуации / Колин Типпинг. – М.: София, 2019. – 270с.
3. Рыбалко А. Г. Воздействие отрицательных эмоций на человека / А. Г. Рыбалко // материалы конф. «Молодежь как социальный двигатель развития

Алтая: социальные лифты и практики поддержки органами власти». / [науч. рук. Т. И. Бикетова]. – Барнаул: Изд-во АГУ, 2020. – С. 76-77

4. Урусов Р. С. Воздействие отрицательных эмоций на человека / Р. С. Урусов // материалы конф. «Молодежь. Наука. Образование». / [науч. рук. А. С. Богатырева]. – Карачаевск: Изд-во КЧГУ им. У. Д. Алиева, 2020. – С. 308-313

## **АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РОДИТЕЛЬСТВА**

*Кудрявцева А.А.*

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

**Научный руководитель - доцент кафедры консультационной психологии  
кандидат психол. наук Е.Г. Руновская**

**Аннотация.** В статье представлен анализ исследований психологических особенностей детей-сирот, в том числе их воспитания в приемных семьях, и обозначены приоритетные направления развития психологии замещающего родительства.

**Ключевые слова:** замещающая семья, психология замещающего родительства, приемная семья, дети-сироты.

## **ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH ON SUBSTITUTE PARENTHOOD**

*Kudryavtseva A.A.*

**P. G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russian Federation. P.G.  
Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia**

**Scientific advisor – Associate Professor of Counselling Psychology Department  
in Psychology, Candidate of Psychological Sciences Runovskaya E.G.**

**Abstract.** The article presents the analysis of research into the psychological peculiarities of orphaned children, including their education in foster families, and outlines priority areas for the development of the psychology of substitute parenting.

**Keywords:** substitute family, psychology of substitute parenthood, foster family, orphaned children.

Семья – важнейшая среда развития и становления личности, социализации человека и общества в целом [1]. Одной из форм семейного устройства детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является замещающая семья. По данным Федеральной службы статистики РФ количество таких детей возросло почти в два раза за последние 10 лет, что составляет около 500 тысяч человек. По Ярославской области данный

показатель за последние 5 лет увеличился с 4276 до 5261 человек. При этом, количество приемных семей имеет тенденцию к снижению, как в Российской Федерации (со 104 % в 2016 году до 97 % в 2020 году), так и в Ярославской области (со 108 % в 2016 году до 103% в 2020 году) [10]. Таким образом, в последние годы на территории России складывается ситуация по уменьшению количества замещающих семей при одновременном увеличении количества детей, нуждающихся в ней. Для решения этой проблемы необходимо понимать психологические причины данного феномена.

Замещающее родительство как термин появилось сравнительно недавно (датируется началом XX века в Российской Федерации). По Базаровой Г.Т. замещающая семья - «форма временного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, в семьи граждан с целью предотвращения пребывания ребенка в интернатных условиях» [7]. То есть, замещающая семья – это любая семья, где воспитываются и опекаются не кровные дети на договорной основе между родителями или родителем и органами опеки, а государство в свою очередь обязуется оказывать материальную и социальную поддержку.

Первые исследования (80-е – 90-е гг. XX века) были посвящены вопросу депривации ребенка-сироты (Н.Н. Авдеева, Н.М. Аскарина, Л.Н. Галигузова, С.Ю. Мещерякова, Н.К. Радина, Лангменер Й., Матейчик З. и другие). Так Авдеева Н.Н. изучала влияние депривации ребенка на его самовосприятие и качество привязанности к взрослому. Аскарина Н.М. рассматривала особенности развития ВНД, методы и способы воспитания ребенка в различных условиях: в том числе и в детском доме. Л.Н. Галигузова и С.Ю. Мещерякова уделяли особое внимание вопросу факторам риска, отклонениям психического развития детей-сирот. Радина Н.К. занималась проблемой адаптации и ресоциализации воспитанников детского дома, а также психокоррекции ЗПР. Лангеймер Й. и Матейчек З. дали определение психической депривации и выделили четыре ее формы.

Активно исследовались личностные особенности воспитанников детского дома (А.Х. Пашина, И.В. Дубровина, И.А. Коробейников, В.С. Мухина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых и другие). А.Х. Пашина изучала эмоциональную сферу сотрудников детских домов и детей-сирот. И.В. Дубровина рассматривала негативные особенности воспитанников с точки зрения их взаимосвязи с коммуникативной деятельностью, описывала способы развивающего взаимодействия с такими детьми. Коробейников И.А. экспериментально доказал отставание детей-сирот по ряду вербальных заданий, исследовал нарушения в когнитивной сфере. В.С. Мухина занималась изучением феноменологии сиротства: идентификацию воспитанников друг с другом («мы»), суженность временной перспективы воспитанника интернатов. А.М. Прихожан и Н.Н. Толстых в ходе эмпирического исследования выделили ряд личностных характеристик воспитанников детского дома закрытого типа: низкая самооценка, преобладание защитных форм поведения в общении со взрослыми, низкое развитие произвольной регуляции поведения, самоконтроля, одномерное представление о самом себе [8].

Также, широко раскрыты вопросы адаптации и воспитания детей-сирот в приемных семьях (В. В. Барабанова, В. Н. Ослон, Л. Н. Большакова, М. Ф. Терновская и другие). Ослон В. Н. и Барабанова В.В. выделяли стадии адаптации приемного ребенка в замещающую семью, возможные трудности. Большакова Л.Н. описала сложности адаптации детей-сирот: овладении социальными знаниями, умениями и навыками, с отставанием в психическом, интеллектуальном и физическом развитии, с трудностями при установлении эмоциональных связей [4]. М.Ф. Терновская изучала условия успешной адаптации детей, разработала педагогическую систему патронатного воспитания и модель организации учреждения патронатного воспитания. Множество исследователей: Трунова А.И., Декина Е.В., Гайфуллина Н.Г., Исмаилова Н.И., Егоров В.С., Федорова Ю.А., Еремеев В.Ю., Карташев Н.И. и другие, отмечают важность поддерживающей среды, компетентных замещающих родителей для гармоничного и полноценного развития приемного ребенка.

Анализируя работы исследователей-психологов за последние несколько лет, выделим некоторые приоритетные направления:

- особенности личности воспитанников детского дома, проблема замещающего родительства (Е. В. Бахвалова, Бубнова И. С., Рерке В.И. и другие). Например, Е.В. Бахвалова в своем исследовании (2021 год) рассматривала социально-психологические предикторы успешной интеграции воспитанников детского дома в массовых школьных учреждения и выявила, что необходимо повышать уровень коммуникативных навыков у таких детей [2]. Бубнова И.С. и Рерке В.И. рассматривали влияние несформированного типа гендерной принадлежности на тревожность у детей-сирот: неадекватно сформированный гендер, андрогинный тип идентичности благоприятствуют повышению межличностной тревожности [5].

- факторы, влияющие на успешность замещающих семей (Боенкина Е.А., Краснорядцева О.М., Щеглова Э.А., Бредун Е.В., Гапченко Е.А., Кагермазова Л.Ц. и другие). Сильное положительное влияние оказывают: психологическая готовность к личностному росту родителей, способность организовывать позитивные поддерживающие отношения, обеспечивать безопасность, сотруднический характер взаимоотношений между ребенком и родителем.

- мотивы кандидатов в замещающие семьи (Боенкина Е.А., Краснорядцева О.М., Щеглова Э.А., Бредун Е.В., Гайфуллина Н.Г., Исмаилова Н.И., и другие). Три самых распространенных мотива принятия родителями ребенка в семью [3, 6]: получение социального одобрения, отсутствие детей в семье, желание продолжать традиции. Первый мотив не является оптимальным, в то время как другие два – коррелируют с выполнением функций семьи.

- личностные особенности кандидатов в замещающие семьи (Гапченко Е.А., Кагермазова Л.Ц., Ключева Н.В., Федорова Ю.А., Еремеев В.Ю., Карташев Н.И. и другие). Отмечается важность развития психолого-педагогической компетентности родителей. Развиваются представления о структуре и факторах, влияющих на компетентность.

- проблемы адаптации приемного ребенка в семье (Е.В. Декина, К.С. Шалагинова, С.А. Залыгаева, Г.О. Самсонова, Славутская Е.В., Иванова Г.Ф. и другие). Исследователи отмечают, что адаптационный процесс может длиться достаточно долго с возникновением конфликтных ситуаций, так как это связано с перестройкой функционально-ролевой системы семьи. Особенно могут возникнуть трудности в налаживании отношений между приемным и кровным ребенком. Решением этого вопроса может стать подготовка специалистов-коммуникаторов и осуществление психологического сопровождения приемного ребенка [9, 11].

Таким образом, проблема сиротства и замещающего родительства является актуальной в рамках современного общества. В дальнейшем углубленном изучении нуждаются темы: отцовство в замещающем родительстве, особенности межличностного взаимодействия между членами приемной семьи, стили родительского воспитания в замещающей семье, психолого-педагогическая компетентность замещающих родителей (способы ее повышения, формирование общего перечня компетенций).

### Список литературы

1. Андреева Т. В. Семейная психология: Учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2004 — 244 с.
2. Бахвалова, Е. В. Социально-психологические предикторы успешной интеграции воспитанников детского дома в массовую школу / Е. В. Бахвалова, А. В. Микляева. - DOI 10.15507/19919468.102.025.202101.110-126 // Интеграция образования. - 2021. - Т. 25, № 1. - С. 110-126.
3. Боенкина Е.А., Краснорядцева О.М., Щеглова Э.А., Бредун Е.В. мотивационная модальность как прогностическая характеристика психологической готовности к замещающему родительству // Сибирский психологический журнал. 2020. №75. С. 144-158.
4. Большакова Л.Н. Социально-психологическая адаптация родителей и детей в приемной семье : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.07 / Ярослав. гос. пед. ун-т им. К.Д. Ушинского. - Ярославль, 2004. - 26 с.
5. Бубнова И. С., Рерке В. И. Исследование особенностей гендерной идентичности у девочек-сирот подросткового возраста // Педагогический ИМИДЖ. 2020. Т. 15. № 1 (50). С. 49-62. DOI: 10.32343/2409-5052-2021-15-1-49-62
6. Гайфуллина Н.Г., Исмаилова Н.И. Мотивация принятия ребенка и семейные функции будущих приемных родителей // Проблемы современного педагогического образования. 2020. №68-1. С. 323-326.
7. Методическое пособие для замещающих родителей. – Уфа: 2010 – 140 с.
8. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2005. — 400 с.: ил. — (Серия «Детскому психологу»)
9. Проблемы психологической адаптации здоровых детей в замещающих семьях, принявших на воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е . В. Декина, К. С. Шалагинова, С. А. Залыгаева, Г. О. Самсонова //

Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2019 . № 2. С. 74-87. DOI: 10.18384/2310-7235-2019-2-74-87

10. Семья, материнство и детство // Федеральная служба государственной статистики URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13807> (дата обращения: 25.08.2021).

11. Славутская Е.В. Иванова Г.Ф. Экспериментальный анализ личностных особенностей и адаптации подростков из замещающих семей // Казанский педагогический журнал. 2021. №2. С. 226-235.

## **ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ ДОШКОЛЬНИКА**

*Ларчева М.Г.*

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

**Кафедра общей и клинической психологии**

**Научный руководитель – доцент, зав. кафедрой возрастной и социальной  
психологии, к.психол.н. Гут Ю.Н.**

**Аннотация:** статья посвящена исследованию самооценки детей старшего дошкольного возраста и влиянию взаимоотношений в семье на ее формирование. Доказано, что отвержение, дистанцирование родителя от ребенка, а также инфантилизация способствуют формированию заниженной самооценки в дошкольном возрасте.

**Ключевые слова:** самооценка, детско-родительские отношения, завышенная самооценка, заниженная самооценка.

## **THE INFLUENCE OF CHILD-PARENT RELATIONS ON THE FORMATION OF A PRESCHOOLER'S SELF-ESTEEM**

*Larcheva M.G.*

**Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia**

**Department of General and Clinical Psychology**

**Scientific supervisor - Associate Professor, Head of the Department of Age and  
Social Psychology, Candidate of Psychology, Gut Yu.N.**

**Abstract.** The article is devoted to the study of the self-esteem of older preschool children and the influence of relationships in the family on its formation. The results of a study on this problem will be presented. It is proved that rejection, distancing of a parent from a child, as well as infantilization contribute to the formation of low self-esteem in preschool age.

**Keywords:** self-esteem, child-parent relationship, overestimated self-esteem, underestimated self-esteem.

**Введение.** Старший дошкольный возраст характеризуется тем, что на данном этапе происходит базисное становление самооценки. Не будет преувеличением сказать, что самооценка оказывает большое влияние на общее развитие личности человека. Также стоит отметить, что развитие самооценки в возрасте 5-6 лет во многом (если не в основном) зависит от отношений между родителями и детьми [3].

И в то же время ребенок стоит на пороге новой социальной роли – роли школьника, важными качествами которого являются умение анализировать, самоконтроль, оценивать себя и других, умение воспринимать оценки других людей. В связи с этим очень важно определить, какие факторы и как они влияют на процесс формирования самооценки у дошкольников [1].

В психологической литературе имеется огромное количество работ, в которых изучаются типы отношений родителей к ребенку в связи с их влиянием на развитие его личности, черт характера и поведения (Дж. Боулби, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, М. Эйнсуорт и др.), рассматриваются различные модели родительского поведения. Наблюдения и исследования, посвященные влиянию неправильных или нарушенных родительских отношений, например, материнской депривации, являются убедительными и показательными (И. Ландгмеер, З. Матейчик, Е.Т. Соколова, Дж. Боулби). В российской науке и практике изучением отношений между ребенком и родителем занимались: А. Я. Варга, В. В. Столин, А. С. Спиваковская и др. [2].

**Проблема**, которую мы исследуем заключается в изучении каково же влияние детско-родительских отношений на формирование самооценки ребенка старшего дошкольного возраста?

**Целью** данной работы является исследование влияния детско-родительских отношений на формирование самооценки ребенка старшего дошкольного возраста.

**Объектом** представлен процесс формирования самооценки ребенка старшего дошкольного возраста.

**Предметом** будут выступать особенности влияния детско-родительских отношений на формирование самооценки детей старшего дошкольного возраста.

**Гипотеза**, которую мы можем выдвинуть в рамках исследования - это благоприятное отношение родителей к детям, характеризующееся эмоциональным принятием и кооперативными формами взаимодействия способствуют формированию самооценки среднего и высокого уровней у детей старшего дошкольного возраста. Низкая самооценка формируется под влиянием негативных форм детско-родительских отношений (эмоциональное отвержение, инфантилизация ребенка, жесткий контроль и т.д.).

Для решения поставленных задач мы использовали следующие **методы** исследования:

1. Эмпирические методы исследования (тестирование, анкетирование);
2. Метод математической обработки данных.

**Методики:** для исследования уровня самооценки применялась методика «Лесенка» В.Г. Щур, для изучения вопроса об особенностях детско-родительских отношений «Тест-опросник родительского отношения» А.Я. Варги и В.В. Столина.

**База,** на которой было проведено данное исследование - МБОУ «Начальная школа – детский сад № 44» г. Белгорода. В исследовании участвовали 40 детей (2 старшие группы детей, возраста 5-6 лет) и их родители (40 мамы).

**Анализ результатов.** На основании полученных в ходе психодиагностической работы индивидуальных ответов респондентов выборки по исследованию самооценки дошкольников, были получены следующие результаты: необходимо отметить тот факт, что у 7,5% выборки был выявлен заниженный уровень самооценки, который выражается в повышенной тревожности, неуверенности в собственных силах, возможностях и значимости, выраженном снижении коммуникативной активности и инициативности в деятельности. Такие дети часто замкнуты, на вопросы отвечают неохотно, склонны ограничиваться ответом «я не знаю» и отказываться от выполнения предложенной деятельности. У 10% опрошенных был выявлен адекватный уровень самооценки, что предполагает правильное соотнесение ребенком собственных возможностей и способностей, критическое отношение к себе, реальный взгляд на собственные удачи и неудачи, постановку достижимых целей, а также адекватный уровень коммуникативной активности как со сверстниками, так и со взрослыми.

Большая часть выборки (47,5%) продемонстрировала завышенный уровень самооценки, проявляющийся в наличии у ребенка неверных представлений о себе самом, идеализированном образе собственной личности и своих возможностей, собственной ценности для окружающих. Однако необходимо особо подчеркнуть тот факт, что для детей старшего дошкольного возраста адекватный и завышенный уровни самооценки являются нормальными.

У 35% респондентов был выявлен неадекватно завышенный уровень самооценки, что говорит о преувеличенном и абсолютно идеализированном представлении таких детей о себе, игнорировании ситуаций неудач в целях сохранения привычной самооценки. Такие дети склонны воспринимать любые замечания и критику как придирки, вести себя чрезмерно активно, а также быть лидерами в любой деятельности, быть первыми. Аргументируя свою позицию, дети ссылаются на мнение взрослого: «Я самый лучший. Так мама сказала».

Таким образом, необходимо отметить преобладание в группе опрошенных лиц с завышенной и неадекватно завышенной самооценкой, тогда как лица с адекватной и заниженной самооценкой составляют меньшинство. На втором этапе нашего исследования осуществлялось изучение специфики детско-родительских отношений испытуемых, для чего была использована

методика «Опросник детско-родительских отношений» (А.Я.Варга, В.В.Столин).

Таким образом, анализируя полученные данные, необходимо отметить, что 85% опрошенных набрали высокий балл по шкале «Принятие-отвержение», что говорит о наличии у них выраженного положительного отношения к ребенку. Такие родители склонны принимать ребенка таким, какой он есть, одобрять его устремления и интересы, поддерживать планы, проводить с ребенком как можно больше времени. 15% опрошенных набрали низкий балл, что предполагает наличие по отношению к ребенку преимущественного негативных чувств или безразличия.

По шкале «Кооперация» 17,5% опрошенных набрали высокий балл, что говорит о наличии у взрослого искреннего интереса ко всему, что интересует ребенка, тогда как 82,5% испытуемых набрали низкий балл, что характеризуется наличием противоположной позиции по отношению к позиции ребенка, отсутствию интереса к его увлечениям и общению с ним. Необходимо отметить, что данные первой и второй шкал противоречат друг другу, что делает необходимым анализ результатов, полученных по другим шкалам диагностического опросника.

Так, по шкале «Симбиоз» 37,5% респондентов набрали высокий балл, что говорит об отсутствии между родителем и ребенком психологической дистанции, наличии стремления к общению и взаимодействию, удовлетворению основных потребностей ребенка. 62,5% опрошенных набрали низкий балл, что позволяет предположить у них наличие тенденции к установлению психологического барьера с ребенком, незначительном стремлении к взаимодействию.

Далее, по шкале «Контроль» 37,5% респондентов набрали высокий балл, что характеризует их как родителей слишком авторитарных по отношению к ребенку, требовательных и нуждающихся в безоговорочном послушании и дисциплине. 62,5% опрошенных набрали низкий балл, что говорит о сниженном контроле за действиями ребенка, что также не сказывается благотворно на воспитании личности.

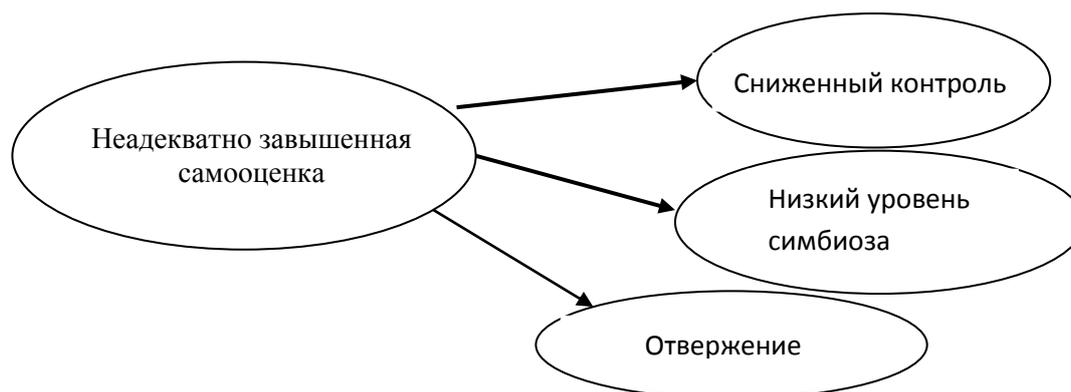
Результаты, полученные по шкале «Отношение к неудачам ребенка» позволяют судить о наличии у 2,5% опрошенных представления о собственном ребенке как о маленьком неудачнике, его инфантилизации, тогда как 97,5% опрошенных считают неудачи своих детей случайными и верят в способности и возможности ребенка.

Таким образом, анализируя противоречивые данные, полученные в результате изучения детско-родительских отношений респондентов, необходимо отметить наличие трудностей в кооперации, а также симбиотических отношений в системе родитель-ребенок, при высоком уровне принятия, сниженном уровне контроля, оптимистичном отношении к успехам и неудачам ребенка.

Далее, на третьем этапе нашего исследования на основании полученных эмпирических данных был осуществлен статистический анализ связи детско-

родительских отношений и неадекватно завышенного, а также заниженного уровня самооценки старших дошкольников как наиболее ярких проявлений при помощи коэффициента ранговой корреляции r-Спирмена. Было выявлено 6 корреляционных связей: 4 положительные и 2 отрицательные. Корреляционный анализ показал наличие прямой связи неадекватно завышенной самооценки и сниженного уровня контроля ( $r_s=0,441$ ;  $p\leq 0,05$ ), низкого уровня симбиоза ( $r_s=0,342$ ;  $p\leq 0,05$ ), а также обратной связи неадекватно завышенной самооценки и отвержения ( $r_s=-0,378$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Полученные данные представлены в рисунке (рис. 1).

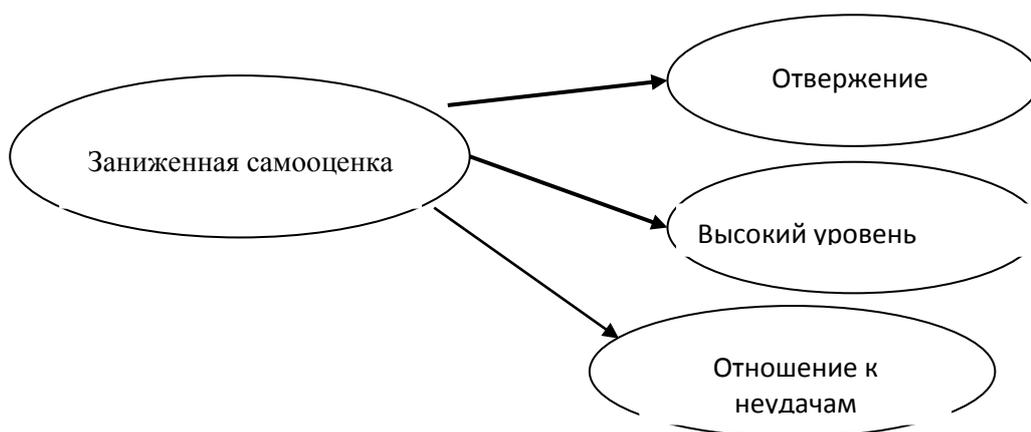


**Рис. 1. Корреляционная плеяда связей неадекватно завышенного уровня самооценки и детско-родительских отношений с детьми старшего дошкольного возраста**

Анализируя полученные результаты, мы можем предположить, что высокий уровень принятия ребенка (и низкий уровень отвержения соответственно), сниженный контроль над деятельностью ребенка, а также высокий уровень психологического принятия, граничащий со слиянием со стороны родителей, могут обуславливать появление неадекватно завышенного уровня самооценки у ребенка в младшем дошкольном возрасте.

Также были обнаружены сильные связи между заниженным уровнем самооценки и отвержением ( $r_s=0,337$ ;  $p\leq 0,05$ ), высоким уровнем симбиоза ( $r_s=0,434$ ;  $p\leq 0,05$ ), а также сильной обратной связи заниженного уровня самооценки и низкого уровня отношения к неудачам ребенка ( $r_s=-0,486$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Полученные данные представлены в рисунке (рис. 2).



**Рис. 2 Корреляционная плеяда связей заниженного уровня самооценки и детско-родительских отношений с детьми старшего дошкольного возраста**

Анализируя полученные результаты, мы можем предположить, что высокий уровень отвержения ребенка (низкий уровень принятия соответственно), высокий балл по шкале симбиоза, характеризующийся психологическим дистанцированием родителя от ребенка, а также инфантилизация ребенка способствуют формированию заниженной самооценки у ребенка старшего дошкольного возраста.

Таким образом, необходимо отметить тот факт, что поставленная в начале исследования гипотеза подтвердилась: действительно, благоприятное отношение родителей к детям, характеризующееся эмоциональным принятием и кооперативными формами взаимодействия способствуют формированию самооценки среднего и высокого уровней у детей старшего дошкольного возраста, тогда как неадекватно завышенная и низкая самооценка формируются под влиянием негативных форм детско-родительских отношений (эмоциональное отвержение, инфантилизация ребенка, жесткий контроль и т.д.).

### **Список литературы**

1. Белобрыкина О. А. Влияние социального окружения на развитие самооценки старших дошкольников возраста / О.А. Белобрыкина // Вопросы психологии – 2001. – № 4. – С. 31–38.].
2. Бранден Н. Шесть столпов самооценки / Н. Бранден // пер. с англ. Ольги Поборцевой – М.: 2018. – с. 396].
3. Гончарова, Е. В. Особенности самооценки старших дошкольников / Е. В. Гончарова, А. В. Иванова // Интеграционные процессы в системе начального и дошкольного образования: проблемы воспитания и обучения: сборник материалов международной научно-практической конференции, Хабаровск, 26 сентября 2019 года / под общей редакцией Т. Г. Луковенко. – Хабаровск: Тихоокеанский государственный университет, 2019. – С. 79-83.

# **АГРЕССИВНОСТЬ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Лозовская Е.А.*

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

**Научный руководитель – доцент, зав. кафедрой возрастной и  
социальной психологии, к.пс.н. Гут Ю.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты эмпирического исследования роли агрессивности в возникновении психосоматических расстройств. На основании теоретических данных, авторами была сформулирована гипотеза о том, что уровень вербальной агрессии, раздражительности и чувства вины, со склонностью к их подавлению, влияет на возникновение и тяжесть протекания расстройства у психосоматических больных. Данная гипотеза была подтверждена результатами исследования. Также было выявлено влияние данных факторов на отдельные психосоматические жалобы.

**Ключевые слова:** агрессивность, психосоматические расстройства, психосоматика, чувство вины, вербальная агрессия, раздражительность.

# **AGGRESSIVENESS AS A FACTOR IN THE OCCURRENCE OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

*Lozovskaya E.A.*

**Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia**

**Scientific supervisor - Associate Professor, Head of the Department of Age and  
Social Psychology, Candidate of Psychology, Gut Yu.N.**

**Abstract.** The article presents the results of an empirical study of the role of aggressiveness in the occurrence of psychosomatic disorders. Based on theoretical data, the authors formulated a hypothesis that the level of verbal aggression, irritability and guilt, with a tendency to suppress them, affects the occurrence and severity of the disorder in psychosomatic patients. This hypothesis was confirmed by the results of the study. The influence of these factors on individual psychosomatic complaints was also revealed.

**Keywords:** aggression, psychosomatic disorders, psychosomatics, guilt, verbal aggression, irritability.

**Актуальность.** Агрессия в рамках психосоматики рассматривается как одно из явлений, способных провоцировать возникновение различных соматических расстройств в определенных условиях. Большинство

исследователей приходят к выводу о том, что наиболее часто агрессия является причиной возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [2].

В то же время, по данным ВОЗ, именно сердечно-сосудистые заболевания являются самой распространенной причиной смертности в мире. В частности, на ишемическую болезнь сердца приходится 16% от общего числа смертей [1].

Таким образом, нам представляется чрезвычайно значимым исследование агрессии, как фактора возникновения психосоматических расстройств. Только всестороннее изучение данного явления позволит разрабатывать эффективные коррекционные программы и психотерапевтические стратегии для работы с психосоматическими заболеваниями, вызванными высоким уровнем агрессии.

**Цель исследования:** изучить роль агрессивности в возникновении психосоматических расстройств.

**Гипотеза:** уровень вербальной агрессии, раздражительности и чувства вины, со склонностью к их подавлению, влияет на возникновение и тяжесть протекания расстройства у психосоматических больных.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании применялись эмпирические методы: Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки, авторская анкета для выявления склонности к подавлению агрессии и Гиссенский опросник психосоматических жалоб. Выборочная совокупность была представлена испытуемыми в возрасте от 25 до 40 лет, в количестве 45 человек, из них 32 женщины и 13 мужчин.

**Результаты исследования.** На первом этапе были изучены показатели агрессивности испытуемых, а также выявлена склонность респондентов к ее подавлению. В соответствии с результатами испытуемые были поделены на группы по уровню выраженности каждого из выделенных нами в гипотезе видов агрессии.

По результатам проведения методики нами был сделан вывод о том, что у респондентов данной выборки наиболее часто встречаются средние и высокие значения по представленным шкалам. Рассмотрим полученные данные подробнее.

Более чем половина испытуемых имеет средний уровень вербальной агрессии – 53%. При этом у 27% испытуемых был отмечен высокий уровень вербальной агрессии, а у 20% низкий. Данный показатель отражает свойственность для данной группы испытуемых выражения агрессии при помощи слов, интонаций и громкости голоса. Повышенные значения характерны для людей, склонных выражать агрессию при помощи оскорблений, крика.

По шкале «Раздражительность» наибольшее количество испытуемых имеет высокие показатели, они были выявлены у 38% респондентов. У 33% психосоматических больных был выявлен средний уровень раздражительности. 29% испытуемых продемонстрировали низкие показатели по данной шкале. Шкала «Раздражительность» позволяет оценить, насколько для испытуемого характерны вспыльчивость, грубость, готовность к проявлению агрессии даже при относительно незначительном воздействии внешнего раздражителя.

Среди испытуемых у 40% был выявлен средний уровень чувства вины, тогда как у 38% мы обнаружили высокий уровень данного параметра, и только у 22% - низкий. Для людей с высоким уровнем чувства вины характерны представления о себе как о плохом человеке, аутоагрессивные тенденции, склонность к самообвинению.

Таким образом, мы можем говорить о том, что для данной выборки психосоматических больных наиболее характерны средние показатели по шкале «Вербальная агрессия» и «Чувство вины», и высокие по шкале «Раздражительность».

Помимо этого, согласно представлениям В.Д. Менделевича и С.Л. Соловьевой, необходимо изучить не только выраженность различных форм агрессии, но и склонность испытуемых к ее подавлению [3]. Для этого нами была применена авторская анкета, включающая в себя десять утверждений. Каждое из утверждений предполагает, что человек, описываемый в них, склонен подавлять агрессивные тенденции, переживать негативные эмоции внутри себя и не демонстрировать их окружающим, в частности из-за страха перед общественным порицанием.

По результатам проведения анкетирования было выявлено, что 73% испытуемых склонны к подавлению агрессии: ими были отмечены пять и более утверждений в анкете, как описывающие их наиболее точно. Оставшиеся 27% испытуемых отметили от одного до четырех утверждений, что также характеризует их как в той или иной степени склонных подавлять агрессивные тенденции в своем поведении.

На втором этапе нами были исследованы психосоматические жалобы больных при помощи Гиссенского опросника психосоматических жалоб. Используя выделенные на первом этапе исследования группы с различными уровнями выраженности представленных видов агрессии, нами были проанализированы средние значения испытуемых в каждой из этих групп по основной шкале опросника – «Давление жалоб».

У испытуемых с высоким уровнем вербальной агрессии выявлены повышенные значения шкалы «Давление жалоб» - 89,9 балла, в то время как испытуемые со средним и низким уровнем вербальной агрессии демонстрируют средние значения по данной шкале 57,9 и 44,2 соответственно. Эти результаты позволяют нам утверждать, что для данных испытуемых с высоким уровнем вербальной агрессии наиболее характерна высокая общая интенсивность жалоб, «ипохондричность» в психосоматическом понимании этого слова.

У группы испытуемых с высоким уровнем раздражительности также выявлены повышенные значения шкалы «Давление жалоб» - 82,7 балла. Для испытуемых со средним уровнем раздражительности среднее значение по данной шкале составляет 64,6, а для испытуемых с низким уровнем – 38,6.

Испытуемые с высоким показателем чувства вины продемонстрировали среднее значение по шкале «Давление жалоб» в 82,5 балла. У испытуемых со средней выраженностью чувства вины среднее значение по данной шкале

составило 53,7 балла, примерное такое же среднее значение было выявлено у респондентов с низким уровнем чувства вины – 49,7. Исходя из данных результатов, мы можем констатировать, что для испытуемых с высоким уровнем чувства вины также характерны высокие показатели по данной шкале.

На третьем этапе нами был проведен статистический анализ полученных данных, с целью выявить влияние агрессивности на возникновение психосоматических расстройств. Для этого был использован многофакторный дисперсионный анализ.

Нами было выявлено, что существуют достоверно значимые зависимости между показателями соматического состояния испытуемых и показателями агрессии по выделенным нами шкалам, которые графически представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Влияние показателей вербальной агрессии, раздражительности и чувства вины на соматическое состояние**

Зависимые переменные	F	Ур. знач. P
Вербальная агрессия		
Истощение	11,767	,000**
Желудочные жалобы	20,457	,000**
Ревматический фактор	13,610	,000**
Сердечные жалобы	6,661	,005**
Давление жалоб	23,223	,000**
Раздражение		
Истощение	17,814	,000**
Желудочные жалобы	9,835	,001**
Ревматический фактор	6,185	,006**
Сердечные жалобы	4,049	,029*
Давление жалоб	15,572	,000**
Чувство вины		
Желудочные жалобы	5,930	,042*
Давление жалоб	3,597	,008**
Вербальная агрессия и чувство вины		
Желудочные жалобы	2,631	,009**

Сердечные жалобы	3,402	,033*
Давление жалоб	2,855	,054*

Примечание:  $p \leq 0,05^*$ ,  $p \leq 0,01^{**}$

По результатам дисперсионного анализа мы можем увидеть, что показатель «Вербальной агрессии» оказывает статистически значимое влияние на каждый из показателей соматического состояния испытуемых – «Истощение» ( $F=11,667$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Желудочные жалобы» ( $F=20,457$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Ревматический фактор» ( $F=13,610$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Сердечные жалобы» ( $F=6,661$ ,  $p \leq 0,01$ ) и «Давление жалоб» ( $F=23,223$ ,  $p \leq 0,01$ ). Поскольку, по результатам диагностики при помощи авторской анкеты, нами было выявлено, что большинство испытуемых склонны подавлять агрессию, мы можем предположить, что данный результат обусловлен подавлением испытуемыми вербальной агрессии. Согласно представлениям В.Д. Менделевича и С.Л. Соловьевой, подавление агрессивных тенденций негативно влияет на работу сердечно-сосудистой системы, а также на общее состояние организма, путем снижения его иммунной защиты [3]. Что, в свою очередь, может отражаться в изменении показателей по представленным шкалам.

Тот же результат мы можем наблюдать при анализе влияния «Раздражения» на показатели «Истощения» ( $F=17,814$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Желудочных жалоб» ( $F=9,835$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Ревматического фактора» ( $F=6,185$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Сердечных жалоб» ( $F=4,049$ ,  $p \leq 0,05$ ) и «Давления жалоб» ( $F=15,572$ ,  $p \leq 0,01$ ). Полученный нами результат может объясняться тем, что шкала раздражения в данном случае рассматривается как показатель общей готовности к агрессии и склонности агрессивно реагировать раздражители. Таким образом, подавляемое раздражение может оказывать негативное влияние на соматическое состояние испытуемых, способствовать обострению имеющихся у них заболеваний.

«Чувство вины», как еще один из факторов, оказывает влияние на статистически значимом уровне на показатель «Желудочных жалоб» ( $F=5,930$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также на показатель «Давления жалоб» ( $F=3,597$ ,  $p \leq 0,01$ ). Данный результат может быть объяснен с точки зрения теории стресса. Чувство вины является стрессом для организма, оно может оказывать существенное влияние на работу желудочно-кишечного тракта. Тем же механизмом может быть объяснено влияние чувства вины на общее соматическое состояние испытуемых, которое характеризует шкала «Давление жалоб».

Фактор «Вербальной агрессии» в совокупности с «Чувством вины» также обнаруживает статистически значимое влияние на показатели «Желудочных жалоб» ( $F=2,631$ ,  $p \leq 0,01$ ), «Сердечных жалоб» ( $F=3,402$ ,  $p \leq 0,05$ ) и «Давления жалоб» ( $F=2,855$ ,  $p \leq 0,05$ ). Мы можем предположить, что данный результат обусловлен тем, что испытуемые, проявляющие вербальную агрессию и испытывающие чувство вины в связи с этим, наиболее подвержены как стрессу, так и негативному воздействию подавляемой агрессии.

**Выводы.** Таким образом, гипотеза исследования подтвердилась. Уровень вербальной агрессии, раздражительности и чувства вины, со склонностью к их подавлению, действительно влияет на возникновение и тяжесть протекания расстройства у психосоматических больных. А именно, факторы «Вербальная агрессия» и «Раздражение» оказывают статистически значимое влияние на показатели «Истощения», «Желудочных жалоб», «Ревматического фактора», «Сердечных жалоб» и «Давления жалоб». Было также выявлено, что фактор «Чувство вины» оказывает статистически значимое влияние на показатели «Желудочных жалоб» и «Давления жалоб». А совокупность факторов «Вербальная агрессия» и «Чувство вины» оказывает статистически значимое влияние на показатели «Желудочных жалоб», «Сердечных жалоб» и «Давление жалоб».

### **Список литературы**

1. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs. – Geneva : World Health Organization, 2019.
2. Бисалиев, Р.В. Агрессивное поведение в структуре соматических расстройств / Р. В. Бисалиев, А. С. Кубекова, А. В. Хаджимурадов // Научное обозрение. Психологические науки. – 2013. – №5. – С. 619-627
3. Менделевич, В.Д Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002. – 455-458 с.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «ФЕНИКС» НА САМООЦЕНКУ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРТЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ**

*Муржак А.В.*

**Курский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры общей и клинической  
психологии, к.психол.н. Селин А.В.**

**Аннотация:** на данный момент большое количество детей с задержкой психического развития находятся в детских домах и домах ребенка. Эти дети находятся в условиях общей депривации, что может способствовать формированию низкой самооценки.

**Ключевые слова:** самооценка, задержка психического развития, дети сироты, терапевтическая рекреация.

## **STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF THE «PHOENIX» REHABILITATION PROGRAM ON THE SELF-ASSESSMENT OF**

## CHILDREN WITH DELAYED MENTAL DEVELOPMENT LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

*Murzhak A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Candidate of Psychology Selin A.V.**

**Abstract:** at the moment, a large number of children with mental retardation are in orphanages and orphanages. These children are in general deprivation, which can contribute to the formation of low self-esteem.

**Key words:** self-esteem, mental retardation, orphans, therapeutic recreation

Детство - период, когда формируются фундаментальные качества личности, которые обеспечивают психологическую устойчивость, позитивные нравственные ориентации на людей и на окружающий мир, жизнеспособность и целеустремленность. Как считает В.А. Аверин, все эти духовные качества личности не могут развиваться спонтанно. Они, в свое время, формируются в условиях выраженной родительской любви, когда семья создает у ребенка потребность быть признанным, способность сопереживать и радоваться другим людям, развивают эмпатию, учат нести ответственность за себя и других, повышают стремление научиться многому [1]. Но в стране ежегодно выявляется около 100 тыс. детей, нуждающихся в опеке взрослых, которые могли бы заменить их семью. Дети сироты или дети, оставшиеся без родительского попечительства, попадают в дома ребенка (с рождения до трех лет), а позднее - в детские дома или школы-интернаты.

Дети, попадающие в дома ребенка, в детские дома и школы-интернаты, как показывает статистика, имеют непростые показатели в своем анамнезе. У них могут быть отклонения как в физическом, так и в психическом развитии. Часто бывают случаи, когда у таких детей выявляется задержка умственного развития, искажение развития личности (от эмоциональной сферы до жизненной перспективы), нарушение половой идентификации и др. У детей сирот отстают в развитии или практически не сформированы некоторые психические и личностные качества, в том числе и самооценка [2].

**Актуальность** нашего исследования состоит в том, что целенаправленно формируемая в соответствии с задачами воспитания самооценка - второй этап по развитию полноценной личности - усвоению ребенком норм человеческих взаимоотношений. Действуя в условной ситуации, ребенок постигает в особых игровых условиях специфику действий и отношений взрослых, беря на себя роли других людей, осваивая и отражая социальные функции людей, их отношения, нормы поведения.

**Целью** исследования является выявление влияния реабилитационной программы «Феникс» на самооценку детей оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития.

**Гипотеза исследования** - мы предполагаем, что у детей, оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития уровень самооценки трансформируется после прохождения реабилитационной программы «Феникс».

Для проверки гипотезы нами была сформирована группа из 32 детей, оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития. Возрастной диапазон 10-17 лет.

На основании проведенного нами исследования, в рамках работы реабилитационной программы, основанной на терапевтической рекреации, можно сделать вывод о том, что самооценка детей, оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития до реабилитационной программы «Феникс» и после реабилитационной программы трансформируется.

На основе теоретико-методологического анализа было выявлено, что на самооценку детей, оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития влияют такие факторы как:

✓ Отсутствие выработанного активного навыка продуктивного общения. Нуждаясь в любви и внимании такие, дети не умеют вести себя таким образом, чтобы с ними общались в соответствии с этой потребностью. Так как они не имеют опыта такого отношения с родительской стороны.

✓ Отсутствие чувства уверенности в себе, что в будущем может сформироваться как устойчивая характеристика личности ребенка.

✓ Возраст, в котором ребенок остался без попечительства родителей. Так как на различных этапах возрастной периодизации ребенок получает соответствующий возрасту опыт взаимодействия с родителями и окружающими.

✓ Переживание психотравмирующих ситуаций, оказывающих существенное влияние на ребенка. Такие ситуации могут значительно изменить личностный склад ребенка.

✓ Первичная или вторичная задержка психического развития. Такие дети нуждаются в особых условиях взаимодействия и поддержки.

✓ Чувство неполноценности на фоне своих сверстников в соответствии с их заболеванием. Дети с задержкой психического развития часто начинают сравнивать себя с детьми, у которых нет такого заболевания.

✓ Неполноценность мышления, прежде всего словесно-логической его стороны.

По методике Дембо-Рубенштейн можно сделать следующие выводы. Преобладают дети с адекватной и завышенной самооценкой. Завышенная самооценка может подтверждать личностную незрелость, неумение правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими; такая самооценка может показывать на существенные искажения в формировании

личности, что является подтверждением того, что у детей есть нарушение психического развития, в нашем случае задержка психического развития.

По проективной методике «Добро и Зло» мы можем сделать вывод о том, что после реабилитационной программы «Феникс» самооценка детей, оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития трансформировалась в положительную сторону, так же было замечено, что дети стали больше ориентироваться на свое будущее, продумывать чего бы они хотели и как этого достичь. Так же было замечено четкое разграничение добра и зла, понимание дихотомии этих понятий.

В рамках проведенного исследования в качестве реабилитационной программы «Феникс» для детей оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития стоит сделать вывод о том, что гипотеза, которая была нами выведена подтвердилась – у детей оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития самооценка трансформировалась после прохождения реабилитационной программы «Феникс». Значит реабилитационная программа «Феникс» имеет влияние и воздействие на детей оставшихся без попечительства родителей с задержкой психического развития.

### **Список литературы**

1. Лангмейер Й., Матейчек З. «Психологическая депривация в детском возрасте». – Прага.: 1984.
2. Дементьева И.Ф. Социальная адаптация детей-сирот. Современные проблемы и перспективы в условиях рынка. // Социальные проблемы сиротства. – М.: 1992.

## **МЕСТО ХОНДРОПРОТКРТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИЙ**

*Мамошина Д.О, Мамошина Л.О, Шутеева Е.Ю.*

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

**Научный руководитель – доцент, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, к.м.н. Шутеева Т.В.**

**Аннотация.** В статье представлены данные возможности использования алфлутопа в качестве метаболического, анальгизирующего лекарственного средства у пациентов с дорсалгией на фоне основной терапии. Исследование проводилось на базе неврологического отделения БМУ КОКБ. До начала исследования, спустя двадцать дней после старта терапии и спустя два месяца после завершения назначенного лечения для контроля эффективности препарата и общего самочувствия участников проводилась оценка результатов терапии с использованием шкалы ВАШ и опросника Осверти. Полученные данные проходили статистическую обработку в программе Statistica 6.0 с применением критерия Манна-Уитни для двух несвязанных выборок. в течение

двадцати дней лечение алфлутопом (по два миллилитра внутримышечно через день) способствовало подтвержденному снижению интенсивности дорсалгий в исследуемой группе пациентов.

**Ключевые слова:** дорсалгия, алфлутоп, снижение риска хронизации болевого синдрома.

## **PLACE OF CHONDROPROTEKTORS IN THE TREATMENT OF DORSALGIA**

*Mashoshina D.O., Mashoshina L.O., Shuteeva E.Yu.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific advisor - Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, Candidate of Medical Sciences Shuteeva T.V.**

**Abstract.** The article presents data on the possibility of using Alflutop as a metabolic, analgesic drug in patients with dorsalgia against the background of basic therapy. The study was conducted on the basis of the neurological department of BMU KOKB. Before the start of the study, twenty days after the start of therapy and two months after the end of the prescribed treatment, the results of therapy were evaluated using the VAS scale and the Oswerty questionnaire to monitor the effectiveness of the drug and the general well-being of the participants. The obtained data were statistically processed using Statistica 6.0 program using Mann-Whitney criterion for two unrelated samples. within twenty days treatment with Alflutop (two milliliters intramuscularly every other day) contributed to the confirmed reduction of dorsalgia intensity in the study group of patients.

**Keywords:** dorsalgia, alflutop, reduction of the risk of chronic pain syndrome.

**Актуальность.** В последнее время в практической медицине дорсалгия стала одной из самых актуальных жалоб пациентов, обращающихся за медицинской помощью. По данным статистики у 49–90% населения за всю жизнь встречался хотя бы один инцидент дорсалгии [1]. Многие пациенты говорят о том, что боль нивелируется в сроки до 2 недель. Однако часть пациентов (20–44%) все же наблюдали повторные случаи болей в спине в течение года, а 3/4 говорили о более продолжительных сроках. В меньшем же числе случаев (2–7%) в дальнейшем боль хронизировалась. Несомненно, дорсалгия приобрела медико-социальную значимость, оказывая экономический ущерб обществу, в первую очередь связанный с временной утратой трудоспособности, а в 10 % случаев служащий причиной инвалидности [1,2]. Наиболее часто поясничные дорсопатии встречаются при неспецифических заболеваниях, однако важность верной диагностики причины дорсопатии и применение своевременной комплексной терапии болевого синдрома

несомненна, ведь задержка лечения усугубляет прогноз, способствует хронизации боли, а в конечном итоге снижает качество жизни пациента [3].

В большинстве случаев развитие вертеброгенных дорсопатий связано с остеохондрозом позвоночника [3,4]. Из разнообразия факторов, которые способствуют дебюту дорсопатий, необходимо упомянуть дефект работы трофических систем и продолжительную нагрузку на позвоночно-двигательные сегменты (ПДС) [3,4]. Под действием экзогенных (повышенная нагрузка в бытовой среде, профессиональной деятельности) и эндогенных (особенность конституции связочно-мышечного аппарата) факторов возникают перегрузки ПДС. В свою очередь все эти причины содействуют дезорганизации хрящевой ткани, затрагивая межпозвонковые диски и суставы.

Для реализации терапии и реабилитации больных с дорсопатиями основными стезями являются: нивелирование патологических симптомов (снижение интенсивности дорсалгий, повышение подвижности позвоночника) и расширение объема способности к самоуходу и повышение качества жизни больных в целом. В качестве медикаментозной терапии применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, витамины группы В, препараты, которые улучшают проводимость по нервному волокну, вазоактивные лекарственные средства[5]. Так же активно назначают занятия с врачом лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапию, рефлексотерапию, мануальную терапию, психологическую коррекцию, обучают больных правильному двигательному режиму [3,4].

В терапии острой и хронической дорсалгиях первую ступень лечения занимают НПВП, которые представляют особенную эффективность в дебюте болевого синдрома [2]. При активации центральных патофизиологические болевых механизмов, когда боль начинает приобретать хроническое течение, монотерапия НПВП имеет уже меньшую эффективность, в сравнении с дебютом заболевания [3]. В таких случаях лучше всего организовывать комплексное лечение, которое будет включать НПВП, миорелаксанты, хондропротекторы, антидепрессанты, ЛФК, мануальную терапию и психологическую коррекцию [4].

Стоит обратить внимание на структурно-модифицирующие (хондропротективные, хондромодулирующие) препараты, которые корректируют нарушение метаболизма гиалинового хряща, вызывают замедление дегенеративных процессов в позвоночнике и соответственно способствуют снижению риска формирования хронической боли. Наиболее исследованными препаратами из этой группы являются хондроитин и глюкозамин. Механизм действия хондроитина сульфата заключается в повышении прочности соединительной ткани [4].

Хондроитин сульфат обладает хондропротективным, противовоспалительными и обезболивающими свойствами. Хондропротектором, компонентом которого выступает хондроитин сульфат, является Алфлутоп, показанный при остеоартрозе, остеохондрозе и спондилезе [4].

**Цель.** Выявить преимущества применения алфлутопа в качестве метаболического и обезболивающего лекарственного препарата у пациентов с дорсалгией в составе комплексной терапии (НПВП и миорелаксанты); провести оценку его переносимости у пациентов.

**Материалы и методы.** После получения добровольного информированного согласия участники были разведены на группы: основная и контрольная. В исследовании участвовали пациенты, которых на протяжении трех и более месяцев беспокоила поясничная дорсалгия, не носившая специфический характер (онкологические, инфекционные, системные болезни). Это условие было подтверждено результатами проведенной рентгенографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии. В состав основной группы вошли 18 лиц женского и 12 лиц мужского пола в возрасте  $39,4 \pm 9,8$  года. У 26% пациентов имел место синдром фасеточных суставов, у 15 % определялись протрузии межпозвонкового диска без компрессии корешка, 12% участников страдали радикулопатией, вызванной грыжей диска.

7 лиц мужского и 13 лиц женского пола сформировали контрольную группу, в которой средний возраст варьировался в диапазоне  $41,7 \pm 9,3$  года.

Основным условием являлось несущественная разница в возрасте пациентов, длительности заболевания и интенсивности клинических проявлений. В состав стандартной терапии входили НПВП в определенной дозировке в совокупности с миорелаксантами. Участники основной группы дополнительно получали алфлутоп внутримышечно по два миллилитра по схеме один день через один, длительность терапии составила двадцать дней.

До начала исследования, спустя двадцать дней после старта терапии и спустя два месяца после завершения назначенного лечения для контроля эффективности препарата и общего самочувствия участников проводилась оценка результатов терапии с использованием шкалы ВАШ и опросника Осверти. Полученные данные проходили статистическую обработку в программе Statistica 6.0 с применением критерия Манна-Уитни для двух несвязанных выборок.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Во время проводимой терапии пациенты обеих групп говорили о субъективном ощущении снижения боли, однако в основной группе (с Афлутопом) эта тенденция была выше (таблица 1). Терапевтический эффект Афлутопа формировался уже через двадцать дней от старта лечения и имел положительный рост в течение двух месяцев после завершения лечебного курса.

**Таблица 1. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ**

	до проведения терапии	через двадцать дней от старта лечения	два месяца после завершения терапии
группа алфлутопа	$5,72 \pm 1,2$	$3,64 \pm 1,1^*$	$3,3 \pm 1,1^*$
контрольная группа	$5,54 \pm 1,3$	$4,91 \pm 1,1$	$5,4 \pm 1,2$

\*P<0,05

По результатам обработанных данных из опросника Освестри большинство пациентов до старта лечения упоминали расстройства деятельности в повседневной жизни, включающие проблемы по уходу за собой, трудности в реализации привычных ранее движений, ухудшения продолжительности сна из-за мучительного болевого синдрома, нарушение половой жизни.

Прием алфлутопа, кроме уменьшения интенсивности болевого синдрома, привел к улучшению важных жизненных составляющих, отразился на улучшении качества сна, расширению объема активных движений. Стоит отметить, что положительная динамика нарастала в продолжении двух месяцев после завершения терапии (таблица 2).

**Таблица 2. Вариабельность полученных данных по опроснику Освестри в комплексной терапии с добавлением алфлутопа**

	до проведения терапии	Через двадцать дней от старта лечения	два месяца после завершения терапии
группа алфлутопа	22,72 ±1,4	19,24 ±1,2*	17,4 ±1,3*
Контрольная группа	22,81 ±1,3	21,93 ±1,1	22,13 ±1,2

\*P<0,05

Результаты полученных данных по шкале Освестри говорят об эффективности применения алфлутопа, что выражалось в повышении качества повседневной жизни и расширении двигательных возможностей пациентов основной группы. Достижение достаточного анальгезирующего эффекта за небольшой промежуток времени по данным шкалы ВАШ свидетельствует о наличии противовоспалительных свойств составляющих алфлутопа [5,7].

Полученные результаты имеют большой приоритет для скоротечного восстановления пациентов к способности активного двигательного образа жизни и торможению хронизации боли [5,7].

**Выводы и заключение.** Таким образом, в течение двадцати дней лечение алфлутопом (по два миллилитра внутримышечно через день) способствовало подтвержденному снижению интенсивности дорсалгий в исследуемой группе пациентов. В свою очередь, нарастание анальгезирующего действия продолжалось на протяжении двух месяцев после завершения терапии. Полученные данные говорят в пользу того, что комплексная терапия с применением алфлутопа, может быть рекомендована в качестве снижения риска хронизации дорсалгий. Рекомендованная дозировка – 2 миллилитра через день в течение двадцати дней.

## Список литературы

1. Барулин, А.Е. Хондропротекторы в комплексной терапии болей в спине / А.Е. Барулин, О.В. Курушина // РМЖ. – 2013. – № 30. – С.1543-1545.
2. Гарилович, Б.А. Ударно-волновая терапия: состояние проблемы и возможности применения в клинической практике / Б.А. Гарилович, А.А. Семенов, К.Г. Гуревич [и др.]// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. – №3. – С.11-18.
3. Шутеева Т.В. Хондропротективная терапия хронической боли в спине / Т.В.Шутеева, О.И.Романова // Региональный вестник.- 2020.- № 17 (56)- С. 7-9.
4. Шутеева Т.В. Эффективность препарата драстоп в лечении хронической боли в спине / Т.В.Шутеева // Эффективная фармакотерапия.- 2019.- №39(15). – С.16-20.
5. Шутеева Т.В. Коррекция болевого синдрома при диабетической нейропатии: современный взгляд на проблему/ Т.В.Шутеева// Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №3. – С.1.

## СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

*Мачулина А.В., Шутеева Е.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры неврологии и  
нейрохирургии, к.м.н. Шутеева Т.В.**

**Аннотация.** Одной из самых тяжелых осложнений сахарного диабета (СД) является диабетическая нейропатия (ДН). Диабетическая нейропатия встречается примерно у 30%-90% пациентов. ДН проявляется не только двигательными, чувствительными расстройствами, разнообразными болевыми проявлениями, но также тревожно-депрессивной симптоматикой, которая в свою очередь утяжеляет течение заболевания и способствует снижению качества жизни. Целью исследования явилось изучение возможности использования сертралина в комплексной терапии диабетической полинейропатии. На обследование было взято 60 пациентов, страдающих диабетической нейропатией, из которых 40( основная группа) получали сертралин в дозе 100 мг. в сутки однократно в течение 2 месяцев, а в контрольную группу вошли 20 пациентов. Пациенты основной и контрольной групп находились на комплексной терапии, в лечение которой входили сахароснижающие средства, альфа-липоевая кислота и сосудистые препараты. Было выявлено уменьшение нейропатической боли, тревоги, улучшение настроения у пациентов, получавших дополнительно сертралин.

**Ключевые слова:** диабетическая нейропатия, нейропатическая боль, депрессия, сертралин.

## **METHODS FOR CORRECTING PAIN MANIFESTATIONS OF DIABETIC POLYNEUROPATHY.**

*Machulina A. V., Shuteeva E. Yu.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia.**

**Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, Candidate of Medical Sciences Shuteeva T.V.**

**Abstract.** One of the most severe complications of diabetes mellitus (DM) is diabetic neuropathy (DN). Diabetic neuropathy (DN) occurs in about 30% to 90% of patients. DN manifests itself not only in motor and sensory disorders, various pain manifestations, but also in anxiety-depressive symptoms, which in turn aggravates the course of the disease and contributes to a decrease in the quality of life. The aim of the study was to study the possibility of using sertraline in the complex therapy of diabetic polyneuropathy. The examination included 60 patients with diabetic neuropathy, of whom 40 (the main group) received sertraline at a dose of 100 mg. per day once for 2 months, and the control group included 20 patients. Patients of the main and control groups were on complex therapy, the treatment of which included hypoglycemic agents, alpha-lipoic acid and vascular drugs. There was a decrease in neuropathic pain, anxiety, and mood improvement in patients who received additional sertraline.

**Keywords:** diabetic neuropathy, neuropathic pain, depression, sertraline.

**Введение.** Каждый год растет число пациентов, страдающих сахарным диабетом. СД увеличивает риск кардиоваскулярных осложнений [1]. Наиболее тяжелым проявлением сахарного диабета является диабетическая нейропатия, которая встречается у 30% - 90% пациентов (по разным источникам). ДН возрастает пропорционально стажу и тяжести течения сахарного диабета, но также ДН приводит к быстрой инвалидизации пациентов [2,3]. Состояние нервной ткани очень зависит от уровней показателей гликемического профиля. Повышение уровня глюкозы способствует развитию различных функциональных нарушений нервной системы при СД [1,2].

Исходя из теории сосудистых поражений, было доказано, что в основе развития нейропатии при СД лежат эндотелиальная дисфункция и микрососудистые нарушения. [4]. Боли, появляющиеся при диабетической полинейропатии, проявляются достаточной интенсивностью, могут усиливаться в ночное время и сопровождаются тревожно-депрессивной симптоматикой, вызывая дезадаптацию в социальной жизни пациента [3].

Для этиопатогенетического лечения применяют альфа-липоевую кислоту. Основными препаратами для купирования болевого синдрома при ДН относят антиконвульсанты, антидепрессанты [4]. Хронический болевой синдром и депрессивные проявления нередко сочетаются друг с другом. Длительный болевой синдром проявляется отрицательным эмоциональным фоном и общей пассивностью поведения. С другой стороны, хроническая боль является одним из проявлений депрессии [5]. Антидепрессанты обусловлены усилением активности норадренергических и серотонинергических систем, оказывающих тормозное влияние на проведение болевых импульсов по ноцицептивным путям в ЦНС [6]. В настоящее время мы имеем богатый арсенал противотревожных лекарственных средств, которые влияют на психические и на соматические проявления тревоги. Наряду со специфическими анксиолитиками (бензодиазепинами) широко используются лекарственные препараты из других фармакологических групп, которые в свою очередь обладают противотревожными эффектами и минимумом побочных проявлений, что можно объяснить практическим отсутствием активных метаболитов. К данным препаратам относят группу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Сертралин- антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), он блокирует обратный захват серотонина (5-НТ) в нейронах центральной нервной системы. Повышается концентрация серотонина в синапсах, чем определяется антидепрессивный и антитревожный эффекты данного препарата. Избирательность сертралина в плане серотонина и низкая аффинность к адренергическим, ГАМК, дофаминовым, гистаминовым, серотониновым и бензодиазепиновым рецепторам способствует уменьшению частоты седации и сердечно-сосудистых явлений. [6].

**Цель.** Определить применение сертралина с диабетической полинейропатией для коррекции проявлений болевого синдрома и депрессивных расстройств в комплексном лечении пациентов.

**Материалы и методы.** Было проведено исследование в 2-х группах пациентов с ДН. В основную группу входило 40 человек (26 женщин и 24 мужчин), контрольная – 20 (8 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 40 до 70 лет. Пациенты основной и контрольной групп соответствовали по особенностям жалоб (интенсивные колющие, простреливающие боли в стопах, жжение, парестезии, судороги в голенях, усиливающиеся ночью), стажу заболевания, особенностям лечения диабета, также по сопутствующим заболеваниям. В обеих группах ежедневно измерялся натощак уровень глюкозы. Основная группа пациентов (40 человек) получала сертралин в дозе 100 мг в день в течение двух месяцев на фоне традиционного лечения, включающего альфа-липоевую кислоту, вазоактивные и сахароснижающие средства. Контрольная группа находилась на традиционной терапии указанными группами препаратов. Состояние пациентов обеих групп оценивалось до начала исследования и через 2 месяца после лечения.

Диагностические методы включали соматический осмотр, оценку неврологического статуса. Выраженность нейропатической боли исследовалась с помощью опросника нейропатической боли DN4. Качество жизни оценивалось по опроснику EQ- 5D.

Статистическая обработка проводилась с помощью комплекса статистических программ Statistica 6.0 с использованием критерия Манна-Уитни для 2-х не связанных выборок.

### Результаты.

Все пациенты, получающие терапию, указывали на уменьшение болевых ощущений, улучшение субъективного состояния. В показателях соматического и неврологического осмотров значимых изменений не определялось. Пациенты обеих групп соответствовали по степени выраженности болевого синдрома. На фоне лечения была выявлена положительная динамика по показателю интенсивности боли, но в группе пациентов, получавших сертралин, выраженность этих сдвигов была значительнее (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
	8,8±1,3	6,4±1,2*	7,5±1,3	6,5±1,1*

\*P<0,05

С помощью опросника EQ-5D было оценено качество жизни пациентов. Исследование показало, что в меньшей степени была нарушена способность к уходу за собой, в большей степени - беспокоили дискомфорт, боль, и практически у всех пациентов обеих групп выявлялись тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности. На фоне включения в комплексное лечение сертралина в основной группе произошло улучшение по показателям (боль, дискомфорт) и (тревога и депрессия) в большей степени, чем в контрольной группе.

**Таблица 2. Качество жизни по опроснику EQ-5D.**

Показатели опросника	основная до лечения	группа после лечения	контроль до лечения	группа после лечения
<b>Подвижность</b>				
Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе	8	14	4	7
Я испытываю небольшие трудности при ходьбе	13	12	10	11
Я испытываю умеренные трудности при ходьбе	9	7	6	5
Я испытываю большие трудности при ходьбе	4	0	2	0
Я не в состоянии ходить				

	0	0	0	0
<b>Уход за собой</b>				
Я не испытываю никаких трудностей с мытьем или одеванием	20	25	14	18
Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием	9	7	5	3
Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием	4	0	4	2
Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием	0	0	0	0
Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться	0	0	0	0
<b>Привычная повседневная деятельность</b>				
Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда	6	8	4	5
Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна	10	15	8	9
Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна	13	10	8	8
Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна	4	0	3	2
Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью	2	0	2	0
<b>Боль/дискомфорт</b>				
Я не испытываю боли или дискомфорта	0	0	0	0
Я испытываю небольшую боль или дискомфорт	7	17	5	8
Я испытываю умеренную боль или дискомфорт	17	13	10	10
Я испытываю сильную боль или дискомфорт	8	5	6	3
Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт	2	0	3	3
<b>Тревога/депрессия</b>				
Я не испытываю тревоги или депрессии	5	12	5	6
Я испытываю небольшую тревогу или депрессию	12	17	8	8
Я испытываю умеренную тревогу или депрессию	11	4	7	8
Я испытываю сильную тревогу или депрессию	6	0	4	2
Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию	0	0	0	0

**Заключение и выводы.** Можно подвести итог, что использование в комплексной терапии ДН сертралина показало положительную динамику обнаруженной нейропатической боли. Исходя из этого, на фоне лечения

указанным препаратом улучшились качество жизни пациентов и их эмоциональный статус, что показывает целесообразность включения препаратов сертралинового ряда в состав комплексной терапии диабетической нейропатии.

#### **Список литературы:**

1. 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". – 2018. – № 3. – С.5-10
2. Шутеева Т.В. Современные подходы в лечении болевого синдрома при диабетической полинейропатии // Трудный пациент.- 2018.- № 6.- С. 58-60
3. Гриднев М.А., Логачева Е.А., Шутеева Т.В. Проблемы коррекции тревожно-депрессивных и болевых проявлений диабетической полинейропатии. // Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета. – Курск, 2018- С. 33-37.
4. Шутеева Т.В. Коррекция болевого синдрома при диабетической нейропатии: современный взгляд на проблему // Современные проблемы науки и образования - 2018.- №3.- С. 1
5. Филатова Е.Г. Сертралин в неврологической практике // Медицинский алфавит. – 2017. – № 2. Т. № 1 Неврология и психиатрия. –С. 3-.
6. Шутеева Т.В. Сертралин в комплексной терапии диабетической полинейропатии // Региональный вестник. – 2020. – Т. 41. -№ 2. – С. 26-28.

## **РАЗВИТИЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ОНТОГЕНЕЗЕ**

*Медведева В.Д.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научные руководители - доцент, профессор кафедры психологии здоровья  
и нейропсихологии, д. психол.н., Молчанова Л.Н., ассистент кафедры  
психологии здоровья и нейропсихологии Хахутадзе Н.М.**

**Аннотация.** Гендерная идентичность представляет собой отдельный вид социальной идентичности, который является одним из самых стабильных, устойчивых идентификаций, существует в самосознании человека и формируется им на протяжении всей жизни в результате взаимодействия с социумом и на основе сравнения себя с другими. Процесс гендерной социализации начинается с момента рождения, когда констатируется факт акушерского, гражданского пола. По мере взросления в процессе воспитания ребенок усваивает разнообразные эталоны

общества о своей гендерной группе и формирует в соответствии с ними определенные образы и поведение.

**Ключевые слова:** гендерная идентичность, пол, маскулинность, фемининность, мужская идентичность, женская идентичность.

## **DEVELOPMENT OF GENDER IDENTITY IN ONTOGENESIS**

*Medvedeva V.D.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific supervisors: Associate Professor, Professor of the Department of Health Psychology and Neuropsychology, Doctor Molchanova L.N., assistant Khakhutadze N.M.**

**Abstract.** Gender identity is a separate type of social identity, which is one of the most stable, stable identifications, exists in a person's self-consciousness and is formed by him throughout his life as a result of interaction with society and on the basis of comparing himself with others. The process of gender socialization begins from the moment of birth, when the fact of the obstetric, civil sex is stated. As he grows up in the process of education, the child learns various standards of society about his gender group and forms certain images and behavior in accordance with them.

**Key words:** gender identity, gender, masculinity, femininity, male identity, female identity.

Гендерная идентичность – базовая структура социальной идентичности, которая характеризует человека с точки зрения его принадлежности к мужской или женской группе, при этом наиболее значимо, как человек сам себя определяет (Кон, 1999). Она представляет собой систему, интегрирующую несколько компонентов в единое целое.

Формирование мужской и женской гендерной идентичности различается на разных этапах развития и определяется: возрастными особенностями, гендерной социализацией, личностным жизненным опытом, социальным ситуацией развития и описывается соответствующими возрастными моделями гендерной идентичности, различными по структуре и содержанию. При похожем строении в каждом типе есть свои особенности внутренней наполненности компонентов, которые способствуют формированию жесткой, упругой, ригидной мужской идентичности и вариативной, свободной, лабильной женской идентичности. Компоненты гендерной идентичности формируются неравномерно. С точки зрения наполнения структуры содержанием происходит постепенный сдвиг в определении собственного пола и пола противоположного, от внешних черт к поведенческим проявлениям, личностным чертам и семантическим категориям.

Мужская идентичность – это отнесение себя к категории мужской социальной группы и воспроизведение соответствующих гендерно обусловленных ролей и самопрезентаций. Обретение такой идентичности зависит не столько от индивидуального выбора, сколько от биологических и социальных факторов [3].

Формируется на основе «идеологии мужественности». Согласно ей, центральной характеристикой мужской идентичности является потребность доминировать, которая опирается на твердость в физической, эмоциональной и умственной сферах.

Мальчики воспитываются в более жестких условиях, чем девочки. Традиционно, самой близкой фигурой является мать, а в дальнейшем, воспитатели, учителя, то есть, преимущественно женские профессии. Отсюда вытекает модель воспитания, основанная на «преодолении женственности», когда проявление женских черт (мягкость, уступчивость, слезливость и т.д.) подвергается наказанию и напутствием «веди себя, как мальчик». Недостаточное количество близких объектов для идентификации (мужчин) на первых этапах развития мальчика, провоцирует запрещающую, подавляющую стратегию воспитания.

Женская идентичность – это отнесение себя к категории женской социальной группы и воспроизведение соответствующих гендерно обусловленных ролей и самопрезентаций. Обретение такой идентичности зависит не столько от индивидуального выбора, сколько от биологических и социальных факторов [3].

Если рассматривать воспитание девочек, то у них с первых дней гораздо больше примеров и образов для идентификации, чем у мальчиков. И строится оно не на подавлении каких-то черт и поведения, а на поощрении, на подкреплении. Когда девочка, наблюдая за мамой, повторяет манеру поведения, стиль одежды, проявляет интерес к косметике и т.д. это вызывает положительные эмоции у родителей и ближайшего окружения, тем самым, формирует позитивную установку и закрепляет определенные черты, скопированные с женских фигур.

Развитие гендерной идентичности имеет стадиальную структуру и протекает на пренатальном и постнатальном этапах. Начальный этап закладывается в момент определения генетического пола будущего ребенка (XX у девочек и XY у мальчиков). В течение первых 10 недель эмбрион находится на границе мужского и женского и является бисексуальным. Ему присуща возможность сохранять потенциальную готовность анатомически развиваться по мужскому, и по женскому типу. Здесь в работу вступают соответствующие физиологические механизмы, которые дают определенные «команды» для развития в одну или другую сторону. В пренатальный период выстраивается цепь, в которой каждое последующее звено ограничено предыдущим и формирует последующее. Дальнейшие изменения в половом созревании являются уже постнатальными.

Заложенный природой пол индивида является только стартовой площадкой для становления психологического и социального пола человека. Многие в поведении, которое мы демонстрируем, приобретается посредством примера: мы просто наблюдаем, что делают другие, а затем повторяем их действия [1]. Подавляющая масса различий между мужчинами и женщинами закладываются в семье где детям навязываются определенные социальные роли являющиеся наиболее характерными для данного окружения и присущие данной культуре, развивающейся в определенный культурно-исторический период. Социализация осуществляется как бессознательно так и сознательно, при неотъемлемом процессе активного взаимодействия с личностью, так как личность формируется благодаря самым первым социальным отношениям, в которые вступают дети. Во взаимодействии и при участии родителей, в первую очередь. Определяется и направляется с помощью социальных и культурных средств. Для этого в обществе (в зависимости от развития, в каждом свое) существуют определённые половые роли. У каждого народа и отдельной общности своеобразные и неповторимые. Половые роли это система социальных стандартов, стереотипов, предписаний, которым человек должен соответствовать, чтобы его признавали как девочку (женщину) или мальчика (мужчину). Но становление половой идентичности индивида не обусловлено прямо и непосредственно наличием социальных стереотипов, представлений, ожиданий. Они должны стать средствами осознания собственной половой принадлежности. Эта идентичность основана на наблюдении и переосмыслении ценностей. Личном опыте связанная с переоценкой ценностей и формировании своих собственных, отличающих его от окружающих. Переосмыслении взглядов и коррекции жизненных позиций.

На этапе постнатального развития выделяют несколько стадий. Первая продолжается с рождения до 1,5 лет. Ребенку рассказывают, кто он, мальчик или девочка. Появляется осознание, что есть люди, одно с ним пола, а есть люди с противоположным. В ходе общения со взрослыми формируется представление о первичной половой идентичности.

Вторая стадия – 3-4 года. В этом возрасте гендерная идентификация приобретает более четкие представления и носит познавательный характер. В частности, гендерные различия в мышлении, поведении закладываются у детей через наблюдение за родителями. Мужская идентификация в этот период подкрепляется стереотипами о роли мужчины в обществе и отношениях, что отличается от реальной ситуации. В результате это провоцирует мальчиков изменить свою ориентацию на негативный способ проявления своей маскулинности во всем, что не относится к фемининным чертам. Проявляется это в подавлении женских качеств и низкое оценивание всего, что кажется мальчику женским. Воспевание общепринятого мужского и отвержение общеустановленного женского. Мир девочек становится более ограниченным, в него входит маленькая группа подруг, он основан на толерантности, несоревновательности, уважении друг к другу и равенстве. Мир мальчиков оказывается довольно иерархичным, конкурентным, все его участники

стремятся утвердить свое доминирование и привлечь публику к себе, утверждается необходимость быть лидером.

Третья стадия – 6-7 лет. Представления о разделении половых ролей становятся практически полными. Дети не только выбирают определенные типы игр и увлечений, но и сравнивают свое поведение, индивидуальные качества с соответствующими характеристиками своей половой группы. В это же время в игру активно вступает образование, где под влиянием учителей проявления половой роли только усиливаются.

Четвертая стадия – пубертатная. Это самая активная фаза, насыщенная изменениями и трансформациями, это решающий этап. Он включает в себя психологические, морфологические и физиологические изменения. Завершают свое развитие половые органы связанные с ними репродуктивные функции, появляются вторичные половые признаки. Все мальчики и девочки оценивают собственные признаки мужественности и женственности. Как отмечает И.С.Кон, половое созревание - это стержень, вокруг которого структурируется самосознание подростка. От того, как складываются знания подростка о себе, как формируется переживание своего «полового Я» ,в частности, и «физического Я» вообще, зависят многие стороны его самоотношения в будущем, отношения к окружающим разного пола и - шире - чувству любви. Происходит качественное и количественное изменение всех компонентов гендерной идентичности, за счет возрастания их устойчивости, осмысленности, полноты, дифференцированности. Подросток воспринимает себя как представителя определенного пола, в связи с чем может трансформировать свое представление о себе как о женщине или мужчине. Внутренний самоконтроль позволяет преобразовывать себя с соответствии со своими эталонами фемининности и маскулинности.

В юношеском возрасте (по сравнению с подростковым) уменьшается влияние социума на формирование гендерной идентичности, а большее внимание придается собственному пониманию и представлению о гендере [2]. На этом этапе гендерной социализации, в возрасте между 17 и 25 годами, когда формируется мировоззрение личности и ее представление о собственном предназначении и смысле жизни, гендерная идентичность приобретает эмоционально-ценностное содержание.

Таким образом, наиболее активно становление гендерной идентичности происходит в период от двух до восемнадцати лет . Именно в это время важную роль в ее становлении играет воспитание. Воспитание следует понимать в широком смысле этого слова, как влияние среды на формирование личности. В этот период, индивид, тесно взаимодействует с такими социальными институтами как: семья и детские образовательные учреждения.

#### **Список литературы:**

1. Бандура А. Теория социального научения. - СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
2. Филиппова С.А. Социально-психологические особенности гендерной идентичности в юношеском возрасте: автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.05 / Рос. гос. соц. ун-т, каф. соц. психологии. М.: 2009. – 26 с.

3. Уэст К., Зиммерман Д. Создание гендера // Хрестоматия феминистских текстов. Переводы / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2000. С. 193–219.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Момот А.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, и.о. зав. кафедрой психиатрии и  
психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация.** В статье представлены особенности личностной сферы девочек старшего подросткового возраста, страдающих нарушениями пищевого поведения.

**Ключевые слова:** пищевое поведение, нарушения пищевого поведения, личностные особенности, девочки-подростки.

## **FEATURES OF THE PERSONAL SPHERE IN GIRLS-TEENAGERS WITH FOOD BEHAVIOR ABNORMALITIES**

*Momot A.Yu.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation  
Scientific advisor – Associate Professor, Acting Head of the Department of  
Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences  
Pastukh I.A.**

**Abstract.** The article presents the features of the personal sphere of older girls-teenagers with food behavior abnormalities.

**Keywords:** food behavior, food behavior abnormalities, personality features, girls-teenagers.

В настоящее время в мире резко возрастает угроза увеличения случаев нарушений пищевого поведения, в том числе нервной анорексии, среди женского населения. Современный взгляд на проблему нарушений пищевого поведения позволяет считать нервную анорексию одним из наиболее трудных в диагностическом и лечебном плане расстройств, которое значительно чаще встречается в возрастном диапазоне от 12 до 17 лет [4]. Так, по данным эпидемиологических исследований, вероятность полного выздоровления при нервной анорексии составляет всего 50%, в 30% случаев ожидается улучшение, в остальных случаях – прогноз неблагоприятный [5]. От 5 до

17% таких больных умирают, а основными причинами смертности являются соматические осложнения, формирующиеся в результате голодания (54%), и самоубийства (27%) [2; 8]. В связи с чем необходимо уделять большое внимание своевременной правильной диагностике нарушений пищевого поведения, которая позволит не только зафиксировать нарушения, верифицировать нозологический диагноз и в верном русле направить терапевтическую и психокоррекционную работу, но и будет способствовать предупреждению развития заболевания.

Многочисленными исследованиями подтверждено отсутствие специфических особенностей когнитивной сферы при нарушениях пищевого поведения. Нервную анорексию даже называют «болезнью отличниц», поскольку больные отличаются высоким интеллектуальным уровнем [1]. Однако личностные особенности имеют значимые отличия в сравнении со здоровыми людьми.

Литературные данные свидетельствуют о неоднородности преморбидных черт и акцентуаций характера у девочек подросткового возраста, страдающих нервной анорексией. С одной стороны, это демонстративный тип, который жаждет к себе внимания, с другой стороны, лабильный и сензитивный типы. М.В. Коркина пишет, что «для нервной анорексии как самостоятельного заболевания характерны довольно типичные преморбидные черты личности (преобладание в преморбиде истерических или психастенических особенностей)» [3]. Г.В. Старшенбаум также указывает, что нервная анорексия распространена среди девушек с истероидными чертами характера [6].

Большое количество зарубежных публикаций доказывает связь нервной анорексии и сопутствующих ей симптомов дисморфофобии с высоким уровнем перфекционизма [7].

Больные характеризуются избирательной общительностью или замкнутостью, ранимостью, излишней требовательностью к себе, склонны изнурять себя физическими упражнениями, способны сохранять повышенную активность даже при долгом голодании.

М.В. Коркина выделяет несколько этапов нервной анорексии – инициальный, аноректический, кахектический и этап редукции. Личностные особенности изучены в большей степени для лиц, страдающих клиническими формами нарушений пищевого поведения (аноректический и кахектический этапы нервной анорексии) [3]. Поэтому представляется весьма актуальным изучить особенности личностной сферы у девочек-подростков с доклиническими проявлениями нервной анорексии, выбрав в качестве основной группы девочек старшего подросткового возраста, находящихся на инициальном этапе развития заболевания.

**Целью** исследования являлось изучение особенностей личностной сферы у девочек-подростков на инициальном и аноректическом этапе нервной анорексии, их сравнение.

Для анализа личностных особенностей использовались «Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций

характера у подростков (МПДО)» (А.Е. Личко), «Трехфакторный опросник перфекционизма» Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой, «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS-20-R), шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина (шкала личностной тревожности).

Исследование было проведено на свободной выборке девочек старшего подросткового возраста с использованием онлайн-технологий – группы, выступающие «за» или «против» нервной анорексии в социальной сети «ВКонтакте». Наибольшие по численности группы: «Анорексия» – 123180 участников, «Типичная анорексичка» – 182358 подписчиков, «Жирная анорексичка» – 87308 подписчиков. Более 50% групп закрытые (доступ к ним избирателен). Формы общения в группах – форумы, помощь новичкам в похудении, дневники, фотоотчеты, обсуждение проблемных вопросов, поддержка. Также использовалась связь по мессенджерам. Всего в исследовании приняли участие 40 человек. Возрастной диапазон – от 15 до 17 лет включительно. Сбор ответов респондентов осуществлялся с помощью GOOGLE-форм. На основании анкеты, в которую были внесены критерии диагностики заболевания, предложенные МКБ-10 и DSM-IV, были сформированы основная и контрольная группа. В основную группу вошли 20 девочек с проявлениями инициального периода нервной анорексии; в контрольную – 20 девочек с проявлениями аноректического периода заболевания.

В ходе статистического анализа нами были выбраны методы описательной и сравнительной статистики: первичная описательная статистика (вычисление средней арифметической (M) – меры центральной тенденции – проводилось для каждой шкалы в используемых методиках); для определения значимости различий в выборках использовался непараметрический критерий для двух независимых выборок U Манна-Уитни. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 8.0.

**По результатам исследования** с помощью методики «Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков (МПДО)» (А.Е. Личко) было выявлено, что в основной группе те или иные акцентуации характера встречаются чаще, чем в контрольной, на 23,2% ( $p\text{-level}=0,013$ ). У девочек-подростков в инициальном периоде преобладают астено-невротический, сензитивный, тревожно-педантический и интровертированный типы акцентуаций; в контрольной – лабильный, сензитивный и демонстративный типы акцентуаций. Полученные результаты согласуются с литературными данными о неоднородности преморбидных черт и акцентуаций характера у девочек, страдающих нервной анорексией [3].

Результаты методики «Трехфакторный опросник перфекционизма» Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой показали отсутствие статистически значимых различий по параметрам «общий уровень перфекционизма», «озабоченность оценками со стороны других», «высокие стандарты и требования к себе»,

«негативное селектирование» ( $p\text{-level}=0,2$ ). Средние значения субшкал методики соответствуют высокому уровню перфекционизма в обеих группах.

Выявлены статистически значимые различия в методике «Торонтская шкала алекситимии» (TAS-20-R) в основной и контрольной группах между показателями «общий уровень алекситимии» ( $p\text{-level}=0,04$ ), «трудность идентификации чувств» ( $p\text{-level}=0,03$ ). Значимых различий между основной и контрольной группами сравнения по показателям «трудность с описанием чувств», «внешне-ориентированное мышление» выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют о более высоком общем уровне алекситимии и трудности идентификации чувств в группе девочек-подростков с инициальным периодом нервной анорексии.

При анализе результатов шкалы самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина (шкала личностной тревожности) значимых различий обнаружено не было ( $p\text{-level}=0,3$ ). Средние значения личностной тревожности свидетельствуют об одинаково высоком ее уровне в обеих группах.

По данным экспериментально-психологического исследования, было выявлено преобладание выраженных и смешанных акцентуаций характера в инициальном периоде заболевания, где чаще фиксировались астено-невротический, сензитивный, тревожно-педантический и интровертированный типы акцентуаций. В аноректическом периоде наиболее часто встречались лабильный, сензитивный и демонстративный типы акцентуаций. Для личностной сферы девочек-подростков с инициальным периодом нервной анорексии характерен более высокий общий уровень алекситимии и трудности идентификации чувств, но, исходя из результатов проведенного исследования, уровень личностной тревожности, перфекционизма и его структурных факторов одинаково высок у лиц обеих групп.

### Список литературы

1. Балакирева Е.Е. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков / Е.Е. Балакирева, Н.В. Зверева, Л.П. Якупова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014. – № 1. – С. 30-35.
2. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии / А.Е. Бобров // Альманах клинической медицины. – 2015. – № S1. – С. 13-23.
3. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. – М: Медицина, 1986. – 176 с.
4. Пичиков, А.А. Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии // А.А. Пичиков, Ю.В. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 4. – С. 41-50.
5. Скугаревская, Е.И. Нервная анорексия у девочек-подростков: от дезадаптивного семейного воспитания до психосоматических последствий (описание клинических случаев) / Е.И. Скугаревская, Т.П. Петрович, О.А.

Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2. – С. 120-129.

6. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Прайм-Еврознак, 2008. – 368 с.

7. Bardone-Cone A.M. Perfectionism across stages of recovery from eating disorders / A.M. Bardone-Cone, K. Sturm, M.A. Lawson, D.P. Robinson, R. Smith // International Journal of Eating Disorders. – 2010. – V. 43. Iss. 2. – P. 139–148.

8. Lazarevic, J. Risk factors in the development of anorexia nervosa / J. Lazarevic, B. Batinic // Psiholoska Istrazivanja. – 213. – V. 16(2). – P. 221-233.

## **ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА ПРЕСТУПНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОЙ МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ**

*Немцев А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, профессор кафедры психологии здоровья**  
**и нейропсихологии, д. психол.н. Запесоцкая И.В.**

**Аннотация.** В статье идет речь о видах влияния Интернета на преступное поведение в подростковой среде и взглядах отечественных ученых на данную проблему.

**Ключевые слова:** интернет, подросток, суицид, преступление, обучение.

## **THE IMPACT OF THE INTERNET ON CRIMINAL BEHAVIOR IN THE TEENAGE YOUTH ENVIRONMENT**

*Nemtsev A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation**  
**Scientific advisor - Associate Professor, Doctor of Psychological Sciences,**  
**Professor Zapesotskaya I.V.**

**Abstract.** The article deals with the types of influence of the Internet on criminal behavior in the adolescent environment and the views of domestic scientists on this problem.

**Key words:** internet, teenager, suicide, crime, education.

В Российской Федерации Интернет появился с опозданием, но темпы его роста оказались выше, чем в других развитых странах. Согласно масштабному исследованию мотивации обращения к Интернету, многие ученые сошлись в мнениях, что на данный момент Интернет удовлетворяет множество

потребностей человека, начиная от поиска информации, заканчивая оплатой коммунальных услуг и общением.

Интернет занимает первое место по количеству информации, объединяет людей с разных концов света, дает возможность к неограниченным пополнениям своих знаний, навыков. Но также Интернет - источник негативного влияния на человека. Примерами такого негативного изменения личности могут служить: увлечение компьютерными играми, Интернет – зависимость, хакерство. Наибольшее влияние Интернет оказывает на лиц, у которых личность еще не до конца сформировалась – подростков.

Среди множества факторов, влияющих на преступное поведение в подростковой молодежной среде, как показывают результаты современных исследований, следует отметить содержащийся в средствах массовой информации, на определенных Интернет-ресурсах, в кино и на телевидении контент, распространяющий культ насилия, жестокости, жажды наживы, сексуальной раскрепощенности, романтизирующий преступный образ жизни, криминальную субкультуру, поощряющий негативное отношение к закону, правопорядку, морали, общепризнанным человеческим ценностям и т.п. К примеру, в результате проведенного опроса в одной из московских школ учащихся старших классов и студентов МГУ им. М.В. Ломоносова о том, какие чувства вызывают у них публикации и передачи средств массовой информации о проблемах преступности, были получены следующие ответы:

1) ощущение страха (среди школьников – 33,2%, среди студентов – 66,7%);

2) злость, раздражение и агрессивность (каждый второй школьник и студент);

3) побуждение к проявлению насилия и жестокости (каждый пятый школьник и студент).

Как видно, у значительной части несовершеннолетних подростков и молодежи указанные материалы вызвали только негативные эмоции [5].

Особое внимание следует обратить на факты использования сети Интернет для вовлечения подростков в преступную деятельность, экстремистские

и террористические организации, вовлечение их в «группы смерти», группы «колумбайн», в преступления, связанные с распространением и потреблением наркотиков и психотропных веществ и т.д.

По данным президента Группы компаний Infowatch Н. Касперской, в России ежегодно 7 млн подростков подвергаются деструктивному воздействию. Причем каждый год происходит прирост числа вовлеченных подростков на 2 млн человек. В 2017 г. было вовлечено 25% несовершеннолетних, в 2018 г. – 35%, в 2019 г. – 50% [1].

Антитеррористический центр государств – участников СНГ сообщает: «Пока государства борются за медицинскую и эпидемиологическую безопасность, ставя в качестве ключевой цели спасение жизни и здоровья своих граждан, вербовщики международных террористических группировок не

просто используют и без того сложную ситуацию, привлекая новых «солдат джихада», но и распространяют призывы среди молодежи к максимальному распространению инфекции COVID-19 заболевшими членами организации в общественных местах, государственных учреждениях и т.д.»<sup>1</sup>. Только в 2020 году было выявлено 473 факта противоправной экстремистской направленности, совершенных с использованием сети Интернет. По инициативе МВД России Роскомнадзором было заблокировано свыше 100 тыс. интернет-ресурсов и материалов, содержащих экстремистские призывы. Удалено более 7,5 тыс. материалов экстремистского характера.

В некоторых субъектах получают распространение криминальные субкультуры.

Не менее опасным для несовершеннолетних и лиц молодого возраста является наличие в сети Интернет сайтов, посвященных суицидам, способствующих вовлечению подростков и молодежи в «группы смерти». На данных сайтах описаны способы и методы совершения самоубийств, внушается идея самоубийства как обыденного явления, осуществляется героизация самоубийц, особенно несовершеннолетних. За семь месяцев 2019 года Роскомнадзор удалил 20 тыс. страниц в Интернете, на которых имелась информация о различных способах самоубийства, помимо этого заблокировано 800 интернет-страниц, содержащих упоминание о добровольном уходе из жизни [4].

Причем привлечение подростков и молодежи на сайты экстремистских организаций, «групп смерти», групп «колумбайнеров» (пропагандирующих культ массового убийства) и т.п. осуществляется наиболее интересными для данной категории лиц способами:

1) через демонстрацию мультфильмов, в которых главные герои ведут себя агрессивно, издеваются над слабыми, больными, в которых демонстрируется опасное поведение;

2) через организацию флэшмобов не для социально полезных развлекательных мероприятий, а для совершения групповых насильственных преступлений, террористических актов, массовых беспорядков и суицидов;

3) путем организации сетевых компьютерных игр (геймификации) экстремистского, в том числе нацистского, характера, суицидальных игр;

4) через видеоигры и фильмы-стрелялки (шутеры), пропагандирующие жестокость и насилие, отличающиеся убийством персонажей, в том числе особо жестокими способами [1].

Из вышеизложенного следует, что необходимо разрабатывать более эффективные меры по недопущению негативного влияния соответствующей информации, содержащейся в социальных сетях, на пространствах Интернета, на несовершеннолетних и молодых взрослых людей.

Хотелось бы отметить, что опрос экспертов, а именно 27 детских омбудсменов в 9 субъектах Российской Федерации, подтверждает комплекс криминогенных детерминант, порождающих новые криминальные проявления в подростково-молодежной среде. К примеру, как «упущенные» и утратившие своей

потенциал в предупреждении данного вида преступности экспертами указаны меры подготовки специалистов, обладающих многоотраслевыми знаниями и навыками, а именно в области права, педагогики и психологии. По мнению опрошенных омбудсменов, несоответствие мер предупреждения преступности текущему ее состоянию обусловлено такими обстоятельствами, как формализм, недостатки законодательства, отсутствие компетенции должностных лиц и отсутствие межведомственного взаимодействия между субъектами профилактики. Кроме того, эксперты отметили негативное влияние на состояние преступности несовершеннолетнего экономического фактора, недостаточное финансирование организации досуга несовершеннолетних и молодежи, занятости, направленной на формирование профессиональных интересов (кружки, секции), а также низкий уровень правосознания и др. [3].

Причины преступности несовершеннолетних и лиц молодого возраста по сравнению с 1990-ми гг. практически не изменились и остались в основном в социально-экономической и духовной сферах, однако «увеличилась степень их распространенности, агрессивная сила воздействия, которой несоразмерно противопоставлялись меры предупреждения, пригодные для спокойных в криминологическом плане времен состояния контролируемой преступности» [2].

Учитывая, что воздействие Интернета на социализацию молодежи и людей других возрастов может быть отрицательным, необходимо управлять этой технологией в интересах человека.

Особую озабоченность вызывает необходимость обеспечения надлежащей безопасности Интернета для предотвращения негативных последствий. Грамотное использование ресурсов сети предоставляет человеку преимущество перед теми, кто не использует или слабо использует его ресурсы, а интернет-среда позволяет удовлетворить многие социальные потребности современного человека, уже сейчас трудно представить мир без различных гаджетов, которые уверенно вошли в жизнедеятельность общества.

### Список литературы

1. Дамаскин О.В., Красинский В.В. Криминологическая характеристика механизма вовлечения несовершеннолетних в противоправную деятельность. Государство и право. 2020. № 8. С. 41–54.
2. Демидова-Петрова Е.В. О корреляции теории и практики в предупреждении преступности несовершеннолетних. Алтайский юридический вестник. 2018. № 2 (22). – С. 95–98.
3. Демидова-Петрова Е.В. Экспертная референция о криминогенной подверженности несовершеннолетних и ресурсах ее предупреждения. Российский следователь. 2017. – № 9. С. 36–40.
4. Касимов В.О., Червонных Е.В. Возраст преступника: криминологическая характеристика, особенности и значение: монография. М., Юрлитинформ. 2020. С. 160.

5. Ключкова А.В. Пропаганда насилия и жестокости в средствах массовой информации (криминологический аспект). 2006. № 4. С. 2–7.
6. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Педагогический словарь: для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений/ Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. М., 2015. С. 176.
7. Моррис Ч., Оган С. Интернет как масс-медиа. 2016. № 1. С. 42.
8. Мудрик А.В. Социальная педагогика. М., Издательский центр «Академия». 2017. С. 224.
9. Мудрик А.В. Социальная педагогика. М., Издательский центр «Академия». 2017. С. 224.
10. Подгорная Е. А. Графико-фонетические особенности чатов. Современные направления теоретических и прикладных исследований. Философия и филология. Одесса: Черноморье, 2016. С. 32–38.
11. Соколова И.В. Социальная информатика. М., РГСУ. 2016. С. 256.
12. Соколова И.В. Социальная информатика. М., РГСУ. 2016. С. 256.
13. Фельдштейн Д.И. Психология взросления. Структурно-содержательные характеристики процесса развития личности. М., 1999. С. 672.
14. Фомичева Ю.В., Шмелев А.Г., Бурмистров И.В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми Психология. 1991. № 3. С. 27 – 39.
15. Чудова Н. В. Особенности образа «Я» жителя интернета. Психологический журнал. 2002. № 1. С. 44 – 52.

## **ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Никитина М.Р.*

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

**Научные руководители – доцент, доцент кафедры психиатрии и психосоматики, к.м.н., Богушевская Ю.В., ассистент Феоктистова Е.В.**

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты собственного исследования, демонстрирующие, что самооценка (Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси) лиц, страдающих невротическими расстройствами, так же как и уровень субъективного контроля (УСК Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинда), имеют специфические особенности, отличные от аналогичных характеристик здоровых людей. Кроме того была выявлена корреляционная связь между этими показателями.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, самооценка, уровень субъективного контроля, самосознание.

## FEATURES OF SELF-ESTEEM AND LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL IN NEUROTIC DISORDERS

*Nikitina M.R.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific supervisors - Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Bogushevskaya Yu.V., assistant Feoktistova E.V.**

**Abstract.** This article presents the results of their own study demonstrating that self-esteem (Self-esteem study methodology of S.A. Budassi) of persons suffering from neurotic disorders, as well as the level of subjective control (USK J. Rotter in the adaptation of E.F. Bazhin, E. A. Golyunkina, L. M. Etkind), have specific features different from similar characteristics of healthy. In addition, a correlation between these indicators was identified.

**Keywords:** neurotic disorders, self-esteem, level of subjective control, self-consciousness.

Тема стресса в современном мире, переживающем пандемию коронавируса и связанных с ней изменений привычного уклада жизни, становится как никогда актуальна. Исследователи констатируют нарастание страха, связанного с неспособностью противостоять пугающим обстоятельствам [1].

Существуют разнообразные психологические и физиологические реакции на стрессовые воздействия, которые, в конечном итоге, приводят к развитию болезней стресса, к которым в свою очередь относятся невротические расстройства [3].

В свете выше изложенного особый интерес представляют те личностные особенности, которые способствуют повышению стрессоустойчивости. Одной из особенностей личности, предположительно, связанных со способностью эффективно справляться со стрессом, является локус контроля личности [1,4].

В настоящее время понятие психологического здоровья включает в себя оптимальное взаимодействие всех структур психики, благодаря которым личность адаптируется к социальным условиям и остается относительно устойчивой. Основу адаптивного поведения личности составляет комплекс таких тесно взаимосвязанных характеристик как саморегуляция, самоотношение, самооценка, а также знание о себе [5]. Самосознание является вершиной развития личности и предполагает способность к оценке собственных мотивов, потребностей и их соотнесение с внешней, объективной реальностью.

Многие исследователи проявляют интерес изучению локуса субъективного контроля, который представляет собой интегральную характеристику самосознания. Кроме того, локус контроля является важнейшим показателем психологического здоровья личности. Исследователи приводят убедительные данные, касающиеся роли интернальной-экстернальной локализации локуса контроля в возникновении и развитии невротических расстройств [2].

**Целью** нашего исследования явилось изучение особенностей самосознания больных невротическими расстройствами.

**Задачи** нашего исследования могут быть сформулированы следующим образом:

1. Определить самооценку и уровень субъективного контроля здоровых людей.
2. Выявить характеристики самооценки и уровня субъективного контроля присущие больным невротическими расстройствами.
3. Провести сравнительный анализ самооценки и уровня субъективного контроля больных невротическими расстройствами и здоровых людей.
4. Выявить наличие корреляционной связи между самооценкой и локализацией уровня субъективного контроля.

**Материал и методы исследования.** В период с 2020 по 2021 год нами было проведено исследование на базе психосоматического отделения Областной клинической наркологической больницы. Было обследовано 40 человек. Распределение испытуемых в основную и контрольную группу происходило с учетом патологии. Клиническая диагностика осуществлялась с помощью Международной классификации болезней 10 пересмотра. Таким образом, основную группу составили 20 пациентов с невротическими расстройствами (F40-F48; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), в контрольную группу вошли 20 здоровых испытуемых.

Критериями исключения из основной группы стали: органические заболевания ЦНС, наличие соматической патологии, наличие тяжелого инфекционного заболевания, наличие коморбидной психической патологии.

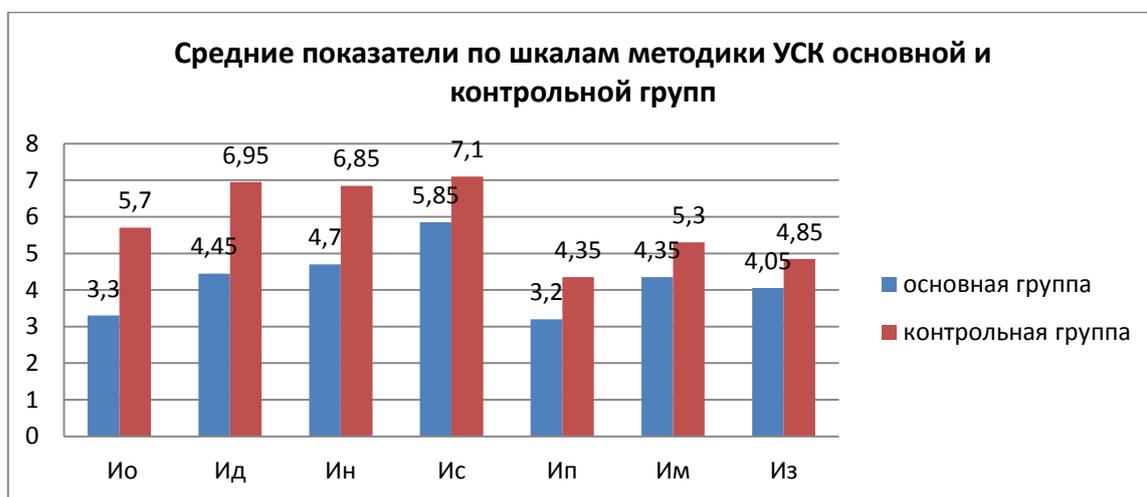
В качестве основных методов были использованы:

1. Клинико-психологический метод, который включает в себя наблюдение и беседу.
2. Методики статистического анализа.
  - 1) Описательная статистика – анализ средних тенденций (среднее значение, мода, медиана), изменчивость признака (стандартное отклонение).
  - 2) Для выбора статистического критерия мы использовали руководство Е. В. Сидоренко «Методы математической обработки в психологии», 2003. Нами был выбран t-критерий Стьюдента для независимых выборок, а также коэффициент корреляции Пирсона.

3. Экспериментально-психологический метод, включающий в себя методику исследования самооценки (С.А. Будасси), а также УСК Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинда.

**Результаты и их обсуждение.** Контрольная и основная группы уравнены по социально-демографическим характеристикам. Большинство испытуемых обеих групп составляют женщины (80% - основная группа и 75% - контрольная группа), состоящие в браке (65% - основная группа и 80% контрольная группа), имеющие среднее образование (70% - основная группа и 60% - контрольная группа), постоянное место работы (60% - основная группа и 75% контрольная группа), проживающие в городе (70% - основная группа и 80% контрольная группа). Средний возраст испытуемых основной группы составляет 38,8 лет, контрольной – 34,2 года.

В ходе исследования было выявлено, что в контрольной группе показатели по шкалам методики УСК, в целом выше, чем в основной группе (рис.1).



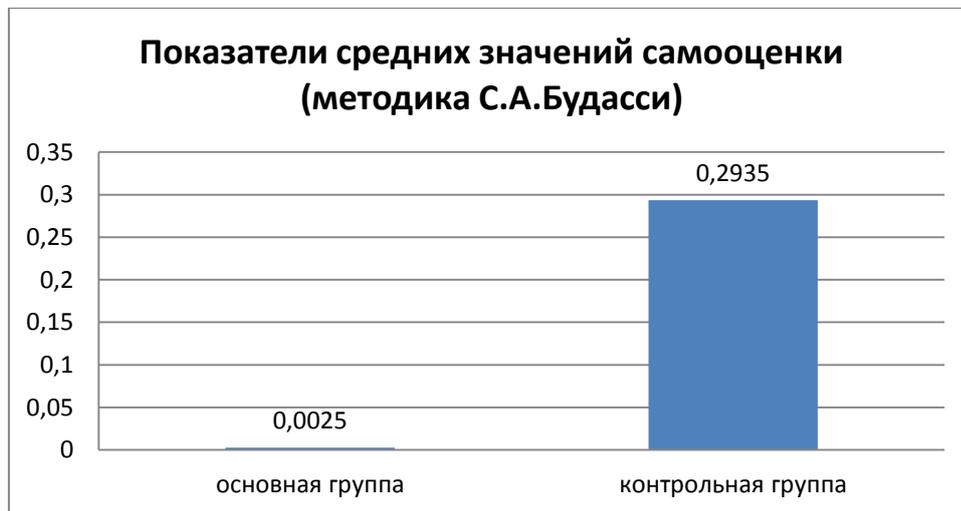
**Рис.1. Гистограмма распределения средних значений по шкалам методики УСК основной и контрольной групп**

В результате статистической обработки данных были получены данные (табл.1), которые свидетельствуют о том, что для больных невротическими расстройствами, в большей степени характерна экстернальная локализация локуса контроля, что характеризует их как людей, которые склонны не видеть связи между собственными действиями и значимыми событиями жизни, они считают себя неспособными взять контроль над своей жизнью. При этом значимые различия выявлены по шкалам общей интернальности, интернальности в области достижений и неудач. Таким образом, мы можем говорить о том, что больные невротическими расстройствами склонны приписывать свои успехи и достижения, а также неудачи каким-либо внешним факторам (другим людям, судьбе, везению-невезению). Они не способны взять ответственность за происходящее с ними на себя.

**Таблица 1. Данные сравнения основной и контрольной групп по результатам выполнения УСК и методики исследования самооценки С.А. Будасси**

№п/п	шкала	Основная группа		Контрольная группа		t-критерий
		Сред. знач.	СКО	Сред. знач.	СКО	
1	Общая интернальность	3,3	2,05	5,7	1,80	3,9*
2	Интернальность в области достижений	4,45	2,48	6,95	1,46	3,9*
3	Интернальность в области неудач	4,7	2,83	6,85	1,63	2,9*
4	Интернальность в области семейных отношениях	5,85	3,67	7,1	2,14	1,3
5	Интернальность в области производственных отношений	3,2	1,85	4,35	1,63	2,1
6	Интернальность в области межличностных отношений	4,35	1,81	5,3	1,3	1,9
7	Интернальность в отношении здоровья и болезни	4,05	1,79	4,85	1,49	1,5
8	самооценка	0,0025	0,29	0,29	0,25	3,6*

\* - значимые различия ( $p\text{-level} \leq 0.01$ )



**Рис. 2. Гистограмма средних значений показателя самооценки у испытуемых основной и контрольной групп**

Что касается самооценки, то в ходе исследования получены результаты, свидетельствующие о наличии достоверно более низкой самооценке у больных невротическими расстройствами, что характеризует их отношение к себе как негативное, они не способны пинять себя (рис.2, таблица 1).

Кроме того, нами была выявлена прямая корреляция между показателями самооценки и общей интернальностью, при этом сила этой связи характеризуется как умеренная (коэффициент корреляции ( $r$ ) равен 0.319). Вышесказанное свидетельствует о том, что чем ниже самооценка, тем более экстернальную направленность имеет локус субъективного контроля, что вероятнее всего связано с отсутствием готовности человека принимать себя таким, какой он есть, несоответствие идеалу провоцирует возникновение нервно-психической напряженности, подрывая тем самым психологическое здоровье и приводя к развитию невротических расстройств.

#### **Выводы:**

1. Для здоровых людей характерна адекватная средняя или высокая самооценка, интернальный локус контроля, что характеризует их как уверенных в себе, имеющих осознанное отношение к жизненным событиям, позитивный взглядом на мир.

2. Для лиц, страдающих невротическими расстройствами характерна низкая самооценка и экстернальный локус контроля, что свидетельствует о повышенной тревожности, конформности, повышенной агрессивности, нетерпимости к окружающим людям.

3. Люди, страдающие невротическими расстройствами в сравнении со здоровыми людьми, в большей степени неуверенны в себе, тревожны, зависимы от внешних оценок и обстоятельств, неспособны взять на себя ответственность за события собственной жизни, что делает их более уязвимыми, приводит к более высокому уровню стресса.

#### **Список литературы**

1. Ахмадиева Л.Р. Особенности нервно-психического напряжения студентов

- с разными уровнями субъективного контроля // Вестник МГЛУ. Образование и педагогические науки. – 2020 – Вып. 4 (837) – С. 213-224
2. Бабурин И.Н., Исследование локуса контроля у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами / И.Н. Бабурин, Т.А. Караваева, Е.А. Колотильщикова, И.С. Лысенко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», выпуск 14. – 2011 – № 29 – С.47-52.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык – М.: Книга по Требованию, 2013. – 368 с.
4. Решетова Т.Я. Особенности поведения студентов в ситуациях продолжительного неуспеха в учебной деятельности // Вестник МГЛУ. Образование и педагогические науки. – 2020. – Вып. 2 (835). – С. 204–219.
5. Чихачёв И.В. Психологические факторы комплаенса при невротических расстройствах / И.В. Чихачёв, Г.Л. Исурина // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ – Санкт-Петербургский государственный университет. – Т.2 – 2014 – С. 305-311.

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЙ СТРАХА И ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Пионтковская Д.А.*

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

**Научный руководитель – доцент, и.о. зав. кафедры психиатрии и  
психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация.** К особенно труднообъяснимым и сложным психическим расстройствам, характеризующимся обособленностью от внешнего мира и замкнутость в мире собственных мыслей и фантазий, относится, обозначаемый в науке, аутизм. Вопрос страхов, стратегий совладения со страхом и тревожности у детей с расстройством артистического спектра является очень актуальным. Данная статья посвящена теоретико-методологическому анализу понятия страха и тревожностей у детей с расстройством аутистического спектра, проведенному с помощью генетического метода и метода тематического библиометрического анализа.

**Ключевые слова:** расстройство аутистического спектра (РАС), страх, тревога, генетический метод.

**THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE  
PROBLEM OF THE PECULIARITIES OF MANIFESTATIONS OF FEAR  
AND ANXIETY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific adviser - Associate Professor, Acting Head Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Pastukh I.A.**

**Abstract.** A particularly difficult and complex mental disorder characterized by isolation from the outside world and isolation in the world of one's own thoughts and fantasies is autism, designated in science. The issue of fears, strategies for coping with fear and anxiety in children with artistic spectrum disorder is very relevant. This article is devoted to the theoretical and methodological analysis of the concept of fear and anxiety in children with autism spectrum disorder using the genetic method and the method of thematic bibliometric analysis.

**Keywords:** autism spectrum disorder (ASD), fear, anxiety, genetic method.

К особенно труднообъяснимым и сложным психическим расстройствам, характеризующимся обособленностью от внешнего мира и замкнутостью в мире собственных мыслей и фантазий, относится, обозначаемый в науке, аутизм. Особую проблему для родителей и специалистов (психиатров, психологов, педагогов) представляет ранний детский аутизм проявляющийся в нарушении установления контактов, трудностями в формировании социальных навыков [10]. Родителям не хватает необходимых знаний о способах взаимодействия с ребенком, методах обучения, коррекции поведения детей. Расстройство аутистического спектра рассматривается в DSM-V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) и МКБ-10 (Международная классификация болезней). Особый интерес к проблеме детского аутизма вызван тем, что количество детей с данным видом расстройства не уменьшается, а увеличивается. По данным Минздрава РФ, в 2014 году людей с РАС насчитывалось 13,9 тысячи. А в 2019 году число детей с диагнозом аутизм превысило 31 тысячу человек.

Вопрос страхов и тревожности у детей с расстройством аутистического спектра является очень актуальным. Наблюдается недостаточная изученность данного вопроса. Это связано со сложностью диагностики данной проблемы. С учетом вышеизложенного существует необходимость проведения теоретико-методологического анализа проблемы страхов и тревожности у детей с расстройством аутистического спектра.

**Целью** нашего исследования является проведение теоретико-методологического анализа понятия страхов и тревожности у детей с РАС.

**Объектом исследования** являются, взгляды научных деятелей в отношении проблемы страхов и тревожности у детей с расстройствами аутистического спектра.

Для решения задачи, направленной на выделение исторических этапов развития этой научной проблемы, был использован генетический метод.

**Глубина исторического поиска:** временной период с 1972 года по 2021 год. Были рассмотрены отечественные и зарубежные исследования по данной теме.

Как показали данные специальных экспериментально – психологических исследований (В.В.Лебединский, О.С. Олихейко, 1972), страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения. Но иногда страхи ребенка все же отражают положительную динамику психического развития. Они свидетельствуют о появлении более адекватного восприятия окружающих о возникновении чувства самосохранения [7]. Чаще всего, дети сами не жалуются на страхи. При выстраивании и укреплении контакта с ребенком, у которого наблюдается расстройство аутистического спектра, можно наблюдать, что самые обычные явления и предметы, иногда даже люди, могут вызывать постоянное чувство страха. Данные страхи сохраняются на длительный период времени.

Наполненность окружающего мира предметами, которых ребенок боится, часто неожиданно раскрывается в процессе игротерапии (В.В.Лебединский, О.С.Никольская, 1981) [8]. У детей с РАС также наблюдаются более сложные формы страхов, нередко даже противоречивые: страх смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего, в связи с ощущением своей несостоятельности [7].

Страх привносит в жизнь нечто новое, что в свою очередь актуализирует у детей с РАС стремление к сохранению привычного: окружающей обстановки (чаще всего её перемены расцениваются как нечто угрожающее), статуса, режима, расположения предметов, мебели, нередко одежды. В связи с этим возникают, так называемые, ритуалы – защитные действия и движения связанные со страхом [8].

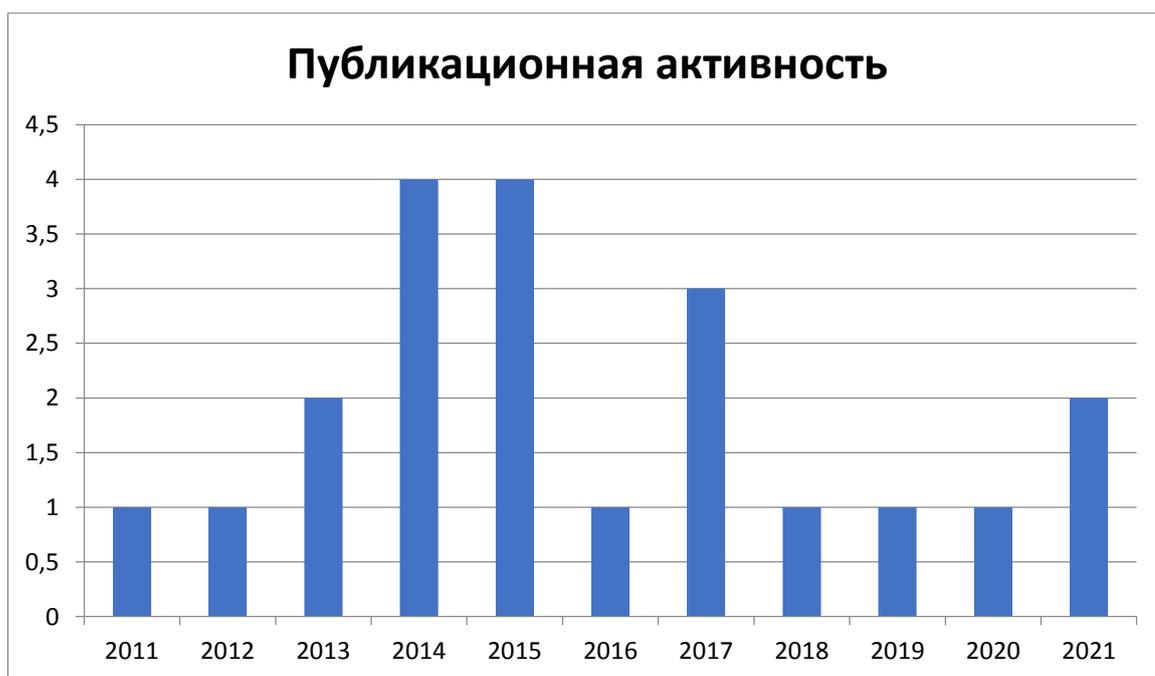
В.В. Лебединский и Г. Ханина в 1980 году провели экспериментальное исследование, доказывающее что, аутистические страхи деформируют предметность восприятия окружающего мира. Исследование заключалось в предоставлении детям признаков, на основании которых нужно угадать, какой предмет задумал экспериментатор. Давались два вида признаков: первый был однозначный, второй набор содержал неоднозначные (противоречащие) признаки. Выборку исследования составили здоровые дети и дети с РАС. С первой задачей и те и другие справились правильно. Во втором случае здоровые дети не давали ответа, они указывали на противоречия. Иная ситуация наблюдается у детей с расстройством аутистического спектра. Они не замечали противоречий и давали ответы на основе отдельных аффектогенных признаков, решали задачу на основе отдельных аффектогенных признаков, большей частью эмоционально окрашенных отрицательно. Детям с РАС достаточно было одного отрицательного признака, чтобы возник образ предмета вызывающего страх. Исследование показало, что дети с расстройством аутистического спектра воспринимают окружающие предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков и позволило предположить, что стойкие страхи способствуют эмоционально отрицательно

окрашенному представлению об окружающем мире, препятствуют формированию его устойчивости и тем самым вторично усиливают страх перед ним [8].

В настоящее время проводятся исследования, направленные на выявление психологических особенностей страхов и тревоги у детей с расстройством аутистического спектра. Нами проведен, библиометрический анализ изучаемого нами феномена – страхи у детей с расстройством аутистического спектра. Глубина анализа составила 10 лет (2011-2021). Данный анализ проводился с помощью информационного пространства научно-электронной библиотеки «eLIBRARY».

Анализируя публикации в библиотеке «eLIBRARY» по ключевому слову «страхи у детей с аутизмом», за данный период было найдено 25 статей. Наиболее активными авторами, разрабатывающими данную проблему, являются Е.Р. Баенская, И.Е. Гусева и М.М. Либлинг (5 статей) [2,3,4,5,6].

При анализе динамики научных исследований, касающихся страхов и тревоги у детей с аутизмом с 2011 по 2021 год, пик публикационной активности отмечается в 2014 и 2015 гг. (см.рис.1)



**Рис.1. Публикационная активность за период 2011-2021 гг. на сайте «eLIBRARY» по ключевому слову «страхи у детей с аутизмом»**

На основании проведенного теоретико-методологического исследования можно сделать вывод о том, что проблема страхов и тревожности у детей с расстройством аутистического спектра на сегодняшний день является актуальной. Исследования в этой области все больше расширяют знания в этой сфере и раскрывают важные новые феномены. Это связано с высокой распространенностью заболевания и трудностями семейного взаимодействия.

### **Список литературы**

1. Баенская, Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма / Е.Р.Баенская // Дефектология. - 2008. - № 4.- С.11-19.
2. Баенская, Е. Р. Страхи у детей с аутизмом / Е. Р. Баенская, И. Е. Гусева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013. – № 7. – С. 26-32.
3. Баенская, Е. Р. Приемы психологической коррекционной помощи в преодолении страхов у детей с аутизмом / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, И. Е. Гусева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2014. – № 2. – С. 11-18.
4. Баенская, Е. Р. Психотерапия страхов у детей с аутизмом средствами игры-драматизации / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг // Научный поиск. – 2017. – № 1.1. – С. 53-58.
5. Баенская, Е. Р. Страхи у детей с аутизмом. Часть 1,2 / Е. Р. Баенская, И. Е. Гусева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18. – С. 5. С. 6.
6. Детский аутизм. Хрестоматия / сост. Л.М.Шипицина – СПб. – 1997. – С. 254.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей/ В.В Лебединский - М.: Издательство Московского университета, 1985 –104 с.
8. Никольская, О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М . - М.: Теревинф, 1997. – 227 с.
9. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. — М.: Медицина, 2003. — 120 с:

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

*Покусаев А.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, к.психол. н. Смирнов Н.В.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования особенностей коммуникации у будущих врачей. В результате исследования выявлены значимые различия в уровне эмоциональных барьеров у студентов факультета лечебного дела и ординаторов. На основании результатов исследования сделаны выводы о необходимости формирования навыков контроля эмоциональных проявлений с целью повышения коммуникативной компетентности врачей.

**Ключевые слова:** эффективная коммуникация, коммуникативная компетентность врача, комплаенс, эмпатия, эмоциональные барьеры.

# ASSESSMENT OF COMMUNICATION EFFECTIVENESS OF FUTURE PHYSICIANS

*Pokusaev A.A.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific advisor – Associate Professor, Associate Professor of the Department General and Clinical Psychology, Candidate of Psychological Sciences Smirnov N.V.**

**Abstract.** The article presents the results of the research of communication features of future doctors. As a result of the research significant differences in the level of emotional barriers among the students of medical faculty and residents were revealed. On the basis of the results of the study conclusions were made about the necessity of forming the skills of controlling emotional manifestations in order to increase the communicative competence of doctors.

**Keywords:** effective communication, physician communicative competence, compliance, empathy, emotional barriers.

Последние годы производится активное реформирование процесса подготовки кадров в системе здравоохранения. Основная тенденция в данной сфере – смена парадигмы взаимодействия врача и пациента с патерналистской на консьюмеристскую или, иначе говоря, партнерскую [2; 5]. Из данной тенденции вытекает необходимость во включении в систему профессиональной подготовки оценку коммуникативных навыков будущих врачей, поскольку взаимодействие между врачом и пациентом строится в рамках процесса коммуникации.

Одной из центральных причин недостаточной эффективности лечения является низкий уровень комплаентности пациента, что может приводить к несоблюдению пациентами рекомендаций врача, нарушению больничного режима и самовольному прекращению лечения [7]. На формирование комплаенса могут влиять множество факторов, среди них стоимость лекарственных средств, форма их применения, особенности клинической картины болезни, возраст и пол пациента [4; 7]. Одним из важных факторов комплаенса выступает качество взаимоотношений врача и пациента, которые выстраиваются в ходе медицинской консультации и во многом зависят от особенностей коммуникации врача [1; 3; 6].

**Объектом** нашего исследования выступил коммуникативный процесс врача в ходе медицинской консультации.

**Предмет** исследования – психологические параметры врача, оказывающие влияние на коммуникативный процесс.

**Цель** исследования – изучить компоненты эффективной коммуникации врача как факторы установления контакта с пациентом в ходе медицинской консультации.

В выборку вошли 34 студента 5 курса факультета лечебного дела КГМУ, 33 ординатора, обучающиеся по различным специальностям в КГМУ.

В качестве измерительного инструментария в нашем исследовании выступил ряд психодиагностических методик:

1. Опросник методики «Шкала эмоционального отклика» А. Меграбяна и Н. Эпштейна;
2. Тест семантического дифференциала Ч. Осгуда;
3. Опросник «Локус контроля» Е.Г. Ксенофоновой;
4. Опросник методики «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» В.В. Бойко.

В ходе статистической обработки данных с помощью критерия U Манна-Уитни нами были получены следующие результаты:

Значимые различия в уровне эмпатии, интернальности и самооценки эффективности коммуникации не выявлены ( $p > 0,05$ ).

Обнаружены значимые различия в уровне выраженности эмоциональных барьеров ( $p = 0,034$ ). Среднее значение данного параметра в группе студентов выше, чем в группе ординаторов. У 32 испытуемых эмоции в некоторой степени осложняют взаимодействие, у 19 испытуемых эмоции явно мешают установлению контакта с людьми, и только у 16 испытуемых эмоции незначительно или не влияют на установление контакта.

У 58 из 67 испытуемых выявлен высокий уровень эмпатии. С учетом результатов по шкале эмоциональных барьеров это может свидетельствовать о следующем: несмотря на высокий уровень эмпатии, у испытуемых не сформированы навыки контроля собственных эмоциональных проявлений, что существенно сказывается на эффективности коммуникации и установлении контакта с пациентом. При этом уровень эмоциональных барьеров выше в группе студентов, что может быть связано с меньшим опытом взаимодействия с пациентами, чем у ординаторов.

Таким образом, мы делаем вывод о низком уровне навыков контроля своих эмоциональных проявлений в коммуникативной ситуации у исследованных нами будущих врачей. Полученные результаты имеют значение для составления психологических рекомендаций и программ, направленных на повышение коммуникативной компетентности врачей.

### Список литературы

1. Асриян, О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача / О.Б. Асриян // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – № 4(66). – С. 93-97.
2. Климович, А.И. Эволюция моделей коммуникации врач-пациент в современной медицине / А.И. Климович // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е. Педагогические науки. – 2019. – № 15. – С. 88-91.
3. Крыжановский, С.М. Исследование приверженности к курсовой терапии у больных с неосложнённым течением дивертикулярной болезни / С.М.

Крыжановский, С.В. Петухова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2020. – № 3. – С. 65-71.

4. Ложкина, Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты / Л.И. Ложкина // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2015. – Т. 15. – № 3. – С. 75-80.

5. Лядова, А.В. От патернализма к консюмеризму: смена парадигмы взаимодействия врача и пациента / А.В. Лядова, М.В. Лядова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – № 6(62). – С. 20-25.

6. Трушкина, С.В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача / С.В. Трушкина // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10. – № 4(51). – С. 9.

7. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. – World Health Organization. Geneva, 2003. - 110 p.

## **К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Положенцев Р.Е.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры психиатрии и психосоматики, к.м.н. Богушевская Ю.В.**

**Аннотация.** В статье представлены клинико-психологические исследования особенностей самосознания при соматоформных расстройствах и личностные характеристики, влияющие на осознание болезни у больных данным расстройством. Полученные результаты могут быть использованы как основа рекомендаций по коррекции и диагностике соматоформного расстройства в условиях работы психиатрических клиник и первичного звена здравоохранения.

**Ключевые слова:** соматоформное расстройство, самосознание, осознание болезни, особенности самосознания, личностные характеристики,

## **TO THE QUESTION ABOUT THE FEATURES OF SELF-CONSCIOUSNESS IN SOMATOFORM DISORDERS**

*Polozhentsev R.E.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Psychological Sciences  
Bogushevskaya Yu.V.**

**Abstract.** The article presents clinical and psychological studies of the characteristics of self-awareness in somatoform disorders and personal characteristics that affect the awareness of the disease in patients with this disorder. The results obtained can be used as the basis for recommendations for the correction and diagnosis of somatoform disorder in the working environment of psychiatric clinics and primary health care.

**Keywords:** somatoform disorder, self-awareness, awareness of the disease, features of self-awareness, personal features.

Изучение вопроса об особенностях самосознания при соматоформных расстройствах имеет под собой большое практическое значение, которое, не учитывается специалистами первичного медицинского звена. В вопросах реабилитации и коррекции СФР важная роль отводится диагностической части, в которой специфика самосознания больного является ключевым элементом в постановке диагноза [3]. Очень часто такие больные из-за непонимания своего состояния длительное время не обращаются к психотерапевтической и психофармакологической помощи, предпочитая лечение у специалистов согласно их соматическим жалобам: неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов, пульмонологов и т.д. Психическая симптоматика представляется пациентами как физическая, от чего психологические нарушения остаются скрыты как от больного, так и от врача. За счет этого происходит смена направлений лечения и специалистов исходя из слаборазвитого диагностического аппарата и усиления соматических признаков от психических искажений. Вопрос изучения самосознания пациента в этом плане встает крайне остро, так как он востребован не только в контексте деятельности первичного звена здравоохранения в виде составления диагностического аппарата заболевания, но и в психиатрических клиниках как коррекционная программа, которая будет способствовать благоприятному лечению соматоформного расстройства [2]. Выявлению заболевания на ранних этапах помимо симптоматики соматоформных расстройств будут благоприятствовать знания личностных особенностей самосознания и видения собственной болезни пациента.

**Целью** настоящего исследования являлось изучение осознания болезни у больных соматоформными расстройствами.

В качестве **методов исследования** использовались клинико-психологический и психологический (который представлен методикой «личностных дифференциалов» Бехтерева). В качестве исследовательской базы выступило психосоматическое отделение ОБУЗ ОКНБ г. Курска. Методика «Личностный дифференциал» (в адаптации В.М. Бехтерева) представляет собой оригинальную вариацию «семантического дифференциала» Ч. Осгуда, целью разработки которой являлось создание компактного и валидного инструмента изучения самосознания личности и различных ее свойств. Методика

личностного дифференциала сформирована путем репрезентативной выборки слов современного русского языка, который описывает черты личности с дальнейшим изучением существующей в культуре и развивающейся у каждого человека в результате усвоения социального и языкового опыта внутренней факторной структуры своеобразной «модели личности» [1].

Предварительные результаты свидетельствуют о том, что у больных соматоформным расстройством наблюдаются разнообразные типы отношения к болезни от частичного осознания, до тотальной анозогнозии. Типы отношения к болезни будут определяться степенью осознанности болезни.

Соматоформные расстройства проявляются множественными полиморфными жалобами соматического характера. Их относят к числу распространенной и малоизученной патологии, которая встречается в общесоматической и психиатрической практике [2]. Механизмы формирования данного расстройства крайне разнородны. Согласно концепции соматизации, в качестве основного механизма представляется «вытеснение», посредством которого психический конфликт или тайное чувство вины реализуется на психосоматическом уровне. Данный аспект находит свое отражение в особенностях самосознания больного, что также будет формировать тип отношения к болезни. Трудности разделения соматоформных расстройств от соматических патологий отмечены многими исследователями. Обычно у таких больных выставляются ошибочные диагнозы непсихологического профиля: остеохондроз, рассеянный склероз, арахноидит и т.д. Не редко у больных наблюдается также и частая смена диагнозов.

Основным признаком соматоформного расстройства является наличие множественных повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые наблюдаются на протяжении большого количества времени [3]. Большинство пациентов подвергается многочисленным необоснованным обследованиям и оперативным вмешательствам. Симптомы, при этом, могут относиться к любой части тела или системе органов, что также осложняет диагностический процесс и способствует развитию заболевания за счет нарастающего у пациента стресса касаясь собственного самочувствия. У таких больных может наблюдаться депрессия и тревога. Течение соматоформного расстройства хроническое и флюктуирующее, сочетающееся с длительными нарушениями социального, межличностного и семейного поведения [4].

Согласно результатам исследования соматизированных психических расстройств выделяются 4 основные клинические разновидности заболевания: желудочно-кишечная, болевая, сердечно-дыхательная и псевдоневрологическая [3]. Каждая из этих форм заболевания носит под собой определённый набор характерологических черт, что влияет на самосознание личности и восприятие собственной болезни согласно ведущей симптоматике.

В рамках изучения аспекта самосознания при соматоформных расстройствах личности важно учитывать причины возникновения заболевания, которые, как было описано выше, носят разнообразный характер [4]. Нет

единого мнения в данном вопросе, от чего выдвигаются лишь гипотезы и предположения. Биологическая теория основывается на нескольких причинах:

1. Возрастание уровня кортизола в крови, что приводит к нарушению гормонально-психологического баланса и обильному стрессу организма.

2. Дисбаланс функциональных процессов в преобладающем полушарии головного мозга, нарушающий его психофизиологическую активность и ведущий к ошибочному восприятию сигналов от органов, что и приводит к ошибочной соматизации соматоформного расстройства в осознании пациента.

В рамках социальной теории большая роль отводится воспитанию и особенностям среды жизнедеятельности больного. Стрессором выступает повышенная озабоченность своим здоровьем как со стороны родителей, так и в последующем и самого больного, что также приводит к искажению собственного состояния вследствие эмоциональности и ипохондрии.

Каждая из предложенных теорий, в той или иной мере, сводится к искажению и изменению самосознания больного, который не способен адекватно оценивать собственное самочувствие и телесные ощущения. Отсутствие этой способности приводит к психологическому формированию «соматизированного» ощущения, которое в дальнейшем трактуется как полностью соматическая болезнь. Самосознание выступает не только как диагностическая составляющая соматоформного расстройства, но и как важная составляющая самой болезни. Адекватное восприятие собственного состояния будет воздействовать напрямую на причину возникновения расстройства, что будет крайне эффективно сказываться на лечении.

Формирование соматоформных расстройств связано не только с ситуацией как таковой, выступающей началом и триггером манифестации, но также и с преморбидными особенностями личности. Они способствуют развитию готовности к формированию определенного типа реагирования и искажению своего состояния, т.е., нарушению самосознания. Такая личностная предрасположенность может быть как врожденной, так и приобретенной, и она способствует психоэмоциональным нарушениям, которые находят свое отражение в соматизации симптомов. В большинстве своем существует три основных фактора, которые влияют на манифестацию заболевания у личности: преморбидные особенности личности, природа самого заболевания и социально-психологический фактор. Изучение данных аспектов позволит рассматривать специфику самосознания человека, больного соматоформным расстройством в максимально развернутом ключе во взаимосвязи со многими сферами жизнедеятельности личности.

Таким образом, самосознание при соматоформных расстройствах выступает важной составляющей самого заболевания, а также диагностическим элементом. Изучение вопроса самосознания способствует качественной оценке расстройства с позиции формирования отношения пациента к болезни и осознания им своего состояния. Знание характеристик самосознания личности при соматоформных расстройствах в рамках деятельности первичного звена

здравоохранения будет способствовать качественному и количественному улучшению лечению заболевания, а полученная в ходе изучения информация может лечь в основу составления коррекционной программы. Также обращаясь к вопросу работы с соматоформными расстройствами следует учитывать самосознание во влиянии не только на процесс лечения, но и манифестации личностных характеристик больного.

### **Список литературы**

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с.
2. Богушевская Ю.В. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2013.
3. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Особенности самосознания при пограничных личностных расстройствах: учебное пособие // Курск: ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2017 - 212 с.
4. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Феномен самостигматизации у больных соматизированными расстройствами (клинические и психологические аспекты) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. 3 (104): 55-61.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ И СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У СПОРТСМЕНОВ**

*Северина А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, к.психол.н. Земзюлина И.Н.**

**Аннотация.** Занятия силовыми видами спорта влекут изменения в телесном, духовном и психологическом состоянии женщины и носят взаимовлияющий характер, что проявляет себя в состоянии репродуктивного здоровья. На качество репродуктивного здоровья влияют индивидуальные психологические особенности, например, уровень личностной зрелости. Целью исследования стало изучение взаимосвязи личностной зрелости и состояния репродуктивного здоровья у спортсменов. В качестве психологических методов исследования использовали такие как беседа, анкетирование, тест эгоцентрических ассоциаций, тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофоновой; методика диагностики уровня рефлексивности А.В.Карпова. Для статистической обработки данных использовали критерий  $\chi^2$ -Пирсона. При статистическом анализе уровня эгоцентризма и локуса контроля были выявлены различия на достоверном уровне ( $p$ -level = 0,010799 и 0,018397 соответственно). В результате проведенного исследования было

сформулировано, что уровень личностной зрелости связан с репродуктивным здоровьем

**Ключевые слова:** спорт, личностная зрелость, репродуктивное здоровье.

## **RELATIONSHIP OF THE LEVEL OF PERSONAL MATURITY AND THE STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH IN ATHLETES**

*Severinova A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Candidate of Psychological Sciences Zemzyulina I.N.**

**Abstract.** Strength sports involve changes in the bodily, spiritual and psychological state of a woman and are mutually influencing, which manifests itself in a state of reproductive health. The quality of reproductive health is influenced by individual psychological characteristics, for example, the level of personal maturity. The aim of the study was to study the relationship between personal maturity and the state of reproductive health in athletes. Psychological research methods were used such as conversation, questionnaires, test of egocentric associations, test "Locus of control" in the adaptation of E.G. Ksenofontova; method for diagnosing the level of reflexivity by A.V. Karpov. The  $\chi^2$ -Pearson test was used for statistical data processing. Statistical analysis of the level of egocentrism and the locus of control revealed differences at a significant level ( $p$ -level = 0.010799 and 0.018397, respectively). As a result of the study, it was formulated that the level of personal maturity is associated with reproductive health

**Keywords:** sports, personal maturity, reproductive health.

**Цель:** изучить взаимосвязь личностной зрелости и состояния репродуктивного здоровья у спортсменов.

**Введение.** В современном мире женщины все больше уделяют внимание спорту, часто переходя из любителей, стремящихся поддерживать своё здоровье в норме с помощью физических нагрузок, к профессионалам, где нагрузки предъявляют повышенные требования к организму спортсменок, это затрагивает все уровни функционирования организма: психологический и физический [1]. Особенно актуально изучение особенностей состояния репродуктивного здоровья у женщин-спортсменок. На сегодняшний день проблема сохранения репродуктивного здоровья набирает обороты и носит масштаб общегосударственного значения. Занятия силовыми видами спорта влекут изменения в телесном, духовном и психологическом состоянии женщины и носят взаимовлияющий характер, что проявляет себя в состоянии репродуктивного здоровья [2]. На качество репродуктивного здоровья

спортсменов силовых видов спорта влияют как интенсивные физические нагрузки, так и индивидуальные психологические особенности, например, уровень личностной зрелости [3]. Таким образом, нарушения репродуктивной сферы активно проявляют себя на различных уровнях функционирования женского организма. Поэтому для решения подобных проблем необходим интегрированный подход [4].

**Материалы и методы.** В выборку вошли 43 человека. Экспериментальные группы составили спортсменки, занимающиеся силовыми видами спорта профессионально: условно здоровые – 16 человек, с нарушением репродуктивного здоровья – 13 человек. Контрольная группа представлена условно здоровыми девушками, не занимающимися спортом – 14 человек. Возраст испытуемых от 22 до 28 лет.

В качестве методов исследования были выбраны: беседа, анкетирование, проективная методика, предназначенная для диагностики эгоцентризма – тест эгоцентрических ассоциаций, которая позволяет выявить (уровень) эгоцентризма, тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой; методика диагностики уровня рефлексивности А.В.Карпова;

Для статистической обработки полученных данных был использован критерий  $\chi^2$ -Пирсона. Данные расчеты проводились в программе STATISTICA 10

**Результаты исследования.** При статистическом анализе полученных данных с помощью теста «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой были обнаружены статистически значимые различия ( $p$ -level = 0,018327). В группах репродуктивно здоровых спортсменов и здоровых не спортсменов преобладает интернальный локус контроля над экстернальным. В контрольной группе испытуемых с преобладанием интернального локуса контроля наблюдается 64%, а в экспериментальной – 94%, такие люди способны осознавать свою ответственность и брать её на себя в определенных жизненных ситуациях. Они с лёгкостью осознают долю своего вклада в те или иные события и обстоятельства жизни. Принимают последствия как результат собственных действий, а не перекладывают ответственность на внешние факторы, такие как случай, судьба, удача и т.д., чего не отмечается в группе спортсменов с нарушениями репродуктивных функций, где обнаруживается экстернальный локус контроля. В ситуации репродуктивного нездоровья 54% спортсменов убеждены в том, что силы, влияющие на их жизнь, находятся вовне. Для них характерна склонность перекладывать ответственность за свою жизнь на внешние факторы (другие люди, случай и т.д.).

При статистическом анализе уровня эгоцентризма были выявлены статистически значимые различия ( $p$ -level = 0,010799). В группе здоровых спортсменов преобладает низкий уровень эгоцентризма – 65%, также как и в группе здоровых не спортсменов. Люди с низким уровнем эгоцентризма ставят интересы других выше своих, часто при этом забывая о своих потребностях. Это указывает на недостаточно сформированный компонент личностной зрелости у данной группы. Невысокий процент высокого уровня эгоцентризма

свидетельствует о наличии спортсменов, которые отличаются неспособностью к принятию чужой точки зрения, отсутствием чуткости к эмоциям других людей.

В группе нездоровых спортсменов преобладает высокий уровень эгоцентризма. Это является признаком того, что находясь в состоянии репродуктивного нездоровья, спортсмены начинают центрироваться на своих потребностях, особенно чутко воспринимать жизненные ситуации, ставить свои интересы выше других, не обращать внимание на эмоции других людей.

При анализе уровня рефлексивности различий не было обнаружено ( $p$ -level = 0,924981). Во всех группах преобладает средний уровень рефлексивности. Спортсмены в состоянии репродуктивного здоровья и нездоровья в равной степени способны к самоосознанию, к переосмыслению собственной активности. Однако у условно здоровых спортсменов она направлена на осмысление своей профессиональной деятельности, у нездоровых спортсменов на осмысление своего заболевания и вопросов связанных с ним. У здоровых неспортсменов рефлексия связана с иными сферами, а именно семья, увлечения, а профессиональная деятельность уходит на второй план.

Доля спортсменов с высоким уровнем рефлексии в группе здоровых спортсменов выше, чем в группе нездоровья и контрольной группе. Такие спортсмены могут заострять внимание на мелких деталях самоанализа, упуская при этом главные моменты.

В группе спортсменов, имеющих нарушения репродуктивной сферы, меньше испытуемых с низким уровнем рефлексии, в то время как в группе условно здоровых спортсменов доля испытуемых с низким уровнем рефлексии достигает 25%. Это говорит о том, что среди спортсменов в состоянии репродуктивного здоровья имеются спортсмены, которые затрудняются дать четкий анализ своих поступков, собственных состояний, не стремятся анализировать самого себя, а идут по четко организованному процессу, составленному тренерами и иными спортивными специалистами.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что уровень личностной зрелости связан с репродуктивным здоровьем. Находясь в состоянии репродуктивного нездоровья спортсменки становятся более зрелыми за счет переоценки событий своей жизни. Особенности личностной зрелости влияют на формирование готовности к родительству, поскольку для того, чтобы принять роль родителя, необходимо осознать полноту ответственности за ребёнка.

### **Список литературы**

1. Литисевич Л. В. Репродуктивное здоровье-актуальная проблема в современном спорте высших достижений / Л.В. Литисевич // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – 2016. – № 1. – С. 33.

2. Джемлиханова Л. Х. Женский спорт: репродуктивное здоровье, гормональная контрацепция, допинг / Л.Х. Джемлиханова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т.68. – № 2. – С. 27-29.
3. Назарова И. Б. Брак, семья, обучение: установки и представления студентов / И.Б. Назарова, М.П. Зеленская // Социологические исследования. – 2019. – № 7. – С. 78-89.
4. Ростовская Т. К. Брачно-семейные отношения современной молодежи / Т. К. Ростовская, Я. В. Шимановская // Nomothetika: Философия. Социология. Право. – 2017. – Т.39. – № 3 (252). – С. 10-14.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Сивокина М.С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры общей и  
клинической психологии, к.пс.н. Сурьянинова Т.И.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования особенностей психологической адаптации часто болеющих детей младшего школьного возраста. Определены понятия «психологическая адаптация», «часто болеющие дети». Предметом исследования выступили особенности психологической адаптации часто болеющих детей 8-11 лет во взаимосвязи с их индивидуально-личностными особенностями и характером семейных отношений. По результатам эмпирического исследования было выявлено, что для семей часто болеющих детей характерен хаотичный тип семейной адаптации. Для эмоциональной сферы часто болеющих детей свойственен повышенный уровень тревожности, минимальный уровень агрессивности. Преобладающий тип самооценки в группе ЧБД – адекватный (50%). Более часто, по сравнению с группой здоровых детей, ЧБД используют копинг-стратегии группы «пассивное отвлечение, разрядка». В ответ на длительный стресс ЧБД могут уходить от реальности в мир иллюзий.

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, психологическая адаптация, тревожные реакции, депрессивные симптомы, агрессия, младший школьный возраст, семейная адаптация, социально-психологическая адаптация, копинг-стратегии.

## **PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF FREQUENTLY SICK CHILDREN OF YOUNG SCHOOL AGE**

*Sivokina M.S.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific adviser - Associate Professor, Associate Professor of the Department of  
General and Clinical Psychology, Candidate of Psychological Sciences  
Suryaninova T.I.**

**Abstract.** The article presents the results of a study of the characteristics of psychological adaptation of frequently ill children of primary school age. The concepts of "psychological adaptation", "frequently ill children" are analyzed. The subject of the study was the peculiarities of psychological adaptation of frequently ill children aged 8-11 years in conjunction with their individual personality traits and the nature of family relations. According to the results of an empirical study, it was revealed that families of frequently ill children are characterized by a chaotic type of family adaptation. The emotional sphere of frequently ill children is characterized by an increased level of anxiety, a minimum level of aggressiveness. The predominant type of self-esteem in the frequently ill children group is an adequate type. More often, in comparison with the group of healthy children, frequently ill children use coping strategies of the "passive distraction, relaxation" group. In response to prolonged stress, frequently ill children can escape from reality into a world of illusion.

**Keywords:** frequently ill children, psychological adaptation, anxiety reactions, depressive symptoms, aggression, primary school age, family adaptation, socio-psychological adaptation, coping strategies.

**Введение.** Ребенок младшего школьного возраста считается часто болеющим, если в течение года он болеет острым респираторным заболеванием (ОРЗ) 4 или более раз [3]. В научных работах, исследующих различные особенности часто болеющих детей, в большинстве случаев изучаются дети дошкольного возраста, посещающие дошкольные образовательные учреждения, и лишь небольшое количество работ посвящено детям младшего школьного возраста. В основном, такие работы касаются медицинских аспектов проблемы [2]. Исследований, касающихся психологических особенностей, крайне мало; в таких работах исследуются интеллект, личностные особенности, самооценка [1]. Теоретический анализ показал, что имеются работы по исследованию особенностей адаптации детей с психосоматическими и хроническими заболеваниями. [5,7]. Но практически отсутствуют подобного рода работы, касающиеся часто болеющих детей.

Под психологической адаптацией мы понимаем «процесс и результат приспособления человека к условиям среды на уровне целостной психики в системе «человек - жизненная среда» с целью сохранения ее динамического равновесия». Это определение психологической адаптации с точки зрения системного подхода дано А.А. Сухановым [8].

**Проблемой** нашего исследования является вопрос: каким образом связаны семейные взаимоотношения, индивидуально-личностные

характеристики и особенности психологической адаптации часто болеющих детей?

**Целью** исследования стало изучение взаимосвязи семейных отношений, индивидуально-личностных особенностей, особенностей адаптации часто болеющих детей младшего школьного возраста.

**Методы исследования:** Шкала явной тревожности СМАС (Адаптация А.М. Прихожан), Опросник на определение уровня агрессивности ребёнка Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М., Опросник на выявление депрессии у детей и подростков CDI. (Children's depression inventory, М. Kovacs, 1992), Опросник социально-психологической адаптации Р. Даймонда – К. Роджерса, методика исследования самооценки «Лесенка» (автор С.Г. Якобсон, модифицирована А.С. Фетисовой, Т.И. Сурьяниновой), опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (разработанный Д.Х. Олсоном, адаптирован М. Перре), Опросник копинг-стратегий детей школьного возраста И.М. Никольской, Р.М. Грановской (в адаптации Е.В. Куфтык).

Методы статистического анализа, используемые в работе: методы описательной статистики (среднее арифметическое); методы сравнительной статистики (непараметрический критерий U Манна-Уитни, критерий  $\chi^2$  Пирсона). Расчеты проводились в программе STATISTICA (версия 10.0).

Выборку составили 60 детей младшего школьного возраста 8-11 лет, которые были разделены на две равные по количеству испытуемых группы. В основную группу (N=30) включены часто болеющие дети, в контрольную группу (N=30) – здоровые дети без каких-либо хронических заболеваний.

**Результаты исследования.** При анализе результатов опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3, мы обнаружили различия на уровне статистической тенденции в распределении типов семейной адаптации (p-level = 0,09). Для 40% семей часто болеющих детей характерен хаотичный тип семейной адаптации. В семьях с таким типом адаптации велик уровень непредсказуемости, отсутствует лидер, нет четко определенных ролей. Преобладающий хаотичный тип семейной адаптации имеет высокую степень неопределенности и провоцирует усиление тревоги у детей данной группы.

Далее нами были рассмотрены различия в уровне тревожности у часто болеющих и у здоровых детей при помощи шкалы явной тревожности СМАС (в адаптации А.М. Прихожан). Согласно U-критерию Манна-Уитни, обнаружены статистически значимые различия (p-level=0,04). Средний уровень тревожности в группе здоровых детей M=5,7, в группе часто болеющих M=7,03. Несколько повышенный уровень тревожности в группе часто болеющих детей согласуется с частым возникновением эпизодов ОРЗ и с хаотическим типом семейной адаптации.

Мы изучили различия в уровне депрессии часто болеющих и здоровых детей с помощью опросника на выявление депрессии у детей и подростков (М.Ковач). Согласно U-критерию Манна-Уитни, статистически значимые различия не обнаружены ни по одной из шкал опросника. По каждой из измеряемых шкал p-level>0,1. Показатели в обеих группах являются

нормативными. Данный результат может говорить о том, что для часто болеющих детей не характерна трансформация тревожности в депрессивные проявления с течением времени в отличие от детей, имеющих хронические заболевания, в частности – сахарный диабет [5,6].

Согласно опроснику копинг-стратегий детей школьного возраста И.М. Никольской, Р.М. Грановской (в адаптации Е.В. Куфтяк) часто болеющие дети чаще, чем здоровые, используют копинг-стратегии группы «пассивное отвлечение, разрядка» ( $p\text{-level}<0,05$ ). В данную группу входят такие копинг-стратегии, как «сплю», «мечтаю», «ем, пью», «старюсь забыть», «старюсь расслабиться». Используя стратегии данной группы ребенок, по мнению Е.В. Куфтяк, «стремится приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям»[4]. Использование копинг-стратегий группы «активно-деятельностное отвлечение» примерно одинаково выражено как в группе здоровых детей, так и в группе часто болеющих, что может быть фактором, удерживающим психологическую адаптацию часто болеющих детей в рамках нормы.

Опросник на определение уровня агрессивности ребёнка Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко, позволил обнаружить статистически значимые различия в уровне агрессии часто болеющих и здоровых детей ( $p\text{-level}=0,02$ ), согласно критерию Манна-Уитни. Средний уровень агрессивности в группе здоровых детей  $M=7,1$ , в группе часто болеющих  $M=5,4$ . Для часто болеющих детей, в среднем, характерен минимальный уровень агрессивности, что может быть связано с отсутствием у таких детей склонности к трансформации повышенной тревожности в агрессивное поведение. Это говорит о том, что данная категория детей, в отличие от детей с хроническими заболеваниями, применяет другие способы снижения тревожности, в частности – использование копинг-стратегий группы «пассивное отвлечение, разрядка».

Используя методику «Лесенка» в модификации А.С. Фетисовой, Т.И. Сурьяниновой, мы получили следующие результаты. В группе здоровых детей так же, как и в группе часто болеющих, преобладает адекватный тип самооценки (70% и 50% соответственно). Второй по частоте встречаемости тип самооценки в группе часто болеющих детей – инфантильный тип (37%). Данные результаты согласуются с повышенным уровнем тревожности, низкой агрессивностью, предпочтением копинг-стратегий группы «пассивное отвлечение, разрядка».

По шкале «Интегральный показатель адаптации» опросника социально-психологической адаптации Р. Даймонда – К. Роджерса нами обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ( $p\text{-level}<0,05$ ). Средний уровень «Интегрального показателя адаптации» в группе здоровых детей  $M=65$ , в группе часто болеющих  $M=57$ , что соответствует среднему уровню. Также обнаружены различия по шкале «Эскапизм» ( $p\text{-level}<0,05$ ). Уровень «Эскапизма» в группе здоровых детей  $M=16$ , в группе часто болеющих  $M=20$ , что также соответствует среднему уровню. Показатели интегральной адаптации у здоровых детей несколько выше, чем в группе часто

болеющих детей. Ситуация развития, в которой находится часто болеющий ребенок, недостаточное удовлетворение познавательной потребности и потребности в социальных контактах, может приводить к дезадаптации. Однако адекватная самооценка ребенка способствует соотнесению прошлого опыта и особенностей ситуации, предъявляющей повышенные требования, и, как следствие, выбору оптимального способа реагирования. В таком случае ребенок может уходить от реального мира в мир фантазий или использовать стратегии типа «пассивное отвлечение, разрядка». Уровень выраженности адаптации у здоровых детей значительно выше, чем у часто болеющих детей. Данные результаты соответствуют показателям по выраженности тревожности, агрессивности, выбору копинг-стратегий группы «пассивное отвлечение, разрядка», типу семейной адаптации и особенностям самооценки часто болеющих детей.

**Выводы.** Показатели психологической адаптации часто болеющих детей находятся в пределах нормы. Однако степень выраженности этих показателей значительно ниже по сравнению со здоровыми детьми. Особенности психологической адаптации часто болеющих детей проявляются в повышенном уровне тревожности, низком уровне агрессивности, в предпочтении копинг-стратегий группы «пассивное отвлечение, разрядка», в преобладании хаотического типа семейной адаптации. Полученные результаты позволяют разработать программу по профилактике частых ОРЗ в этой группе детей, направленной на изменение соотношения используемых копинг-стратегий, обучение детей способам снижения тревоги, развитие конструктивных форм выражения агрессии, работу с семейной сплоченностью и адаптацией.

### Список литературы

1. Горячева Т. Г., Кофанова Е. Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями //Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – №. 1. – С. 45-60.
2. Груздева О. В., Улыбина Е. В., Вербианова О. М. Возможности и механизмы компенсаторного развития часто болеющих детей старшего дошкольного возраста //Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. ВП Астафьева. – 2018. – №. 3 (45). – С. 135-145.
3. Заплатников А. Л. Часто болеющие дети: все ли решено? //Медицинский совет. – 2018. – №. 17.
4. Куфтяк Е. В., Лебедев А. П., Реунова А. А. Стратегии защитно-совладающего поведения детей в контексте психологического здоровья //Медицинская психология в России. – 2017. – №. 1.
5. Сафронов Д. А., Сурьянинова Т. И., Фетисова А. С. Особенности психологической адаптации детей, больных сахарным диабетом //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – №. 1. – С. 52-57.

6. Семерина А. В., Сурьянинова Т. И. Проблема исследования особенностей эмоциональной сферы детей в ситуации соматического заболевания (сахарный диабет 1 типа) // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. – 2020. – С. 187.
7. Соглаева М. В., Сурьянинова Т. И. Особенности семейных отношений и возможностей адаптации у подростков с функциональной диспепсией // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2018. – Т. 7. – №. 1А. – С. 173-180.
8. Суханов А. А. Психологическая адаптация человека в регионе экологического неблагополучия: концептуальные основы исследования // Евразийский Союз Ученых. 2020. №11-1 (80).

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ПРОКРАСТИНАЦИИ НА СКЛОННОСТЬ К ВИКТИМНОМУ ПОВЕДЕНИЮ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Соломатина Ю.Е.*

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

**Научные руководители – профессор, профессор кафедры общей и клинической психологии, д.психол.н. Разуваева Т.Н., доцент, зав. кафедрой возрастной и социальной психологии, к.психол.н., Гут Ю.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты проведения эмпирического исследования влияния перфекционизма и прокрастинации на склонность к виктимному поведению в юношеском возрасте. Применение эмпирических методов (психодиагностические методики) с последующим применением количественной обработки полученных результатов (множественный регрессионный анализ) позволило обнаружить наличие вклада компонентов прокрастинации и перфекционизма в выраженность склонности к агрессивному, самоповреждающему и саморазрушающему, зависимому и беспомощному, некритичному виктимному поведению; в выраженность реализованной виктимности.

**Ключевые слова:** виктимное поведение, прокрастинация, перфекционизм.

## **INFLUENCE OF PERFECTION AND PROCRASTINATION ON THE PROPENSION TO VICTIM BEHAVIOR IN YOUNG AGE**

*Solomatina J. E.*

**The National Research University "BSU", Belgorod, Russia**

**Scientific advisor - Professor, Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Doctor of Psychology Razuvaeva T.N., Associate Professor, Head of the Department of Age and Social Psychology, Candidate of Psychology Sciences Gut Yu.N.**

**Abstract.** This article reflects the results of an empirical study of the influence of perfectionism and procrastination on the propensity to victimize behavior in adolescence. The use of empirical methods (psychodiagnostic techniques) with the subsequent application of quantitative processing of the results obtained (multiple regression analysis) made it possible to detect the presence of the contribution of the components of procrastination and perfectionism to the severity of the propensity to aggressive, self-damaging and self-destructive, dependent and helpless, uncritical victim behavior; in the severity of realized victimhood.

**Keywords:** victim behavior, procrastination, perfectionism

Актуальность выделенной темы обусловлена признанием присутствия в социальной жизни человека множества невротизирующих факторов, которые могут стать предикторами использования дезадаптивных стратегий совладания со стрессом в виде прокрастинации, выраженность которой также зависит от присутствия явления перфекционизма как дисфункциональной черты личности. Описываемый стрессогенный конструкт может являться детерминантой становления виктимного поведения в обществе вследствие присутствия аутодеструктивных тенденций в рассматриваемых феноменах. Использование вышеуказанного механизма в студенческом возрасте является причиной кризисного проживания юношеского периода, появления внутриличностных конфликтов, следствием чего актуализируются дезадаптивное поведение молодежи.

О.О. Андронникова определяет проявление виктимного поведения как отклонение от правил безопасного поведения, отслеживание которого возможно в комплексе социальных, психических и моральных проявлений. Автор обращается к определению рассматриваемого феномена А.Л. Репецкой, которое заключается в признании явления поведением в предкриминальной и криминальной ситуациях, оно может выступать фактором дальнейшей виктимизации, но может и не фигурировать в этом процессе. Изучение механизма проявления феномена заключается в обращении к биопсихосоциальной модели, что означает признание в качестве детерминант генетические и социально-культурные факторы [1]. Т.В. Белашина и Д.А. Кобзева аргументируют воздействие фактора аутоагрессии на становление виктимных качеств [2]. Также одним из детерминирующих возникновение виктимного поведения процессов является механизм интериоризации виктимогенных норм; следует также отметить значение наличия внутриличностного конфликта, который может рассматриваться как предиктор усвоения и реализации виктимных стереотипов [7].

Феномен прокрастинации представляет собой поведенческий паттерн, включающий тенденцию откладывания совершения важных дел на будущее, при одновременной реализации малозначимой деятельности в настоящий момент [5]. А.М. Лученкова в качестве предикторов феномена прокрастинации выделяет параметры общей тревожности, мотивационной недостаточности и перфекционизм [6]. Зверева, С.Н. Ениколопов, И.В. Олейчик при рассмотрении прокрастинации в юношеском возрасте рассматривают данный феномен как вариант аутодеструктивного поведения (аргументируется схожестью данного типа поведения с релаксационным типом аутодеструктивного поведения), результатом которого являются психические нарушения [3].

По мнению В.В. Парамоновой, перфекционизм является интегральной стилевой характеристикой психической деятельности личности, ее выражение характерно в познавательной, эмоционально-регуляторной, коммуникативной сферах и структуре личностной организации индивида [9]. Автор указывает на присутствие в теоретическом понимании явления плюрализм мнений, что отражается в выделении внутри феномена ощущения чувства фрустрации и бессилия из-за недостижения субъективного идеала, в противоположность этому положению является признание присутствия в феномене удовлетворенности собственной деятельностью и творческим подходом при реализации планов [8]. Подтверждая данные противоречия, Дональд Хамачек выделяет адаптивный и невротический перфекционизм [4].

Таким образом, наличие общих этиологических факторов развития виктимного поведения, перфекционизма и прокрастинации; рассмотрение феномена прокрастинации как формы аутодеструктивного поведения и признания предиктором проявления прокрастинации явления перфекционизма при одновременном подчеркивании влияния выраженности аутоагрессивных тенденций на становление виктимного поведения делает правомерной поставленную гипотезу о существовании зависимости склонности к виктимному поведению от выраженности прокрастинации и компонентов перфекционизма.

Проблема исследования состоит в определении влияния перфекционизма и прокрастинации на склонность к виктимному поведению в юношеском возрасте.

Эмпирическое исследование осуществлялось с использованием следующих методик: 1. Трехфакторный опросник перфекционизма (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, 2018); 2. «Шкала прокрастинации» Б. Тукмена (адаптация Т.Л. Крюковой, 2009); 3. Методика исследования склонности к виктимному поведению (О.О. Андронникова).

Исследование осуществлялось на базе Белгородского государственного национального исследовательского университета («НИУ «БелГУ»), в нем приняли участие студенты-психологии в количестве 50 человек, возрастной диапазон выборки респондентов составляет 18-22 лет.

При планировании исследования было предположено, что существует зависимость склонности к виктимному поведению студентов от выраженности прокрастинации и компонентов перфекционизма.

Для подтверждения поставленной гипотезы был проведен множественный регрессионный анализ с целью изучения взаимосвязей между показателями склонности к виктимному поведению и параметрами прокрастинации и перфекционизма. (Таблица 1)

**Таблица 1**

**Степень влияния прокрастинации и перфекционизма на склонность к виктимному поведению**

Показатели перфекционизма и прокрастинации	Нестандартиз. коэффиц.		Стандартизованные коэффиценты	t	Ур. знч. р
	$\beta$	Стан. ошибка	$\beta$		
<b>Склонность к агрессивному виктимному поведению</b>					
Прокрастинация	0,073	0,016	0,557	4,578	0,000***
<b>Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению</b>					
Высокие стандарты	-0,124	0,065	-0,282	-1,912	0,063**
<b>Склонность к зависимому и беспомощному поведению</b>					
Негативное селектирование	0,162	,089	0,385	1,811	,077*
<b>Склонность к некритичному поведению</b>					
Негативное селектирование	-0,158	0,091	-0,408	-1,743	0,089*
<b>Реализованная виктимность</b>					
Прокрастинация	0,063	0,022	0,337	2,907	0,006***

Примечание:  $p \leq 0,1^*$ ,  $p \leq 0,05^{**}$ ,  $p \leq 0,01^{***}$

Как отражает данные, представленные в таблице 1, показатели перфекционизма, прокрастинации студентов были отнесены к независимым переменным, а параметры склонности к виктимному поведению – к зависимым (что отражается во влиянии на проявление данного показателя феноменов перфекционизма и прокрастинации). В результате применения множественного регрессионного анализа было получено 5 регрессионных моделей, соответствующих параметрам склонности к виктимному поведению и реализованной виктимности: склонность к агрессивному виктимному поведению, склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, склонность к гиперсоциальному поведению, склонность к зависимому и беспомощному поведению, склонность к некритичному поведению, реализованная виктимность.

В анализ полученных моделей были включены только те регрессионные  $\beta$ -коэффициенты, которые имели статистическую значимость. При анализе регрессионной модели по параметру «Шкала склонности к агрессивному виктимному поведению» был получен  $\beta$ -коэффициент на уровне высокой статистической значимости по фактору «Шкала прокрастинации» ( $\beta=4,578$ ;  $p \leq 0,01$ ), что отражает наличие вклада тенденции откладывать важные дела на будущее в выраженность импульсивного агрессивного поведения.

Анализ регрессионной модели по параметру «Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению» обнаружен  $\beta$ -коэффициент на достоверном уровне статистической значимости по параметру

«Высокие стандарты» ( $\beta=-0,282$ ;  $p\leq 0,05$ ). Выявленная закономерность свидетельствует о зависимости присутствия психосоматической аутодеструкции («Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению») от наличия высоких стандартов и требований к себе («Высокие стандарты»).

Анализ регрессионной модели по параметру «Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению» выявил присутствие  $\beta$ -коэффициента на уровне статистической тенденции по показателю «Негативное селектирование» ( $\beta=0,385$ ,  $p\leq 0,1$ ), что свидетельствует о вкладе фиксации на собственном несовершенстве (Негативное селектирование) в отсутствие сопротивления в виктимогенной ситуации («Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению»).

Изучение регрессионной модели по параметру «Шкала склонности к некритичному поведению» позволило обнаружить  $\beta$ -коэффициент на уровне статистической тенденции по показателям «Негативное селектирование» ( $\beta=-0,408$ ,  $p\leq 0,1$ ). Выявленная закономерность свидетельствует о зависимости неосмотрительности и неумения правильно оценить жизненные обстоятельства («Шкала склонности к некритичному поведению») от фиксации на собственном несовершенстве («Негативное селектирование»).

Анализ регрессионной модели по параметру «Шкала реализованной виктимности» позволил обнаружить  $\beta$ -коэффициент на высоком уровне статистической значимости по показателю «Шкала прокрастинации» ( $\beta=0,337$ ,  $p\leq 0,01$ ). Полученные результаты свидетельствуют о наличии зависимости частоты попадания респондентом в опасные ситуации («Шкала реализованной виктимности») от тенденции откладывать важную деятельность на будущее.

Таким образом, в результате проведения эмпирического исследования была подтверждена гипотеза о существовании зависимости виктимности и склонности к виктимному поведению от параметров перфекционизма и прокрастинации. Полученные данные позволяют говорить о возможности коррекции проявлений виктимного поведения через работу педагогов и психологов с феноменами перфекционизма и прокрастинации.

### Список литературы

1. Андронникова, О. О. Онтогенетическая концепция виктимности личности: диссертация ... д-р психол. наук: 19.00.13 / Андронникова Ольга Олеговна. – Новосибирск, 2018. – 566 с.
2. Белашина, Т. В. Аутоагрессия как предиктор виктимного поведения личности / Т. В. Белашина, Д. А. Кобзева // Психология человека в образовании. – 2020. – №1. – С. 26-32
3. Зверева, М. В. Прокрастинация и агрессия при психической патологии у лиц молодого возраста / М. В. Зверева, С. Н. Ениколопов, И. В. Олейчик // Психологическая наука и образование. – 2015. – Т. 20. – № 2. – С. 70–77.

4. Кашина, О. П. Проблема перфекционизма и нарциссизма в современном обществе / О. П. Кашина // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2010. – №2. – С. 41-46
5. Ковылин, В. С. Теоретические основы изучения феномена прокрастинации / В. С. Ковылин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – №2. – С. 22-41
6. Лученкова, М. А. От прокрастинации к реализации жизненных целей: монография / М. А. Лученкова – Саратов: Саратовский источник, 2016 – 126 с.
7. Максименков, А. А. Психологические аспекты виктимности / А. А. Максименков, А.В. Майоров // Виктимология. – 2015. – №4 (6). – С. 26-30
8. Парамонова, В. В. Высшие устремления личности: перфекционизм как патологический феномен / В. В. Парамонова // Развитие личности. – 2009. – №1. – С. 64-78
9. Парамонова, В. В. Перфекционизм при тревожных и депрессивных расстройствах: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Парамонова Валерия Викторовна. – Москва, 2011. – 33 с.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ  
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Сулейманов К.Б.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, профессор кафедры общей и  
клинической психологии, д.психол.н. Симоненко И.А.**

**Аннотация:** В статье показаны результаты исследования группы детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра при помощи шкалы оценки детского аутизма ASDAS. Приводится краткий анализ полученных результатов.

**Ключевые слова:** PAC, аутизм, диагностика нарушений, ASDAS

**RESEARCH OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF  
PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS.**

*Suleymanov K.B.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific supervisor - Associate Professor, Professor of the Department of  
General and Clinical Psychology, Doctor of Psychology. I.A. Simonenko.**

**Abstract:** The article shows the results of a study of a group of preschool children with autism spectrum disorders using the ASDAS child autism assessment scale. A brief analysis of the results obtained is given.

**Keywords:** ASD, autism, diagnosis of disorders, ASDAS

На современном этапе расстройства аутистического спектра являются важной проблемой на стыке нескольких наук – психиатрии, психологии, дефектологии, социологии и др. Тенденции к открытому обществу, готовому принять человека вне зависимости от его особенностей, создают ситуацию, в которой необходимыми являются эффективные программы всесторонней помощи лицам с ОВЗ.

Дошкольный возраст, как отрезок, изобилующий сензитивными периодами развития психики, является важным временным промежутком для программ помощи и коррекции.

Термин «Расстройства аутистического спектра» объединяет категории детей с различным уровнем психического развития: как с тяжелыми нарушениями интеллекта, так и с нормативным речевым и интеллектуальным развитием.

В нашей стране вопросами расстройств аутистического спектра занимались В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либринг, С.А. Морозов и другие. В основе понимания расстройств аутистического спектра лежит предположение о нарушении эмоционально-волевой сферы в качестве первичного дефекта.

Так, Лебединский В.В. и Никольская О.С сформировали следующее решение вопроса о патогенезе раннего детского аутизма:

- первичными расстройствами раннего детского аутизма являются повышенная эмоциональная чувствительность ребёнка вместе со слабостью энергетического потенциала. На базе данных особенностей развития ребёнка формируются вторичные нарушения.

- аутизм в данной ситуации рассматривается как вторичный дефект, и в качестве попыток избежать воздействий внешнего мира формируются стереотипии и сверхценные интересы, аффективные блокады, заторможенные реакции на зрительные и слуховые стимулы. [1,2]

В рамках диссертационного исследования нами подготовлена программа развития регуляции поведения дошкольников с РАС. Мы исходили из гипотезы, что фокусировка коррекционной работы на проблемах регуляции поведения у детей будет способствовать снижению негативных проявлений при РАС и повышению адаптивности. Характерная для детей с РАС яркая картина аффективных проблем и вторичных защитных установок в виде ухода от контакта, негативизма, стереотипности, страхов, агрессивных и аутоагрессивных проявлений связана с невозможностью ребёнка к адекватной саморегуляции.

Программы коррекции РАС через развитие регуляции могут позволить снизить негативные проявления, характерные для расстройств аутистического спектра. Однако, учитывая большое разнообразие особенностей, характерных для этой категории детей с ОВЗ, актуальным является всестороннее изучение

каждого конкретного испытуемого. Целью нашего исследования являлось изучение особенностей дошкольников с РАС для дальнейшего внедрения программы коррекции, направленной на развитие регуляции поведения.

**Материалы и методы исследования.** В процессе исследования нами была использована Шкала оценки степени аутизма у детей (ASDAS), переведённая и адаптированная в рамках проекта Autistic Sity.[3]

Шкала ASDAS базируется на диагностических критериях аутизма, прописанных в DSM-IV. [4] ASDAS используется в зарубежной практике для тестирования детей дошкольного возраста на предмет наличия РАС.

Выбор методики связан с необходимостью диагностического средства, способного максимально полно раскрыть особенности состояния испытуемого с одной стороны, но с другой простого в использовании и доступного в качестве метода оценки результатов внедрения коррекционной программы.

**Результаты и их обсуждение.** Для диагностики детского аутизма в соответствии с критериями DSM-IV необходимо наличие связанных со значительной дисфункцией особенностей по каждому разделу с оценкой «Умеренно выражено» или «Резко выражено».

Критерии DSM-IV предусматривают проявление нарушений, связанных с аутизмом, не позднее возраста 3х лет и дальнейшее их значительное ухудшение в одном из следующих:

- Социальное взаимодействие
- Язык
- Символическая или воображаемая игра

Если эти требования соблюдены, то показатели могут соответствовать следующим определениям:

0 - 49 = нет аутизма

50-100 = невыраженный аутизм

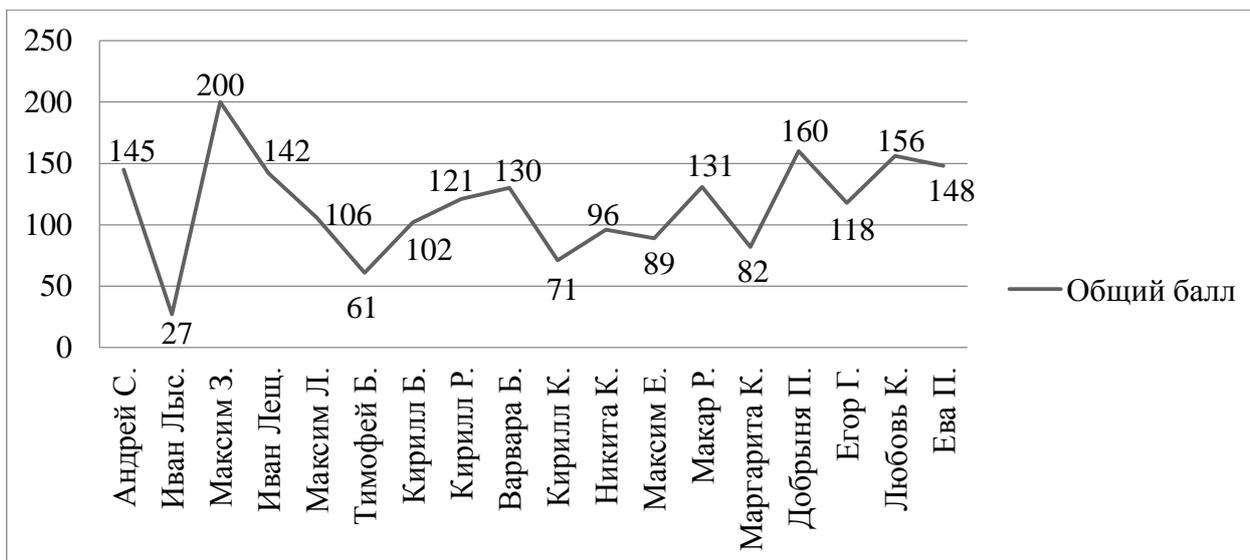
100-150 = умеренно выраженный аутизм

> 150 = тяжелая форма аутизма

Методикой были обследованы 18 детей в возрасте от 3 до 4,9 лет, средний возраст испытуемых – 3,6 лет.

У большинства испытуемых (16) стоит диагноз РАС, у 2 детей аутичное поведение или диагноз РАС под вопросом.

Исследование проводилось в период с декабря 2020 по август 2021. Тестовая форма заполнялась родителем, параллельно специалист консультировал родителей по возникающим в процессе заполнения вопросам. Результаты испытуемых представлены в Рисунке 1.



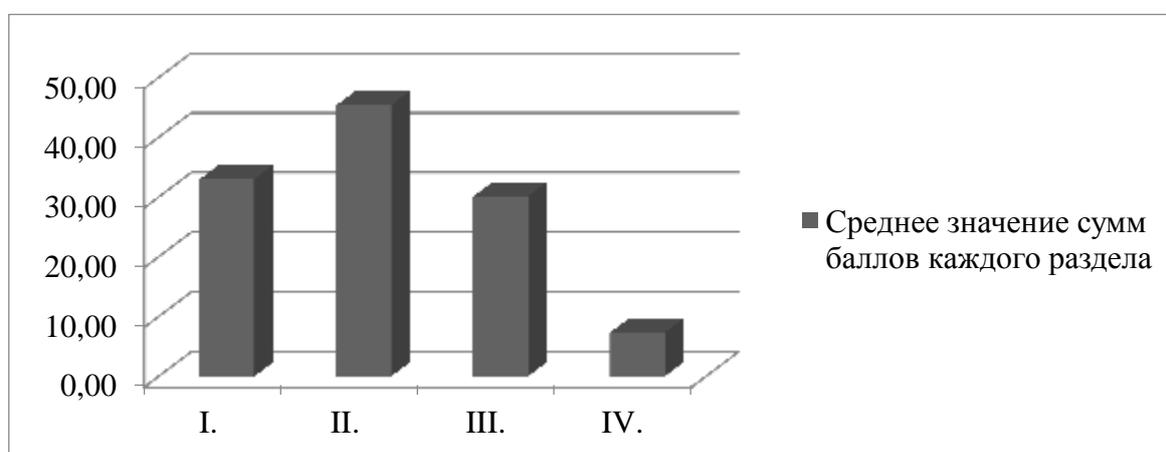
**Рис. 1. Исследование детей дошкольного возраста по методике ASDAS**

Как мы видим из Рисунка 1, один ребёнок, Иван Л., не смотря на диагноз «Аутичное поведение», набрал недостаточно баллов для попадания в категорию проявлений аутизма. Наибольшее количество баллов набрал испытуемый Максим З., что соответствует наиболее тяжелым проявлениям аутизма.

На Рисунках 2 и 3 мы видим среднее количество баллов по разделам ASDAS. Раздел VI имеет наименьшее количество баллов из-за меньшего количества вопросов, поэтому он менее информативен и отражает лишь наличие или отсутствие поведенческих нарушений у ребёнка.

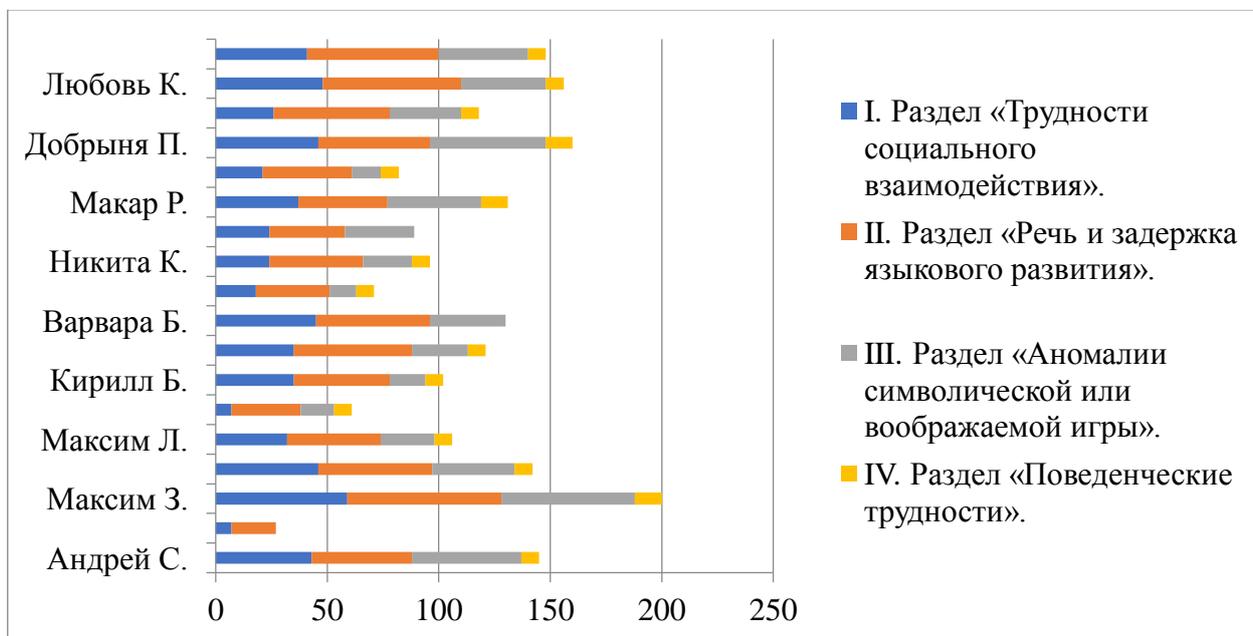
Интерес для исследователя представляют разделы I, II, и III. Количество вопросов в первом и втором разделе равно 16, во втором – 15. Но именно второй пункт набрал наибольшее среднее количество баллов.

Это связано, по нашему мнению и наблюдениям из практики, с тем, что нарушения речи являются для родителей наиболее тревожным симптомом при нарушениях развития ребёнка. И характерное для аутичных расстройств своеобразие развитие речи порой воспринимается родителями ребёнка за первичное нарушение, вынуждая их впервые обратиться к специалисту.



**Рис. 2. Средний балл испытуемых по разделам ASDAS**

Детализированные данные по разделам представлены на Рисунке 3. Мы так же можем отметить, что речевые нарушения в большинстве случаев являются превалирующими в картине особенного развития аутичного ребёнка. Как мы можем судить из результатов Ивана Л., набравшего наименьшее количество баллов, у него так же основные нарушения проявляются в области речи. Родителям ребенка рекомендовано пройти повторное обследование.



**Рис. 3. Детализированные данные испытуемых по разделам ASDAS**

Следующий по количеству набранных баллов в выборке раздел это социальное взаимодействие. Оно является вторым наиболее заметным отклонением в развитии ребёнка.

Однако из трёх объемных разделом с наименьшим количеством баллов оказался Раздел III, отражающий аномалии символической или воображаемой игры. Возможно, это связано с тем, что возраст трёх-четырёх лет является сензитивным для развития сложной сюжетно-ролевой игры. И нарушения игровой деятельности являются на данном возрастном этапе не такими заметными, как нарушения речи и социального взаимодействия.

Исследование детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра при помощи методики ASDAS показало характерную для данного типа нарушений картину с «триадой» основных трудностей: речи, социального взаимодействия и сюжетно-ролевой игры. Однако, при помощи данной методики недостаточно подробно изучаются особенности поведения как отражение внутренней психической деятельности ребёнка.

### Список литературы

1. Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / В.В. Лебединский. – М.: Изд-во МГУ, 2010.

2. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: Пути помощи [Текст]/ О.С. Никольская. – М.: Теревинф, 2009.
3. Шкала оценки детского аутизма. [Электронный ресурс] / Autistic City. – Режим доступа: <https://www.aspergers.ru/asd-assessment-scale> (дата обращения: 23.09.2021)
4. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». [Text] — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

**ПРОБЛЕМА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С  
УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И  
ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**  
*Сыроватская Д.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель - доцент, профессор кафедры психологии здоровья**  
**и нейропсихологии, д.психол.н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация:** Самоповреждающим или аутоагрессивным поведением, в самом широком смысле, является намеренное самостоятельное причинение телесных повреждений с отсутствием суицидальной направленности. У детей с нарушениями развития, в том числе и с умственной отсталостью, оно входит в структуру стереотипий, и является способом саморегуляции и коммуникации в условиях депривации. В статье представлен библиометрический анализ публикационной активности отечественных и зарубежных исследований в базах данных Elibrary.ru и PubMed по проблеме самоповреждающего поведения у детей с умственной отсталостью. Определены степень разработанности проблемы, и ведущие направления в этой сфере.

**Ключевые слова:** самоповреждающее поведение, стереотипное поведение, умственная отсталость, библиометрический анализ.

**THE PROBLEM OF SELF-INJURIOUS-BEHAVIOR IN CHILDREN WITH  
MENTAL RETARDATION IN DOMESTIC AND FOREIGN STUDIES**  
*Syrovatskaya D.I.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific adviser: Associate Professor, Professor of the Department of**  
**Health Psychology and Neuropsychology, Doctor of Psychology Molchanova**  
**L.N.**

**Abstract:** Self-injurious or auto-aggressive behavior, in the broadest sense, is intentional self-injury with no suicidal tendency. In children with developmental

disabilities, including those with mental retardation, it is part of the structure of stereotypes, and is a way of self-regulation and communication under conditions of deprivation. The article presents a bibliometric analysis of the publication activity of domestic and foreign research in the databases Elibrary.ru and PubMed on the problem of self-injurious behavior in children with mental retardation. The degree of development of the problem, and the leading directions in this area are defined.

**Keywords:** self-harming behavior, stereotypical behavior, mental retardation, bibliometric analysis.

Дети с умственной отсталостью составляют одну из основных категорий среди всех видов дизонтогенеза. Так как зачастую, УО встречаются не только в качестве самостоятельного нарушения, но и в структуре смешанных синдромов. По данным ВОЗ от 1977 года, до 3% мирового населения страдает умственной отсталостью [8]. В России за 2005 год выявлено 694,1 случая УО на 100 тыс. населения и 686,6 на 100 тыс. в 2006 году. Среди детей по данным Б.Д. Менделевича за период с 2001 по 2007 год, число умственно отсталых составляет 16,4% и 22,9 % среди подростков [3]. Согласно информации Федеральной службы государственной статистики среди пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на 2018 год контингент детей с УО в возрасте от 0 до 14 лет составил 92,9 тыс. (358,2 на 100 тыс.) [1]. Одной из актуальных проблем, касающейся психической сферы детей с УО и на прямую связанной с их адаптацией и социализацией, является проблема самоповреждающего или аутоагрессивного поведения. Н.А. Польская указывает, что СП у детей с УО регистрируется в 4-14% случаев и в 10-15% при условии проживания в специализированных учреждениях [4]. А Г.Л. Чухутова приводит данные о 31% случаев СП у детей с УО [7]. Значительная роль данного поведения в приспособлении ребёнка к окружающему миру и в тоже время его опасность, делают проблему актуальной, требующей не только изучения, но разработки метод коррекции и предотвращения СП.

Исходя из этого, мы считаем необходимым проведение библиометрического анализа публикационной активности в российских и международных базах по теме самоповреждающего поведения у детей с умственной отсталостью, определение степени разработанности проблемы, а также ведущих и перспективных направлений в этой сфере.

Анализ проводился в информационном пространстве российской электронной библиотеки Elibrary.ru и международной базе данных PubMed по таким критериям, как тематические направления, годы, типы публикаций, базы данных, страны-лидеры, в период за последние десять лет.

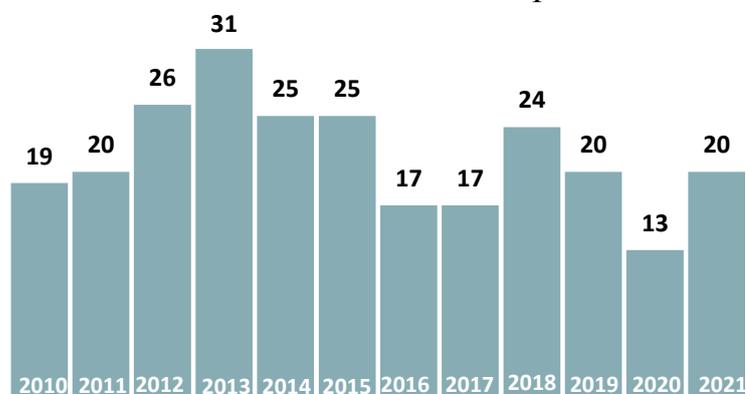
Самоповреждающее поведение имеет полиэтиологическое происхождение. Оно может быть выявлено как у людей с нормативным развитием, так и у имеющих психические нарушения или нарушения развития. При этом механизмы и формы его проявления тоже весьма различны. Самоповреждение или аутоагрессия у детей с нарушениями развития, в том

числе и с умственной отсталостью, является одним из проявлений стереотипий. Это «ритмичные движения, производимые индивидом достаточно часто и всегда неизменным способом, лишённые какой-либо очевидной цели или функции» [7]. Стереотипное СП неосознанно совершается ребёнком с целью организации двигательной активности, саморегуляции, самостимуляции и коммуникации. Стереотипии, как и СП являются компенсаторным действием в следствие дефицита психических функций, которые приводят к депривации: сенсорной или социальной. Дети с нарушениями развития, к которым в первую очередь относятся аутизм, нарушение зрения, слуха и умственная отсталость (именно при этих формах стереотипии и СП встречаются наиболее часто), имеют «нарушения переработки сенсорной информации на уровне мозга, а именно – трудности сенсорной интеграции. ... И те и другие недополучают естественной сенсорной информации из окружающей внешней среды, и поэтому пытаются восполнить этот недостаток путем стереотипной самостимуляции.» [7]. Стереотипное СП у детей с УО проявляется в виде шлепков по голове или лицу, удары головой об пол, стены и мебель. Также по словам Н.А. Польской, у детей с умственной отсталостью помимо дисфункционального СП (стереотипное), встречается ещё и реактивный тип, который ситуативно обусловлен и связан с реакцией на неблагоприятные обстоятельства. Это единичное повреждение (импульсивное или волевое), не характерное для ребёнка, но вызванное сильной стрессовой ситуаций, дополняющейся недостаточностью когнитивного и эмоционального развития [4].

Библиометрический анализ публикационной активности по теме самоповреждающего поведения у детей с умственной отсталостью в период с 2010 г. по 2021 г. проводился на базе: eLibrary.ru. В процессе поиска по запросу «самоповреждающее поведение у детей с умственной отсталостью» была найдена одна публикация от 2020 года по теме «Суицидальное поведение у лиц с умственной отсталостью: обзор литературы». В данной статье упоминается самоповреждающее поведение по реактивному типу, как импульсивность и агрессивность, направленная на себя. По запросу «самоповреждающее поведение у детей с нарушением развития» было найдено 3 публикации: «Стереотипное и самоповреждающее поведение у детей с нарушениями в развитии» от 2013 года, «Эмоционально-поведенческие проблемы младших школьников с нарушениями слуха» от 2019 года и «Суицидальное поведение лиц с умственной отсталостью» от 2020 года. Анализ, проведённый по ключевым словам «самоповреждающее поведение» и «умственная отсталость» показал наличие только одной публикации «Самоповреждающее поведение детей и подростков с психическими расстройствами» от 2019 года. В ней приводятся классификация типов СП и их связь с конкретными видами патологий психической сферы. Так говорится, что для детей с УО наиболее характерно стереотипное СП, как адаптивный механизм приспособления к окружающей среде. При этом указывается, что распространённость СП у детей с РАС в сочетании с УО выше, чем у детей только с УО.

Проведённый анализ показал, что в России тема самоповреждающего поведения у детей с нарушениями развития, в том числе и с УО, развита очень слабо. При том, что интерес к проблемам людей с УО продолжает расти. За 2020 год было представлено самое большое число публикаций (317) по ключевому слову «умственная отсталость». Основные направления: 46 по теме «психология», 193 по теме «народное образование, педагогика» и 35 по теме «медицина». Подавляющая часть публикаций по ключевому слову «самоповреждающее поведение» посвящено изучению данного феномена у детей и подростков с нормальным развитием или с психическими заболеваниями. При том, что дезонтогенетический тип СП практически не изучается. В существующих публикациях по теме СП у УО присутствуют только классификации и обобщения на основе зарубежной литературы. Также не представлено никаких разработок по коррекции и предотвращению данного вида поведения.

Для проведения следующего этапа анализа мы обратились к англоязычной базе данных PubMed. Для начала отметим, что график публикационной активности по запросу «умственная отсталость» совпадает с публикационной активностью на русскоязычной базе данных eLibrary.ru. За 2020 год наблюдается пик публикационной активности – 4876 публикаций. Что говорит об общей заинтересованности мирового научного сообщества в вопросах умственно-отсталых людей. Результаты по запросу «Self-injurious behavior in children with mental retardation» с 2010 по 2021 показали наличие 220 публикаций. Публикационная активность по годам представлена на рис. №1



**Рис.1. Гистограмма распределения публикаций по запросу «Self-injurious behavior in children with mental retardation» с 2010 по 2021**

Преимущественно публикации представлены странами Европы: Нидерланды, Великобритания, Германия, Греция. Тематический анализ, проведённый с помощью программы VOSviewer по ключевым словам показал, что в два самых крупных кластера «самоповреждающее поведение» и «умственная отсталость» входят 3 группы слов, которые мы разделили для удобства. В первую группу мы выделили слова, связанные непосредственно с психологическим аспектом СП: стереотипное поведение, стереотипные двигательные расстройства, вызывающее поведение, поведенческая терапия,

социальная среда, психологическая адаптация, психологическое подкрепление, качество жизни. Во вторую группу мы отнесли слова, относящиеся к дифференциальной диагностике: синдром дефицита внимания, аутизм, расстройства аутистического спектра, психические расстройства, нарушения развития, когнитивные расстройства, нарушения сна, синдром хрупкой X хромосомы, синдром Прадера-Вилли, синдром Леша-Нихана. Третья группа слов входит в кластер «подростки»: суицидальные идеи, суицид, проблемы поведения, самоповреждения, психотропные препараты.

Анализ зарубежных публикаций показал наличие не только значительных наработок в области медицины и генетики, связанных с нарушениями развития, но и разработок моделей самоповреждающего поведения у детей с нарушениями развития, выявление факторов риска для самоповреждения и указание сфер вмешательства. Подчеркивается возможность целенаправленного раннего вмешательства, связанного с риском. Указывается необходимость повышения уровня подготовки практикующих специалистов в области проведения мероприятий по борьбе с самоповреждениями. Также представляется важным, отметить наличие работ, рассматривающих СП у детей с ограниченными возможностями здоровья в связи со статусом инвалидности, социально-демографическими факторами, курением, употреблением алкоголя, проблемами со сном.

Делая выводы, мы можем сказать, что вопрос самоповреждающего поведения является достаточно сложным из-за трудностей диагностики, необходимости длительного наблюдения за детьми в разных условиях и ситуациях. Это не даёт возможность разработки методов, направленных на коррекцию и устранение СП. Несмотря на высокий интерес в России к проблемам умственно отсталых, данный вопрос практически не разработан. В то время как в зарубежных источниках присутствует устойчивая публикационная активность за последние десять лет по проблемам самоповреждающего поведения у детей с нарушениями развития. Преимущественные направления связаны с дифференциальной диагностикой и описанием СП у детей со сложными синдромами, социальная и средовая обусловленность данного феномена, факторы риска, поведенческая терапия, адаптация и воспитание. В связи с этим, данная тема представляется нам хоть и сложным, но перспективным и молодым направлением в сфере психологии, медицины и педагогики в России.

### Список литературы

1. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., Харькова Т.Л., Чумарина В.Ж., Пак Ден Нам Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. - М., 2019. – 170 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2019.pdf> (Дата обращения 27.11.21)
2. Красильникова А.М., Пыркова К.В. Самоповреждающее поведение детей и подростков с психическими расстройствами // Неврологический вестник, 2019,

- том 51, № 2, с. 85-91. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39147835> (Дата обращения 29.11.21)
3. Михейкина О.В. Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы) // обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2012, № 3, с. 24-33. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2012\\_09\\_obozr\\_357.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2012_09_obozr_357.pdf) (Дата обращения 27.11.21)
4. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дис. ... канд. докт. псих. наук : 19.00.04 : – М., 2017. – 423 с.
5. Польская Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения // Психологический журнал, 2014, том 35, № 2, с. 45–56. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21560869> (Дата обращения 28.11.21)
6. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С., Булыгина И.Е. Суицидальное поведение лиц с умственной отсталостью: обзор литературы // Суицидология, 2020, том 11, № 1(38), с. 130-145. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42838542> (Дата обращения 29.11.21)
7. Чухутова Г.Л. Стереотипное и самоповреждающее поведение у детей с нарушениями в развитии // Современная и зарубежная психология, 2013, том 2, № 4, с. 92-117. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21109589> (Дата обращения 28.11.21)
8. Умственная отсталость: доклад Генерального директора. Всемирная организация здравоохранения. 1977. [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112359> (Дата обращения 29.11.21)

## **ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)**

*Терентьева Е.Р.*

**Курский государственный медицинский университет, г.Курск, Российская  
Федерация**

**Научный руководитель – доцент, и.о. зав. кафедры психиатрии и  
психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты предварительного теоретико-методологического анализа научной литературы, посвященной проблеме личностных характеристик больных рекуррентной депрессией.

**Ключевые слова:** депрессия, рекуррентная депрессия, характеристики личности.

## **PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSION (THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS)**

**Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation**  
**Scientific advisor – Associate Professor, Acting Head Department of Psychiatry**  
**and Psychosomatics, Candidate of Medical Sciences Pastukh I.A.**

**Abstract.** The article presents the results of a preliminary theoretical and methodological analysis of scientific literature devoted to the problem of personal characteristics of patients with recurrent depression.

**Keywords:** depression, recurrent depression, personality characteristics.

Депрессия – «психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего» [9]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия является распространенным заболеванием, которым, по оценкам, страдают 3,8% населения, в том числе 5% взрослых и 5,7% людей старше 60 лет. Около 280 миллионов человек во всем мире страдают депрессией. Депрессия отличается от обычных перепадов настроения или краткосрочных эмоциональных реакций на сложные ситуации повседневной жизни.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделяются следующие варианты течения депрессии: единственный депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, дистимия, циклотимия.

Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется повторяющимися эпизодами депрессий без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям мании. Многократно повторяющимся эпизодам такого расстройства свойственны проявления так называемой депрессивной триады – сниженное настроение, психомоторная заторможенность и идеаторные нарушения. Перечень диагностических критериев депрессивного эпизода включает как основные, так и дополнительные симптомы (сниженная самооценка, идеи виновности, частые мысли о смерти, самоубийстве и др.).

Первым эпизодам болезни, как правило, предшествуют психические травмы, особое психическое или физическое перенапряжение, физиологические сдвиги и влияние экзогенных факторов. Связь с психотравмирующей ситуацией и воздействием внешних факторов относительна и ослабевает с каждым новым эпизодом болезни [8,9].

Интересным представляется вопрос влияния личностных особенностей на возникновение, развитие и течение депрессивного расстройства. Так, Гаранян Н.Г. описывает модели взаимосвязи личностных дисфункций и депрессии –

модель общей причинности, модель спектра, predisпозиционная модель (уязвимости), патопластическая модель и модель осложнения [2].

Елшанский С.П. с соавт. отмечают наличие отрицательной корреляционной связи позитивными личностными феноменами и депрессией [3]. О связи дисфункциональных личностных черт (перфекционизма и враждебности) и депрессии сообщает Васильева М.Н. Автор указывает на необходимость использования данных черт в качестве важных мишеней психотерапевтических мероприятий с больными депрессией [1].

Лысенко А.В. в своем исследовании установила, что для больных рекуррентной депрессией характерна повышенная личностная тревожность, при относительно нормальных показателях ситуативной тревожности [6].

Корень С.В. указывает, что для больных рекуррентной депрессией характерны признаки агрессивности, параноидность и психотицизм и др. [5].

По данным Жабентяева В.А. с соавт., пациентам с депрессивными эпизодами свойственны социально-психологическая дезадаптация, а также зависимые, депрессивные и мазохистические черты личности [4].

Таким образом, проведенный теоретико-методологический анализ научной литературы отражает актуальность проблемы и является предварительным этапом изучения личностных характеристик больных рекуррентной депрессией. Предполагается, что установленные данные будут использованы при разработке программ психогигиены, психопрофилактики и коррекции аффективных расстройств.

### Список литературы

1. Васильева, М.Н. Дисфункциональные черты в структуре личности больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению / М.Н. Васильева // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2008. – 74 (2). – С.78-86.
2. Гаранян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, №1. – С.79-89.
3. Елшанский, С.П. Депрессия и позитивные личностные феномены. Есть ли отрицательные корреляции? / С.П. Елшанский, А.Ф. Ануфриев, З.Ф. Камалетдинова, О.Е. Сапарин, Д.В. Семенов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т.26, №3. – С.25-29.
4. Жебентяев, В.А. Психологические особенности личности пациентов при различных клинических вариантах психогенных депрессивных расстройств / В.А. Жебентяев, А.А. Кирпиченко, А.П. Солодков // Вестник ВГМУ. – 2006. – Т.5. – №1. – С.1-11.
5. Корень, С.В. Личностные характеристики и структура депрессии при аффективных расстройствах (сравнение органического аффективного расстройства и рекуррентной депрессии) / С.В. Корень / диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.18. – 2008. – 148 с.

6. Лысенко, А.В. Исследование тревожности у больных рекуррентным депрессивным расстройством / А.В. Лысенко // Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2018. – №12 (28). – С.90-93.

7. Пастух, И.А. Психологические особенности больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройством / И.А. Пастух, Е.В. Феоктистова, М.А. Протопопова, Д.С. Сирош // Сибирский психологический журнал. – 2021. – №80. – С.128-145.

8. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 622 с.

9. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине (определение, распространенность, клиника, лечение) / А. Б. Смулевич, М. Ю. Дробижев // Сердце. – 2015. – Т.6. – №5. – С.272-276.

## **ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОЖИДАЮЩИХ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ**

*Тимофеева П.В.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры психиатрии и  
клинической психологии, к.м.н. Богушевская Ю.В., ассистент, к.психол.н.  
Глушкова В.П.**

**Аннотация.** У беременных женщин, ожидающих ребенка с врожденным пороком развития выявляются индивидуально – личностные особенности, которые влияют на специфику переживания беременности и проявляются в эмоциональной и смысловой сферах.

**Ключевые слова:** индивидуально-типологические особенности, уровень тревожности, сензитивность, врожденная патология развития, беременность.

## **INDIVIDUAL TYPOLOGICAL FEATURES OF PREGNANT WOMEN EXPECTING A CHILD WITH A CONGENITAL MALFORMATION**

*Timofeeva P.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific advisor - Associate Professor, Associate Professor of the Department  
of Psychiatry and Psychosomatics Candidate of Medical Sciences  
Bogushevskaya Yu.V., Candidate of Psychology, assistant, Candidate of  
Psychological Sciences, Glushkova V.P.**

**Abstract.** In pregnant women expecting a child with a congenital malformation, individual and personal characteristics are revealed that affect the specifics of the experience of pregnancy and manifest themselves in the emotional and semantic spheres.

**Keywords:** individual typological features, anxiety level, sensitivity, congenital developmental pathology, pregnancy.

В настоящее время многие исследователи уделяют внимание эмоциональным факторам осложнений беременности [1,4,5,9]. Особенно важным становится изучение индивидуально-психологических особенностей беременных женщин, ожидающих ребенка с врожденным пороком развития (ВПР). Значимость и необходимость изучения данной проблемы, обусловлена увеличением количества беременностей, осложненной врожденной патологией плода.

Таким образом, по последним данным за минувшее десятилетие проблема врожденной патологии у детей приобрела важное медико-социальное значение. Так в системе перинатальной и неонатальной заболеваемости врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии сохраняются ведущими причинами младенческой смертности и детской инвалидности [2,8,10].

По данным ВОЗ, около 26,0 % всех врожденных пороков развития плода, выражаются поражением центральной нервной системы (ЦНС).

По материалам оценки заболеваемости новорожденных за последние годы рост врожденной и наследственной патологии у детей вырос с 18,7 % до 29,1%. Так же следует подчеркнуть, что распространенность ВПР имеет различия среди населения разных городов и варьируется от 11,4 до 32 случаев на 1000.

Беременность можно рассматривать как макрострессор, который влечет за собой изменения в психологическом и соматическом состоянии женщины. Гормональные перестройки, стрессовые ситуации, индивидуальные особенности и адаптационные механизмы женщины наносят свой отпечаток на течение беременности [3,6,7,11]. В большей степени влиянию негативных тенденций подвержены беременные женщины, столкнувшиеся с патологическим ее протеканием (ВПР у плода), в таких ситуациях им трудно избежать сильных эмоциональных реакций, таких как беспокойство, стресс и сильное эмоциональное волнение. При этом состояние уверенности в себе может быть достигнуто только после рождения ребенка, в отличие от беременных с нормальным протеканием беременности. В ситуации переживания хронического стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, у таких женщин могут формироваться различные невротические расстройства, выраженная астенизация организма, реакция «ухода», отрицание проблем.

С помощью методики Л.Н. Собчик «Индивидуально типологический опросник» (ИТО) мы изучили ведущие тенденции (свойства личности, черты

характера), которые определяют индивидуальный тип переживания, силу и направленность мотивации у беременных, ожидающих ребенка с ВПР и женщин без выявленных патологий плода.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ ОПЦ г. Курска в период с 20 сентября по 29 октября 2021г. В исследовании приняли участие 60 беременных женщин, находящихся в отделении патологии на дородовой госпитализации. В экспериментальную группу вошли 30 беременных, ожидающих ребенка с ВПР, в контрольную- 30 беременных, находящихся на дородовой госпитализации. В ходе проведенного исследования с помощью методики ИТО мы изучили такие аспекты как тревожность, сензитивность, лабильность и ригидность беременных женщин в обеих группах (с выявленной патологией плода и без отклонений от нормального развития).

В результате исследования индивидуально-типологических особенностей в обеих группах испытуемых выявлена тенденция, согласно которой, показатели тревожности ( $X_{ср.}=4,1 \pm 1,6$ ), показатели сензитивности ( $X_{ср.}=4,7 \pm 1,9$ ) и ригидности ( $X_{ср.}=4,1 \pm 1,7$ ) соответствуют низкому уровню, показатели лабильности ( $X_{ср.}= 5,5 \pm 1,4$ ) находятся в пределах умеренно выраженных значений в контрольной группе (беременные, находящиеся на дородовой госпитализации), тогда как в группе беременных, ожидающих ребенка с врожденным пороком развития показатели тревожности ( $X_{ср.}=7,6 \pm 1,3$ ), сензитивности ( $X_{ср.}= 7,2 \pm 1,7$ ) соответствуют высокому уровню, ригидности ( $X_{ср.}= 5,6 \pm 1,4$ ) и лабильности ( $X_{ср.}= 5,5 \pm 1,4$ ) умеренно выражены.

Для выявления различий в уровне исследуемого признака (индивидуально-типологические особенности) использовался U-критерий Манна-Уитни.

На основании оценки значимости различий показателей индивидуально-типологических особенностей с использованием критерия Манна-Уитни у беременных, ожидающих ребенка с ВПР и у беременных, находящихся на дородовой госпитализации получены результаты: тревожность (U эмп.=45,5 ; U кр.= 1010); сензитивность (U эмп.= 146; U кр.= 1010), лабильность (U эмп.=124,5; U кр.=1010), ригидность (U эмп.=237; U кр.=1010). У беременных, ожидающих ребенка с ВПР такие показатели индивидуально-типологических особенностей, как тревожность и сензитивность высокие, в отличие от беременных, находящихся на дородовой госпитализации без выявленных патологий. Подобная динамика доказывает, что беременность, осложненная выявленной патологией плода значительно влияет на возникновение эмоциональной напряженности и формирование негативных установок по отношению к своему будущему.

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что беременные, ожидающие ребенка с врожденной патологией склонны к регрессивным механизмам адаптации, острее чувствуют неуверенность, более подвержены негативному воздействию стрессовых ситуаций. Их беременность сопровождается избыточной тревожностью, мнительностью, боязливостью, не

исключается склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям. Такие беременные отличаются повышенной впечатлительностью и чувствительностью по отношению к событиям окружающей реальности, у них также может отмечаться избыточная рефлексия, крайне пессимистичный взгляд на будущее, чувство вины при неудачах.

У беременных женщин, находящихся на дородовой госпитализации без выявленной патологии также присутствует волнение по поводу исхода беременности, но здесь следует учесть, что во время беременности происходит коренной перелом и изменение всех сторон жизни женщины, беременность провоцирует глубокие изменения в самосознании, отношении к миру в целом. Наличие определенных переживаний, не выходящих за рамки нормы абсолютно естественно для беременности.

Психологическая диагностика личностных свойств и особенностей беременных, ожидающих ребенка с врожденной патологией, представляет значительный интерес для поиска их психологического сопровождения и разработки специальных психокоррекционных мероприятий

### Список литературы

1. Азарных Т.Д. Психическое здоровье [Текст]/ Т.Д. Азарных, И.И. Тартышников. - Москва - Воронеж, 2008. - 111 с.
2. Блюм А.И. Жизненный путь женщины в ситуации телесного переживания беременности, отягощенной опытом аборта [Текст] / А.И. Блюм / Научное мнение. – 2013. – С. 146-150.
3. Бубнова С.С. Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система [Текст] / С.С. Бубнова // Психол. журн. 1999 – Т.20. – С. 38 - 44.
4. Василенко Т.Д., Воробьёва М.Е. Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья [Текст]/ Т.Д. Василенко, М.Е. Воробьёва // Педиатр. – Т.7, №1. – 2016. – С. 151-155.
5. Захаров, А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов [Текст]/ А. И. Захаров // Перинатальная психология и родовспоможение. – СПб.: Питер, 2007. – С. 30–45 с.
6. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству [Текст] / И.Н. Земзюлина // Известия российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена – № 91. – 2009. – С. 31-42.
7. Леус Т.В. Материнство: опыт трех поколений. Психологическое сопровождение беременной женщины [Текст]/ Т.В. Леус. – М., 2005. – 289 с.
8. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству [Текст] / С.Ю. Мещерякова // Вопр. психол. – 2000. – №5 – С. 18 - 27.
9. Ballow J. V. The psychology of pregnancy. Reconciliation and resolution [Text]/ J. V Ballow// Michigan — 1998. – 189p.

10. Poser C.M. Benign encephalopathy of pregnancy [Text] / C.M. Poser, Kassirer, M.R. J.M. Peyser // Preliminary, clinical observations. Acta Neurol Scand. - 1986 - Vol. 73 (1). - P. 39-43.

11. Symon, A., MacDonald, A., & Ruta, D. Postnatal quality of life assessment: Introducing the mother-generated index. Birth [Text]/ Symon, A., MacDonald, A., & Ruta, D // - 2002.- 29(1) – P. 40–46.

## **ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ**

*Трехглазов В.Н.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры общей и клинической  
психологии, к.психол.н Селин А.В.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования, направленные на выявление эффективности программы терапевтической рекреации, направленной на повышение уровня социально-психологической адаптации у детей с ранним детским аутизмом.

**Ключевые слова:** ранний детский аутизм, социально-психологическая адаптация, программа терапевтической рекреации.

## **POSSIBILITIES OF ADAPTATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CONDITIONS OF THERAPEUTIC RECREATION**

*Trekhglazov V.N.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific advisor – Associate Professor, Associate Professor of the Department  
of General and Clinical Psychology, Candidate of Psychology Selin A.V.**

**Abstract.** The article presents the results of a study aimed at identifying the effectiveness of a therapeutic recreation program aimed at increasing the level of socio-psychological adaptation in children with early childhood autism.

**Keywords:** early childhood autism, socio-psychological adaptation, therapeutic recreation program.

**Актуальность:** ранний детский аутизм является достаточно актуальной и серьезной проблемой на сегодняшний день. Данное расстройство затрагивает различные сферы жизни ребенка, в том числе и его социально-психологическую адаптацию, ведь главными нарушениями при раннем детском аутизме является следующая триада: речевые нарушения, затруднение

коммуникации и стереотипное поведение[1,2]. Эти симптомы, а также чрезмерная погруженность ребенка в свой собственный мир весьма негативно сказываются на его социально-психологической адаптации. На сегодняшний день ведутся споры по поводу методов коррекции и терапии данного расстройства. С нашей точки зрения программа терапевтической рекреации (therapeutic recreation program), показавшая высокую эффективность в социально-психологической реабилитации детей, перенесших или болеющими тяжелыми заболеваниями может быть также эффективна для социально-психологической адаптации детей с ранним детским аутизмом.

Терапевтическая рекреация представляет собой совокупность различных интервенций направленных на адаптацию детей и улучшение их качества жизни в различных ее сферах через досуговые мероприятия(мастерские)[3,4,5]. Эти мероприятия направлены на достижение следующих результатов:

1. Улучшение социальных навыков;
2. Снижение тревоги перед новым;
3. Улучшение адаптивных возможностей ребенка;
4. Повышение уверенности в себе и т.д.

Нами было проведено исследование, центральным моментом которого является изучение возможности и эффективность программы терапевтической рекреации в адаптации детей с расстройством аутистического спектра. Исследование проводилось на базе Центра социально-психологического сопровождения, коррекции и реабилитации "Феникс".

Программа therapeutic recreation была реализована в адаптивном варианте под названием «Воскресные мастерские». Занятие с детьми проводились раз в неделю и включали в себя несколько коррекционно- досуговых мероприятий (мастерских) в которые входили: мастерская по изготовлению изделий из полимерной глины, мастерская по «батику», подделки из фетра, танцевальная мастерская, мастерская по мыловарению. В ходе каждой из этих мастерских решались следующие задачи: развитие умения взаимодействовать в команде, повышение уровня социальной адаптации, формирование более устойчивой концентрации внимания, развитие координационных целенаправленных движений и мелкой моторики, развитие речевых навыков ребёнка за счёт мелкой моторики рук, развитие образного мышления и фантазии.

**Цель исследования** – раскрыть специфику социальной адаптации детей с нарушением сенсорной интеграции при раннем детском аутизме на основе программы терапевтической рекреации.

**Предмет исследования** – программа терапевтической рекреации в социальной адаптации детей с нарушением сенсорной интеграции при РАС.

**Центральной гипотезой** является предположение о том, что программа терапевтической рекреации способствует более эффективной адаптации детей с расстройством аутистического спектра.

Выборку составили дети с расстройством аутистического спектра в возрасте 4-6 лет в количестве 15 человек.

**В исследование были применены следующие методики:**

1. Методика «Выявление уровня сформированной коммуникативных умений и навыков детей» методика Ю.В.Микляевой.
2. Методика «Лист адаптации» Ватутина Н.Д.
3. Методика «Изучение степени адаптации ребенка» методика А. Остроуховой.

В качестве метода для статистической обработки данных был использован Т-критерий Вилкоксона и  $\chi^2$ -Пирсона. Расчеты проводились в программе StatSoft STATISTICA 7.0.

В ходе проведения исследования были получены следующие результаты:

1. Проанализировав результаты прохождения методики «Выявление уровня сформированной коммуникативных умений и навыков детей» до и после прохождения программы, был получен  $p\text{-level}=0,086$ , что говорит о том, что различия обнаружены на уровне статистической тенденции.

2. В ходе анализа методики «Лист адаптации» Ватутина Н.Д был получен  $p\text{-level}=0,067$ , что также свидетельствует о различиях на уровне статистической тенденции.

3. Анализ методики «Изучение степени адаптации ребенка» А. Остроуховой. показал  $p\text{-level}=0,057$ .

Стоит отметить что в результате повторного прохождения методик общие показатели социальной-психологической адаптации резко увеличились.

В ходе анализа анализе каждой отдельной шкалы были получены следующие данные:

1. По методике «Лист адаптации» Ватутина показатели эмоционального фона увеличились в позитивную сторону у 60% участников исследования; у 45% участников улучшилась реакция на уход родителей во время работы с детьми, она стала более спокойной; у 40% уменьшились показатели двигательной расторможенности.

2. Результаты анализа методики «Выявление уровня сформированной коммуникативных умений и навыков детей» показали следующие результаты: у 40% детей улучшились навыки коммуникации, о чем свидетельствует повышение показателей навыков задавать уточняющие вопросы, целенаправленной передачи информации и умения выражения несогласия и отрицания.

3. По данным методики «Изучение степени адаптации ребенка» А. Остроуховой можно судить об улучшении общего эмоционального фона у 50% исследуемых, а также об улучшении социальных контактов у 45% детей.

**Выводы:** на основе полученных результатов можно сделать вывод о позитивном влиянии программы терапевтической рекреации как на общий уровень социально-психологической адаптации ребенка, так и на отдельные показатели такие как: эмоциональный фон, коммуникативные навыки, социальные контакты и двигательные реакции. На основе полученных данных можно говорить о позитивном развитии этих показателей, что в свою очередь характеризует данную методику как эффективный коррекционно-терапевтический инструмент, который будет способствовать более

адаптивному и комфортному взаимодействию ребенка не только со своей семьей, но и с другими людьми, в том числе со своими сверстниками, а также более адаптивному восприятию окружающего мира и более комфортному взаимодействию с ним.

### **Список литературы**

1. Баенская, Е.Р. Аутичный ребенок. Пути помощи. [Текст] / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, Никольская О.С. – Изд. 8-е – М. : Теревинф, 2014. – 288 с.
2. Баенская, Е.Р. Дети и подростки с аутизмом: Психологическое сопровождение [Текст] / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2011. – 224 с.
3. American Therapeutic Recreation Association. Standards for the practice of therapeutic recreation. – Alexandria, VA: American Therapeutic Recreation Association, 2000.
4. Austin D.R. Catharsis theory: How valid is therapeutic recreation? // Therapeutic recreation journal. – 1971. – №5 (1). – P. 30-45.
5. Avedon E.M. Therapeutic recreation service: An applied behavioral science approach. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc., 1974.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ САМООЦЕНКИ И СКЛОННОСТИ К ШКОЛЬНОМУ БУЛЛИНГУ У ПОДРОСТКОВ**

*Фомина А.В.*

**Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия**  
**Научный руководитель - доцент, профессор кафедры психологии здоровья**  
**и здоровья., д.психол.н. Молчанова Л.Н.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования взаимосвязей самооценки и склонности к школьному буллингу у подростков с нормальным развитием и легкой степенью умственной отсталости. Эмпирически доказано, что обучающиеся с нормативным развитием, в отличие от подростков с легкой степенью умственной отсталости, менее агрессивны, лучше умеют поддерживать длительные близкие отношения, более эмоционально стабильны, и, как правило, они могут самостоятельно в классном коллективе предупредить ситуацию травли. Позитивное восприятие ситуации подростками с легкой степенью умственной отсталости связано с уровнем внутригруппового напряжения, с низким качеством отношений и соблюдения правил общения, что способствует появлению негативных установок в отношении общения. Низкий уровень самооценки проявляется в негативных, агрессивных установках по отношению к общению, и одновременно в высокой степени тревоги в сочетании с переживанием одиночества.

**Ключевые слова:** буллинг, подростки, самооценка, подростковый возраст.

## FEATURES OF INTERRELATIONS OF SELF-ESTEEM AND PROPENSITY TO SCHOOL BULLYING IN ADOLESCENTS

*Fomina A.V.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

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

**Abstract.** The results of a study of the relationship between self-esteem and the tendency to school bullying in adolescents with normal development and mild mental retardation are presented in the article. It has been empirically proven that students with normative development, in contrast to adolescents with a mild degree of mental retardation, are less aggressive, better able to maintain long-term close relationships, are more emotionally stable, and, as a rule, they can independently prevent bullying in the classroom. The positive perception of the situation by adolescents with a mild degree of mental retardation is associated with the level of intragroup tension, with the low quality of relationships and compliance with the rules of communication, which contributes to the emergence of negative attitudes towards communication. A low level of self-esteem manifests itself in negative, aggressive attitudes towards communication, and at the same time in a high degree of anxiety combined with the experience of loneliness.

**Key words:** bullying, adolescents, self-esteem, adolescence.

Одной из актуальных проблем современного образовательного пространства является феномен школьной травли (буллинг), который в последнее время актуализировался в образовательных организациях для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Большинство родителей (законных представителей) и обучающихся отмечают, что в российских школах спокойно учиться невозможно, так как дети сталкиваются с огромным количеством психологических препятствий, которые негативно влияют на учебный процесс, а главное на личность ребенка. На современном этапе развития российского образования проблема травли стала актуальной, особенно в образовательных организациях для детей с особыми образовательными потребностями.

Само понятие травли известно давно, но только в последние десятилетия в образовательном пространстве появился новый феномен – буллинг, который требует активных своевременных мер.

Буллинг – это социально-психологическое явление, которое представляет собой длительный процесс сознательного жестокого воздействия со стороны одной личности (группы лиц) по отношению к другой личности (другим). В переводе с английского языка, буллинг означает запугивание, травлю,

физический или психический террор. Он направлен на то, чтобы вызвать у другого страх, подчинить его себе [2]. Буллинг – это одна из форм насилия, отличающаяся преднамеренностью, неравенством сил, травматичностью жертвы, системностью [4]. Обычно в процесс школьной травли включен весь класс, каждый обучающийся играет определенную роль. По мнению многих ученых для того, чтобы лучше понять индивидуально-психологические особенности участников буллинга, необходимо понять какие роли они исполняют и какие позиции они занимают. При возникновении буллинга в классе возникает буллинг-структура – социальная система, включающая в себя фиксированные типы участников. Одну из самых распространенных буллинг-структур предложил О.Л. Глазман, которая состоит из: инициаторов (булли), помощников инициатора, защитников «жертвы», жертвы; наблюдателей (свидетелей).

Ученые отмечают, что буллинг - это опасное явление в современной школе, так как страдают все стороны образовательного процесса. Он не проходит бесследно ни для одного из его участников и, буквально, ломает личность детей. У детей, вовлеченных в процесс буллинга, проявляется чрезмерная тревожность [3], депрессия, нарушения сна, аппетита, снижение когнитивных способностей, ухудшение концентрации внимания. Проанализировав, реальные истории подростков, подвергшихся буллингу, пришли к выводу, что травля не только в подростковом возрасте может представлять опасность для здоровья учащегося и его успеваемости, но в зрелом возрасте человек может выбирать роль жертвы.

В качестве объекта исследования рассматривали склонность к школьному буллингу среди подростков, а предмета – взаимосвязь самооценки и склонности к школьному буллингу.

Эмпирическое исследование проводилось в 2020-2021 учебном году г. на базе ОКОУ «Школа-интернат № 3» г. Курска среди 40 обучающихся (КГ) (из них 22 лиц мужского пола и 18 - женского) и МБОУ Лицей №21 среди 40 школьников в возрасте 13-14 лет (ЭГ) (из них: 25 лиц женского пола и 15 мужского). Диагностика осуществлялась с помощью опросника риска буллинга (ОРБ) (А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецовой, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевского, М.А. Завалишиной, Н.А. Капорской, К.Д. Хломова, 2015) [1] и методики Дембо-Рубинштейна [4], а обработка результатов – с помощью компьютерных методов математико-статистического анализа: описательной статистики, сравнительного (критерий U-Манна-Уитни) и корреляционного (r-Спирмена) видов анализа (“Statistica 11.0”).

Диагностика риска буллинга среди школьников проводилась с помощью опросника риска буллинга (ОРБ) А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецовой, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевского, М.А. Завалишиной, Н.А. Капорской, К.Д. Хломова, 2015) и засвидетельствовала следующие результаты (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Средние значения показателей риска буллинга и значимость различий у подростков экспериментальной и контрольной групп**

**(U-критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,05$ ;  $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$ )**

№п\п	Наименование показателя	ЭГ		КГ		(1)-(2)	
		$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$U_{эмп}$	p
1	Небезопасность	8,08±3,25	средний	5,93±3,32	низкий	505,50*	0,004
2	Благополучие	5,80±1,29	низкий	5,93±1,62	низкий	724,00	0,453
3	Разобщённость	2,45±1,83	низкий	2,58±2,25	средний	770,50	0,773
4	Равноправия	4,13±1,57	средний	4,48±2,34	средний	741,00	0,565

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа; КГ – контрольная группа

Согласно данным таблицы в обеих группах подростков выявлены низкие показатели по шкале «Благополучие» и средние – по шкале «Равноправие». В отличие от подростков контрольной группы, подростки экспериментальной группы имеют низкие значения показателей по шкале «Разобщённость» ( $\bar{X}_{ср.} \pm \sigma = 2,45 \pm 1,83$ ), и значимо более высокие – по шкале «Небезопасность» ( $\bar{X}_{ср.} \pm \sigma = 2,45 \pm 1,83$ ;  $U_{эмп} = 505,50$  при  $p = 0,004$ ). Таким образом обучающиеся с нормативным развитием, в отличие от подростков с интеллектуальными нарушениями, менее агрессивны, лучше умеют поддерживать длительные близкие отношения, более эмоционально стабильны, и, как правило, они могут самостоятельно в классном коллективе предупредить ситуацию травли [1].

Исследование самооценки у подростков, проведенное с помощью методики Дембо-Рубинштейна [5], указало на следующие результаты (см. таблицу 2). Обучающиеся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) имеют более низкий уровень разногласий между уровнем притязаний и самооценкой.

**Средние значения показателей самооценки и значимость различий у подростков экспериментальной и контрольной групп**

**(U-критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,05$ ;  $U^*_{эмп.} \leq U_{кр.}$ )**

№п\п	Наименование показателя	ЭГ(n=40 чел.)		КГ(n=40 чел.)		(1)-(2)	
		$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$X_{ср.} \pm \sigma_x$	качественный	$U_{эмп}$	p
1	Ср. А	90,24±9,15	средний	83,08±13,48	средний	537,50*	0,011
2	Ср. В	62,01±17,71	низкий	61,51±16,29	низкий	750,50	0,634
3	Ср. С	27,94±17,92	средний	21,58±11,57	низкий	653,00	0,157

Примечание: ЭГ – экспериментальная группа; КГ – контрольная группа

Исследование взаимосвязей самооценки и риска буллинга среди подростков осуществлялось с помощью процедуры корреляционного анализа (r-Спирмен) и позволило получить следующие результаты (см. таблицу 3):

**Таблица 3**

**Корреляционные взаимосвязи показателей самооценки и риска буллинга среди подростков экспериментальной и контрольной групп (r-Спирмен)**

Наименование показателя	Риск буллинга							
	ЭГ (n=40 чел.)				КГ (n=40 чел.)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Ср. А	0,06	0,13	-0,12	-0,16	<b>0,39*</b>	0,11	0,28	0,04
Ср. В	-0,02	0,10	-0,02	0,06	0,27	0,10	0,02	0,13
Ср. С	0,05	-0,02	-0,05	-0,15	0,05	-0,04	<b>0,33*</b>	-0,18

Примечание: 1– «Небезопасность»; 2– «Благополучие»; 3– «Разобщённость»; 4–«Равноправие»; \*– статистическая значимость при  $p \leq 0,05$ ; \*\*– статистическая значимость при  $p \leq 0,01$ ;

В соответствии с полученными результатами взаимосвязей между показателями самооценки и риска школьного буллинга в экспериментальной группе подростков не выявлено. В контрольной группе подростков установлена умеренная положительно направленная корреляционная взаимосвязь показателя шкалы «Небезопасность» и «Ср.А» ( $r=0,39^*$  при  $p=0,012$ ), показателя шкалы «Разобщённость» и «Ср.С» ( $r=0,33^*$  при  $p=0,036$ ).

Таким образом, позитивное восприятие ситуации подростками с легкой степенью умственной отсталости связано с уровнем внутригруппового напряжения, с низким качеством отношений и соблюдения правил общения, что способствует появлению негативных установок в отношении общения: обид из прошлого, раздражения, негативизма и разобщенности в актуальности и подозрительности относительно перспектив коммуникации. Низкий уровень самооценки проявляется в негативных, агрессивных установках по отношению к общению, и одновременно в высокой степени тревоги в сочетании с переживанием одиночества.

### Список литературы:

1. Бочавер А.А., Кузнецова В.Б., Бианки Е.М., Дмитриевский П.В., Завалишина М. А., Капорская Н. А., Хломова К. Д. Опросник риска буллинга (ОРБ) // Вопросы психологии. –2015. – №5. – С. 146-157.
2. Кон И. Что такое буллинг и как с ним бороться // Семья и школа. – 2006. – № 11. – С. 15–18.
3. Молчанова Л.Н., Фомина А.В. Взаимосвязи личностных особенностей и риска буллинга у подростков с легкой степенью умственной отсталости // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021. Т. 11. № 3. С. 194-205.
4. Шалагинова К.С. Гендерные особенности буллинга в подростковом возрасте/ К.С. Шалагинова, Т.И. Куликова, С.А. Залыгаева // Психологическая наука и образование. – 2019. Том №4.- С.62-71.
5. Юрчик О.Н. Комплексный подход к психодиагностике школьного насилия учащихся начальных классов //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – №5-2. – С.258-262.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Чаплыгина К.И.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**  
**Научный руководитель – доцент, и.о. зав. кафедрой психологии**  
**здоровья и нейропсихологии, к. психол. н., Кузнецова А.А.**

**Аннотация.** В статье представлены особенности вербальной креативности студентов медицинского вуза, выявленные в процессе диагностики с помощью методики «Тест вербальной креативности» (RAT) С. Медника.

**Ключевые слова:** студенты, медицинский вуз, вербальная креативность, творческий потенциал.

## PECULIARITIES OF VERBAL CREATIVITY OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

*Chaplygina K.I.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific adviser – Associate Professor, Acting Head Department of Health**  
**Psychology and Neuropsychology, Candidate of Psychological Sciences**  
**Kuznetsova A.A.**

**Abstract.** The article presents the features of the verbal creativity of medical students identified in the process of diagnostics using the methodology "Verbal creativity test" (RAT) by S. Mednik.

**Keywords:** students, medical school, verbal creativity, creativity.

В современном мире творческая личность очень востребована на всех этапах жизни. Изменения, происходящие в современном обществе, требуют от человека быть творческим, продуктивным, адаптироваться к различным изменениям, что делает необходимым активизацию творческого потенциала. При этом проявляется противоречие между продуктивностью, требуемой традиционной системой обучения и ростом требований общества к творческой системе развития личности.

Т.Б. Шило указывает, что «креативность как свойство личности носит интегративный, комплексный характер, характеризуется процессом и результатом развития человеком своей неповторимой индивидуальности в процессе творчества. Это необходимое условие для накопления и реализации

творческого потенциала личности на новых, ранее не существовавших культурных, социальных, материальных и иных ценностях» [4, с. 157].

С. Медник выделяет два вида креативности: вербальную и невербальную. Вербальная креативность проявляется в речи человека, это предложение нестандартных идей, отказ от словесных стереотипов, умение находить отдаленные вербальных стереотипов и так далее. Невербальная креативность находит отражение в создании художественных образов, например, рисунков, картин и так далее. Вербальная креативность является продуктом творческого мышления, реализующегося в порождении нового, оригинального вербального материала в его различных формах [6].

По мнению М.В. Клементьевой, вербальная креативность – это реализация творческого потенциала через опосредования в речи. Вербальная креативность является продуктом процесса интериоризации литературного опыта индивида и проявляется в самостоятельно сочиненном тексте [3].

А.В. Шубин и другие указывают, что вербальная креативность – это одновременно и форма речемыслительной деятельности, и индивидуальные особенности речи. Она проявляется в процессе создания высказываний. Вербальная креативность позволяет реализовывать творческий потенциал средствами языка и логического мышления [5].

Нами было проведено исследование, целью которого является выявление особенностей вербальной креативности студентов медицинского вуза. Для достижения данной цели нами был использован «Тест вербальной креативности» (RAT) С. Медника. Стимульный материал первой серии позволил определить уровень вербальной креативности. Стимульный материал второй серии позволил выявить скрытый творческий потенциал, который часто блокируется. Оценка полученных результатов производится путем подсчета индексов оригинальности и уникальности [2].

В исследовании приняли участие студенты 2 курса, обучающиеся на лечебном факультете КГМУ.

Нами были получены данные, представленные в таблице 1.

**Таблица 1. Количественные результаты методики «Тест вербальной креативности» (RAT) С. Медника**

Показатель	Результаты ( $\bar{X}$ ср. $\pm \sigma$ )	
	Серия 1	Серия 2
Количество ассоциаций	0,98 $\pm$ 0,22	1,26 $\pm$ 0,82
Индекс оригинальности	0,45 $\pm$ 0,16	0,4 $\pm$ 0,25
Индекс уникальности	0,21 $\pm$ 0,18	0,3 $\pm$ 0,28

Из результатов, представленных в таблице 1, следует, среднее арифметическое количества ассоциаций (количества предложенных ответов на каждый из стимулов) равно 0,98, то есть большинство студентов медицинского вуза предлагали по одному варианту к каждому стимулу, при этом некоторые студенты не предлагали варианты к некоторым стимулам.

Среднее арифметическое количества ассоциаций второй серии методики равно 1,26, то есть около четверти студентов предлагали более одной ассоциации к некоторым стимулам.

Индекс оригинальности (частота встречаемости ответа относительно выборки) первой и второй серии равны 0,45 и 0,4 соответственно, следовательно многие предложенные студентами медицинского вуза варианты предлагались и другими студентами в данной выборке. Таким образом, можно сделать вывод о том, что вербальная оригинальность студентов рассматриваемой категории находится на низком уровне, то есть участники исследования практически не могут смотреть на вещи под нестандартным углом, предпочитают использовать существующие способы решения.

Среднее арифметическое индекса уникальности (количество уникальных ответов, не встречающихся в выборке) первой и второй серии равны 0,21 и 0,3 соответственно. Такие показатели можно описать как низкие. Полученные данные свидетельствуют о том, что студенты медицинского вуза, принявшие участие в исследовании, практически не предлагали уникальные ответы, не встречающиеся у остальных респондентов. Студентам медицинского вуза, принявшим участие в исследовании сложно найти и реализовать нестандартные способы решения, они используют уже существующие, знакомые, проверенные варианты.

Результаты второй серии свидетельствуют о том, что при большом количестве предлагаемых студентами ответов, они не отличаются высоким уровнем оригинальности и уникальности. Это может быть связано с сознательной «блокировкой» своего творческого потенциала. Студенты способны предлагать необычные варианты, но при этом предпочитают идти по пути наименьшего сопротивления, выбирая более легкие и очевидные варианты решения.

Таким образом, вербальная креативность представляет собой способность личности к творческому мышлению, результатом которой является речевой продукт в любой форме. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что для студентов медицинского вуза демонстрируют низкий уровень вербальной креативности, так как студенты предлагали небольшое количество уникальных ответов, что приводит к высокой частоте встречаемости предложенных ответов относительно выборки. Данные студенты не могут быстро реагировать на словесные стимулы, устанавливать отдаленные ассоциации, предлагать оригинальные, нестандартные решения

### Список литературы

1. Дружинин, В.Н. Психология общих способностей [Текст]: учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры / В.Н. Дружинин. – М.: Юрайт, 2019. – 349 с.
2. Клементьева, М.В. Предпосылки развития вербальной креативности в дошкольном возрасте на материале сочинения сказочных текстов [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.В. Клементьева. – М., 2004. – 24 с.

3. Шило, Т.Б. Особенности развития вербальной креативности у школьников / Т.Б. Шило // ЧиО. – 2014. – №2 (39). – С. 154-161.
4. Шубин, А.В. Асимметрия мозга и особенности вербальной креативности / А.В. Шубин, Е.И. Серпионова // Вопросы психологии. – 2007. – №4. – С. 89-98.
5. Mednick, S.A. The associative basis of the creative process / S.A. Mednick // Psychological Review. – 1962. – №69. – P. 220-232.

## **ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Шевелёва А.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, доцент кафедры психиатрии и  
клинической психологии, к.м.н. Богусhevская Ю.В.**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования выраженности табачной зависимости у больных соматизированными расстройствами. Предложены рекомендации по отказу от курения с учетом степени никотиновой зависимости.

**Ключевые слова:** табачная зависимость, соматизированные расстройства, табакокурение.

## **ASSESSMENT OF THE DEGREE OF TOBACCO DEPENDENCE IN PATIENTS WITH SOMATIZED DISORDERS**

*Sheveleva A.A.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific advisor - Associate Professor, Associate Professor of the Department  
of Psychiatry and Clinical Psychology, Candidate of Medical Sciences  
Bogushevskaya Yu.V.**

**Abstract.** The article presents the results of a study of the severity of tobacco dependence in patients with somatized disorders and offers recommendations for quitting smoking, taking into account the degree of nicotine dependence.

**Keywords:** tobacco addiction, somatized disorders, tobacco smoking.

Долгие годы многие авторы высказывают предположение, что глубинные психологические механизмы детерминируют высокую степень распространенности различных видов аддикций [2; 3]. Так, например, невротические симптомы играют роль важной конструкции, которая лежит в основе возникновения зависимости от употребления табака и алкоголя [4; 6].

Стоит отметить, что совладание с негативными эмоциями путем употребления табака является ключевым фактором поддержания данной аддикции [5].

В нашей стране фактически отсутствует достоверная государственная статистика о распространенности заболеваний, которые входят в группу F4 по МКБ-10 — «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», что существенно затрудняет анализ эффективности медико-психологической помощи больным соматизированными расстройствами, страдающим табачной зависимостью, и, соответственно, выработку методов лечения этой группы пациентов [1].

В связи с этим, актуальным представляется исследование степени табачной зависимости у больных соматизированными расстройствами.

**Цель исследования** – выявление степени табачной зависимости у больных соматизированными расстройствами.

В исследовании приняли участие 22 больных соматизированными расстройствами, находящихся на лечении в психосоматическом отделении КОНБ. Возраст больных составил от 25 до 48 лет, среди них все женского пола. Социально-демографические характеристики больных следующие: 1) семейный статус: 32% из них не состоят в браке, 50%- разведены, 18%-замужем; 2) образование: 59% имеют среднее профессиональное образование, 27%- незаконченное высшее, 9%- среднее, 5%-высшее.

В качестве диагностического метода выступил тест Фагерстрема на определение степени никотиновой зависимости. С помощью данной методики можно выявить очень слабую зависимость, слабую, среднюю, высокую и очень высокую.

При проведении исследования у 55% больных, страдающих соматизированными расстройствами, обнаружена табачная зависимость слабой степени выраженности, у 20% пациентов выявлена очень слабая степень никотиновой зависимости, у 15% - средняя зависимость, у 10% - высокая степень. Очень высокой степени табачной зависимости у больных соматизированными расстройствами выявлено не было.

Таким образом, у больных соматизированными расстройствами преобладает слабая степень табачной зависимости. Полученные результаты свидетельствуют о важности учета степени никотиновой зависимости в разработке подходов к профилактике и отказу от табакокурения.

Учитывая выраженность табачной зависимости, нами предложены следующие рекомендации по отказу от курения для больных, страдающих соматизированными расстройствами: пациентам с высокой степенью никотиновой зависимости рекомендуется клинико-психологическое сопровождение после назначения врачом-психиатром психофармакотерапии. Больным, у которых наблюдается средняя зависимость от табака, необходимо вести дневник поощрений для того, чтобы фиксировать внимание на позитивных моментах и успехах в борьбе с курением, для закрепления положительной динамики рекомендуется больным делать себе так называемые

вознаграждения, подарки как элементы заместительной терапии (например, вместо дорогой пачки сигарет приобрести какое-нибудь аксессуар или побаловать себя чем-то вкусным). Для лиц со слабой и очень слабой степенью никотиновой зависимости рекомендовано применение антистресс-игрушек: спиннеров, слаймов, попит и др., которые должны находиться в поле зрения. При возникновении желания выкурить сигарету, рекомендуется переключить свое внимание на эти предметы. Предложенные упражнения являются лишь отдельными элементами целенаправленной кропотливой работы, направленной на формирование здорового образа жизни, изменение привычных стереотипов поведения, которые сопровождалась курением.

### **Список литературы**

1. Богушевская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общей медицинской практики / А.В. Погосов, А.В. Ласков, Ю.В. Богушевская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. - № 4. – С. 40-46.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. – М.: Институт консультирования и системных решений; Общероссийская Профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддикции в культуре отчуждения. Фрагментарная идентичность в зазеркалье постмодернизма: монография. – Новосибирск: Новосиб. гос. пед. университет, 2013. – 434 с.
4. Куликов В.Д., Титова О.Н. О концептуальных основах порядка лечения табачной зависимости // Здоровье населения и среда обитания. 2015. № 6 (267). С. 7–12.
5. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака / А. В. Погосов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - //URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/970408872V0022.html> (дата обращения: 10.11.2021).
6. Сравнительная оценка показателей социально-психологической адаптации у школьников с табакокурением и табачной зависимостью / А.В. Погосов, Ю.Л. Ламонова // Университетская наука: взгляд в будущее: сб. науч. тр. по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию Курского государственного медицинского университета: в 2х томах. Под редакцией В.А. Лазаренко – Курск : Изд-во КГМУ, 2018. – С. 77-81.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID- 19)**

***Штэнна В.А.***

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

**Научный руководитель – доцент, и.о. заведующего кафедрой психиатрии и психосоматики, к.м.н. Пастух И.А., ассистент кафедры психиатрии и психосоматики, к.пс. н., Глушкова В.П.**

**Аннотация.** Существуют специфические психологические особенности у беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, проявляющиеся в эмоционально-волевой и поведенческой сферах.

**Ключевые слова:** стиль саморегуляции, уровень тревожности, новая коронавирусная инфекция, беременность, психологические особенности.

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WHO HAVE UNDERGONE A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19)**  
*Shteppa Vladislava Alexandrovna*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**  
**Scientific advisor - Associate Professor, Acting Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Psychological Sciences Pastukh I.A., assistant of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Psychological Sciences Glushkova V.P.**

**Abstract.** There are specific psychological features in pregnant women who have undergone a new coronavirus infection, manifested in the emotional, volitional and behavioral spheres.

**Keywords:** self-regulation style, anxiety level, new coronavirus infection, pregnancy, psychological features.

В настоящее время большинство исследователей уделяет внимание психологическому состоянию женщины в период беременности [1,4,7]. Беременность вызывает сильные изменения в организме женщины, которые затрагивают физиологическую, социальную и психологические сферы [5,6]. Во время беременности у женщин может возникать эмоциональная неустойчивость, раздражительность, высокий уровень личностной тревожности, повышенная чувствительность к происходящим событиям. При этом могут появляться дополнительные психотравмирующие факторы, такие как появление осложнений беременности, требующих госпитализации, или выявление ВПР у плода [2,3,8]. Среди них важное место занимает новая коронавирусная инфекция (COVID-19). Однако в связи с пандемией COVID-19 остаются недостаточно изученными негативные психологические реакции пациентов, особенно если это беременные женщины, перенесшие COVID-19 и ожидающие ребенка.

Согласно последним статистическим данным Минздрава России выявляется более 8 тыс. случаев заражения новой коронавирусной инфекцией, среди них 2, 5 тыс. беременные женщины. Обозначившаяся тенденция приводит нас к необходимости изучения психологических особенностей

беременных, перенесших COVID-19. Под психологическими особенностями понимаются особенности эмоционально-волевой, поведенческой и личностной сферы беременных. Исследование проводилось на базе ОБУЗ ОПЦ г. Курска в период с 20 сентября по 29 октября 2021г. приняли участие 60 беременных женщин, находящихся в отделении патологии на дородовой госпитализации, в экспериментальную группу вошли 30 беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию во время беременности, в контрольную- 30 беременных, находящихся на дородовой госпитализации. Исследование осуществлялось с использованием следующих методик: «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) и «Исследование личностной и ситуативной тревожности» (Д. Спилбергера).

В результате исследования «стиля саморегуляции» в обеих группах испытуемых выявлена тенденция, согласно которой, как показатели планирования ( $X_{\text{ср.}} = 2,0 \pm 0,01$ ), так и показатели программирования ( $X_{\text{ср.}} = 3,0 \pm 0,03$ ) соответствуют низкому уровню в экспериментальной группе (беременные, перенесшие новую коронавирусную инфекцию), тогда как в группе беременных, находящихся на дородовой госпитализации показатели планирования ( $X_{\text{ср.}} = 8,0 \pm 0,05$ ), оценивания результатов ( $X_{\text{ср.}} = 8,0 \pm 0,05$ ) и гибкости ( $X_{\text{ср.}} = 9,0 \pm 0,06$ ) соответствуют высокому уровню, моделирование ( $X_{\text{ср.}} = 5,0 \pm 1,02$ ), программирование ( $X_{\text{ср.}} = 6,0 \pm 0,04$ ) соответствуют среднему уровню.

Для выявления различий в уровне исследуемого признака (стиль саморегуляции) использовался U-критерий Манна-Уитни.

На основании оценки значимости различий показателей стиля саморегуляции с использованием критерия Манна-Уитни у беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию и у беременных, находящихся на дородовой госпитализации получены результаты: планирование ( $U$  эмп. = 235\*;  $U$  кр. = 1010); программирование ( $U$  эмп. = 645\*;  $U$  кр. = 1010), оценивание результатов ( $U$  эмп. = 238\*;  $U$  кр. = 1010);, гибкость ( $U$  эмп. = 245\*;  $U$  кр. = 1010);. У беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию такие показатели саморегуляции, как планирование, программирование низкие, в отличие от беременных, находящихся на дородовой госпитализации и не болевших ковидом. Беременные, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, стараются не планировать ничего в будущем, действуют путем проб и ошибок, у них часто проявляется импульсивность в действиях. В отличие от них у беременных, не болевших ковидом, присутствует потребность в осознанном планировании деятельности, они самостоятельно выдвигают цели, продумывают свое поведение.

При исследовании личностной и ситуативной тревожности в обеих группах испытуемых выявлена тенденция, согласно которой, показатели личностной тревожности ( $X_{\text{ср.}} = 45,17 \pm 15,01$ ) соответствуют низкому уровню в экспериментальной группе (беременные, перенесшие новую коронавирусную инфекцию), тогда как в группе беременных, находящихся на дородовой госпитализации показатели личностной тревожности ( $X_{\text{ср.}} = 25,93 \pm 12,05$ )

низкие. В обеих группах ситуативная тревожность умеренная, в экспериментальной ( $35,67 \pm 15,9$ ), в контрольной ( $36,17 \pm 16,0$ ).

Для выявления различий в уровне исследуемого признака (личностная тревожность) использовался U-критерий Манна-Уитни.

На основании оценки значимости различий показателей личностной тревожности с использованием критерия Манна-Уитни у беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию и у беременных, находящихся на дородовой госпитализации получены результаты: ( $U$  эмп.= 675\*;  $U$  кр.=1010).

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что беременные, перенесшие новую коронавирусную инфекцию и ожидающие ребенка склонны подчиняться сложившимся обстоятельствам, им свойственны импульсивность поведения, неконтролируемость поступков. Также часто наблюдаются такие особенности поведения: несамостоятельность, повышенная внушаемость, трудности в выполнении прогностических функций, сниженная способность к волевому контролю и преодолению трудностей. При отсутствии своевременной психологической коррекции это может привести к эмоционально-волевым нарушениям и снижению адаптации к роли матери.

У беременных, не болевших ковидом преобладает ориентация на сотрудничество с другими людьми, обусловленная потребностями в поддержании конструктивных отношений, они отчетливо представляют себя в роли матери, ставят перед собой цели успешного родоразрешения и воспитания новорожденного ребенка.

Учитывая специфику психологических особенностей у беременных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, необходимо, чтобы оказание помощи таким беременным было своевременным, носило комплексный характер и объединяло различные подходы при разработке специальных психокоррекционных мероприятий.

### Список литературы

1. Анисимова К.А. — Психологические особенности отношения к будущему ребенку у женщин во время беременности [Текст] // Психолог. – 2014. – № 1. – С. 1 -3.
2. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов [Текст]/ В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю.Хамитова// Вопросы психологии. 2002.- № 1.- С. 59-68.
3. Василенко Т.Д. Клиническая психология репродуктивного здоровья семьи [Текст] / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина, А.И. Блюм, А.В. Селин, Н.В. Смирнов.- Курск: Учитель.- 2017.- 228 с.
4. Добряков И. В. Перинатальная психология [Текст]/ И.В. Добряков. — СПб.: Питер.-2015.—234с.
5. Захарова Г.А. Психологическая готовность женщин к материнству[Текст]/Г.А. Захарова // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – № 3. – С. 29–33

6. Deci E.L. Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology [Text]/ E.L. Deci , M. Vansteenkiste // Ricerche di Psicologia. – 2004. – Vol. 27.- № 1. – P. 23–40.
7. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model [Text]/ G.L. Engel // Am J Psychiatry. – 1980. – Vol. 137.- № 5. – P. 535–544.
8. Hobfoll S.E. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience [Text]/ S.E. Hobfoll // The Oxford handbook of stress, health, and coping / edit. by S. Folkman. – N.Y.: Oxford University Press. -2011. – P. 127–147.

## **ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Шураева К.М., Протопопова М.А.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель – доцент, и.о. заведующего кафедрой  
психиатрии и психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация:** семья представляет собой целостную систему, состоящую из компонентов, оказывающих влияние друг на друга. В то же время семейная система в совокупности влияет на каждого ее члена. В настоящей публикации проанализированы особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с РАС.

**Ключевые слова:** детско-родительские отношения, РАС, модель отношений, стиль воспитания.

## **CHILD AND PARENTAL RELATIONSHIP IN FAMILIES CARRYING OUT A CHILD WITH RAS.**

*Shuraeva K.M., Protopopova M.A.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific advisor – Associate Professor, Acting Head of the Department of  
Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Psychological Sciences Pastukh  
I.A.**

**Abstract.** The family is a complete system consisting of components that influence each other. At the same time, the family system affects every member of it. This article examines the features of parent-child relationships in a family raising a child with ASD, and in families raising a normo-typical child.

**Keywords:** parent-child relationship, ASD, relationship model, parenting style.

Один из ключевых системообразующих симптомов расстройств аутистического спектра (РАС) – аутизм, который включает в себя сверхзахваченность аутистическими интересами, низкую потребность в социальном развитии и отсутствие коммуникативных навыков; особую характерную задержку и нарушение развития речи. Данные нарушения не позволяют ребенку овладеть коммуникативными навыками, совместной деятельностью, а также бытовыми навыками в полной мере. Единственной средой успешного функционирования ребенка является семейное окружение [3].

В рамках семейной системы Керре Н.О. описывает следующие особенности членов семей с аутичным ребенком: наличие средне выраженного дефицита речевых, коммуникативных навыков, нетипичные черты личности, черты отчужденности, формы навязчивого поведения; гиперкоммуникация, также гипокоммуникация; проблемы понимания речи. Кроме-того, обнаруживается некоторая эмоциональная холодность по отношению к ребенку, признаки «вторичной аутизации» родителя [1].

Согласно исследованиям И.А. Коневой, Е.Н. Красновой у родителей аутичных детей повышены показатели семейная напряженность, тревога, Отличаются значения ряда показателей гиперпротекции, потворствования, воспитательной неуверенности родителей. Обнаружены негативные эмоциональные состояния родителей, неадекватная самооценка, тенденция к подавлению негативных эмоций, завышенные показатели раздражительности и уклонения от конфликта, стремления к самопожертвованию ради ребенка и семьи [2].

По мнению О.П. Самсоновой наиболее частыми моделями отношений родителей к детям с РАС являются: отрицание отклонений у ребенка, при котором родители некорректно оценивают возможности ребенка, отрицают недостатки; симбиоз родительской фигуры и ребенка, ребенок выступает в качестве неспособного к социализации и интеграции в общество, в данном случае у родителя отсутствует вера в ребенка; эмоциональное дистанцирование, при котором родители уделяют внимание недостаткам ребенка, устанавливают психологическую дистанцию, стараются дистанцироваться от процесса воспитания. По мнению автора, факт появления в семье ребенка с РАС сопровождается хроническим стрессом у родителей [5].

По данным исследования, проведенного Е.В. Шабановой, в семьях, воспитывающих ребенка с РАС отмечено статистически значимое доминирование инфантилизации, эмоционального отвержения и социальной гиперсоциализацией, а также симбиозом со стороны материнского отношения. Родители в рассматриваемой выборке значительно чаще используют гиперпротекцию, игнорирование потребностей ребенка, недостаточность запретов и требований, т.е. потворствующую гиперпротекцию. Помимо использования дисгармоничных стилей воспитания, закономерные трудности и дисгармоничные феномены имеются и в супружеских отношениях (различия в

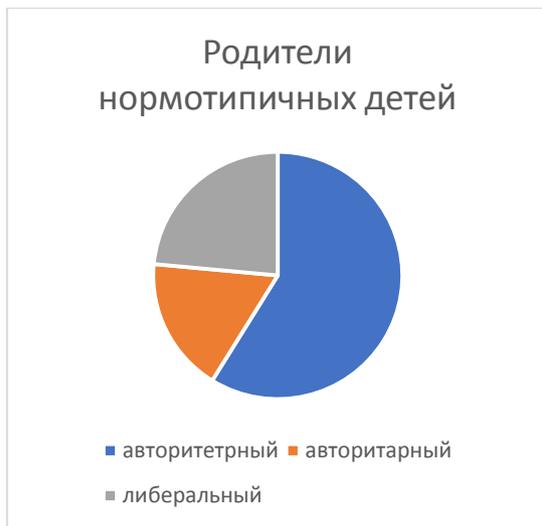
авторитетных целях у супругов, несоответствие ожиданиям партнера, ролевое несоответствие), доминирующих видах защит (реактивное образование, интеллектуализация, проекция, компенсация, отрицание, которых не было выявлено у родителей нормотипичных детей) [6].

**Результаты проведенного исследования.** Объектом нашего исследования выступали детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих ребенка с диагнозом РАС. В исследовании приняло участие 20 родителей, 10 из них имели родительский опыт воспитания ребенка с проявлениями РАС (F84.0 Детский аутизм), и составляли экспериментальную группу, 10 - воспитывали нормотипичных детей (основная группа). Возраст родителей от 25 до 40 лет, возраст детей от 3 до 8 лет. Нами использован опросник родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столина, а также тест «Стили семейного воспитания» [4,8]. Исследование проводилось на базе областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона». Результаты обработаны в программе STATISTICA 8. 0. 360.

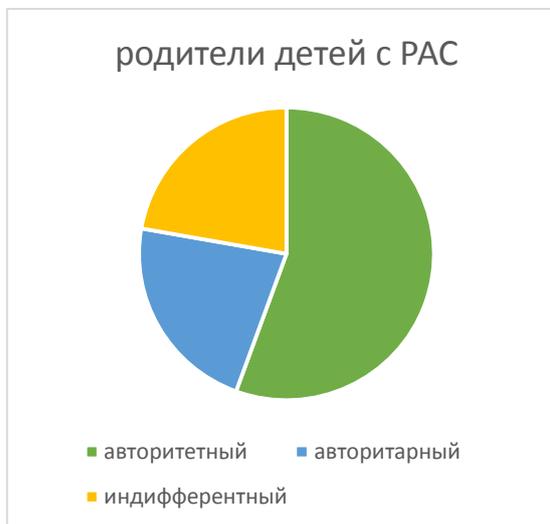
По данным исследования с использованием опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина по шкалам: «принятие-отвержение», «кооперация», «симбиоз», «контроль», «отношение к неудачам ребенка» - статистически значимых различий во взаимодействии с ребенком в группе семей воспитывающих ребенка с РАС и нормотипичного ребенка не обнаружено.

Кроме того, следует отметить, что значения по данным шкалам находятся в диапазоне средних и высоких отметок, а по шкале «отношение к неудачам» в диапазоне низких, что говорит о лояльном отношении родителей к ошибкам ребенка, такой родитель является хорошим учителем и воспитателем.

Также в исследовании использовался тест «Стили семейного воспитания», результаты которого показали, что 100% родителей используют авторитетный стиль воспитания. Тем временем, родители нормотипичных детей наиболее часто применяют либеральный (40%) и авторитарный (30%) стили воспитания, в то время как родители детей с РАС чаще используют совокупность авторитетного (100%), авторитарного (40%) и индифферентного (40%) стилей воспитания.



**Рис. 1.**



**Рис. 2. Распространенность стилей  
семейного воспитания.**

Полученные в ходе проведенного исследования данные подтверждают существенные различия в сочетании стилей семейного воспитания, т.к. выявлено преобладание использования авторитетного, авторитарного и индифферентного стилей воспитания в экспериментальной группе, в то время как в основной группе преобладают авторитетный, авторитарный и либеральные стили. Однако, результаты экспериментально-психологического исследования не выявляют статистически значимых различий в родительских установках по отношению к детям в экспериментальной и основной выборках, а значит наличие у ребенка диагноза РАС не влияет на установки родителей в отношении ребенка. Полученный результат носит предварительный характер и требует дальнейшего изучения.

### Список литературы

1. Керре Н.О. Особенности социального окружения детей с аутизмом / Н.О. Керре // Аутизм и нарушения развития. – 2010. -Т. 4. -№ 4. -С. 13-20.
2. Конева И.А., Краснова Е.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, и их коррекция / И.А. Конева, Е.Н. Краснова// Проблемы современного педагогического образования. -№4. -С. 113-116.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: [https://autism-frc.ru/system/articles/files/000/000/341/original/клинические\\_рекомендации\\_2020.pdf?1616665126](https://autism-frc.ru/system/articles/files/000/000/341/original/клинические_рекомендации_2020.pdf?1616665126) (дата обращения 12.08.2021).
4. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. - М.: Владос, 1996. - 529с.
5. Самсонова О.П. Детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих ребенка с РАС / О.П. Самсонова // Специальное образование и социокультурная интеграция. -2020. -№3. -С. 393- 398.
6. Успешное замещающее родительство: книга для приемных родителей /Авторы-составители: Е.В. Трофимова, О.Н. Хахлова. – Уфа, 2015. – 200 с.
7. Шабышева А.Е. Детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра / Е.В. Шабанова // ВЕСТНИК СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2020. - №2-7 (32). - С. 71-75.

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Шураева К.М. Протопопова М.А.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Научный руководитель – доцент, и.о. заведующего кафедрой психиатрии и психосоматики, к.м.н. Пастух И.А.**

**Аннотация:** расстройства аутистического спектра имеют сложную этиологию, неравномерное течение, высокую коморбидность с другими расстройствами. РАС изменяет социальную ситуацию развития ребенка и семьи, а также ближайшего окружения семьи. Данное расстройство затрагивает не только непосредственно семью, но и социум, в котором существует ребенок. В связи с этим в статье рассмотрены тенденции исследований РАС в России.

**Ключевые слова:** РАС, аутизм, библиометрический метод, ранний детский аутизм.

**MODERN TRENDS OF SCIENTIFIC RESEARCH OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN RUSSIA**

*Shuraeva K.M. Protopopova M.A.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia**

**Scientific advisor - Associate Professor, Acting Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Candidate of Psychological Sciences Pastukh I.A.**

**Abstract:** autism spectrum disorders have a complex etiology, uneven course, high comorbidity with other disorders. ASD changes the social situation of the development of the child and the family, as well as the immediate environment of the family. This disorder affects not only the family directly, but also the society in which the child exists. In this regard, the article examines trends in ASD research in Russia.

**Keywords:** ASD, autism, bibliometric method, early childhood autism.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – обобщающее понятие для широкого круга расстройств включающих симптомы аутизма и искаженного развития. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости детского аутизма в мире увеличивается с каждым годом. В Российской Федерации отмечается аналогичная тенденция. Согласно данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США (The Centers For Disease Control and Prevention) на 2020 год распространенность аутизма составила 1:54, в то время как 2 года назад - 1:59 [6]. Также, согласно результатам Всероссийского мониторинга количество детей с РАС, обучающихся в России, в период с 2017 по 2020 год увеличилось практически в два раза с 15998 человек до 32899 [1].

Рост статистических показателей может быть спровоцирован многими факторами: появление способов более ранней диагностики; повышение доверия

населения к медицинским, образовательным и иным организациям по адаптации и коррекции РАС, а значит и ростом обращений за помощью; расширением групп расстройств аутистического спектра; увеличение количества негативных факторов, влияющих на плод в пренатальном периоде, накопление генетических аномалий в генофонде человека и т.д. [3,5].

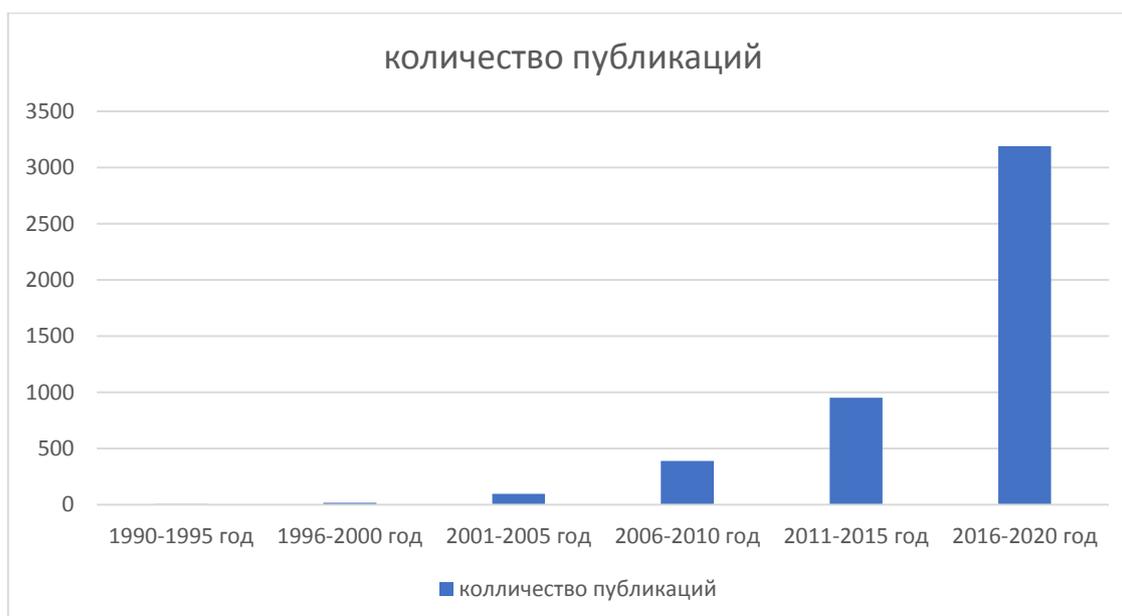
Детский аутизм – это полисимптомное, полиэтиологическое расстройство, которое характеризуется искажением развития ребенка. Оно широко изучается во всем мире [2]. Ученые, врачи, педагоги разрабатывают клинические рекомендации по диагностике, лечению, коррекции, адаптации к социуму детей с данным диагнозом. В нашей стране изучением РАС занимались врачи-детские психиатры: А.Е. Зеленецкая, С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев и многие другие. Сегодня особое внимание данному расстройству уделяют научные деятели: К.С. Лебединская, В.Е. Каган, Д.Н. Исаев, О.С. Никольская, В.М. Башина, О. Богдашина и многие другие.

Цель нашего исследования - изучение современных тенденций научных исследований РАС в отечественной науке. В качестве основного метода исследования нами был использован библиометрический анализ с использованием крупной информационной площадки - eLIBRARY.RU. Глубина исторического поиска представляет собой временной период с 1995 по 2021 год.

**Объектом исследования** является публикационная динамика по проблеме аутизма и анализ тенденций современных исследований.

На первом этапе нашего исследования мы определили ключевые слова, используемые в поиске. Для этого мы выделили следующие поисковые запросы: «РАС», «аутизм», «ранний детский аутизм», «расстройства аутистического спектра». Исходя из подобранных ключевых слов системой были определены 21812 научные публикации, включающие диссертации, монографии, статьи в научных журналах.

На втором этапе мы оценили динамику накопления научных публикаций в общем исследовательском фонде, представленном на eLIBRARY.RU. Данные за последние 30 лет представлены на графике. В период с 1990-1995 год было найдено 4 публикации, с 1996-2000 год – 17 публикаций, с 2001-2005 год – 97 публикаций, с 2006-2010 год – 387 публикаций, с 2011-2015 год – 951 публикация, с 2016-2020 год – 3190 публикаций. Рост количества публикаций указывает на возрастающую актуальность научных исследований в данной области. Значительный скачок роста публикаций по заявленной теме наблюдается в период с 2016 по 2020 год, что говорит об актуальности изучения данной проблемы.



**Рис.1 Публикационная активность за период 1990-2020 гг. на сайте «eLIBRARY» по ключевым словам: «РАС», «аутизм», «ранний детский аутизм», «расстройства аутистического спектра».**

На третьем этапе мы провели анализ научных публикаций распределенных по тематике исследований за последние 10 лет. И выделили несколько направлений:

1. Этиология РАС. Данный аспект изучали: А.В. Винеvская, В.Э. Пашковский, А.Б. Полетаев, С.В. Гречаный, С.М. Эндельсон, К.Ю. Барбазюк и т.д. В рамках данного направления рассматриваются особенности строения генома, головного мозга, сенсорных систем детей, имеющих симптомы РАС. Также наличие симптомов расширенного аутизма у родителей и сиблингов ребенка, имеющего РАС.

2. Методы диагностики РАС. Рассмотрением данного направления занимаются: М.М. Иванова, А.А. Кариллова, К.С. Кузина, Е.Ю. Емельянова, С.В. Лещенко, Ю.А. Фесенко и т.д. В данном направлении ведутся исследования по психиатрической, педиатрической, педагогической, патофизиологической, нейропсихологической, логопедической диагностики. Также проводятся исследования по изучению гормональных, нейромедиаторных маркеров, а также нейрофизиологических и анатомических особенностей, имеющих у детей с РАС.

3. Медикаментозная терапия РАС. В своих научных работах этой проблеме уделяют внимание А.Б. Полетаев, О.В. Крылов, А.И. Труханова, В.Ф. Корсун, А.С. Исмаилова, Е.Ю. Щетнева, М.В. Петиш и др. В рамках данного направления рассматриваются аспекты коррекции низкого психического тонуса, аффективной гиперестезии, стереотипий (двигательных и речевых), речевых эхоталий, мутизма, контрактур, моторной неловкости, уровня сформированности ВПФ, тревожности, страхов, психопатоподобных явлений, патологического фантазирования. Кроме того, ведутся исследования, рассматривающие особенности лечения соматических патологий у детей с РАС.

4. Методы коррекции РАС. З.Д. Темиркаева, Р.Р. Гайнетдинова, М.Д. Гольшева, Е.А. Соболев, И.Г. Галянт, Д.Ж. Акбаева, Н.В. Романюк, Р.А. Халиулина, Э.О. Кудаярова, Г.А. Совкова, Е.А. Совигринова, Медведева Т.В и др. изучают степень влияния и возможности коррекции детского аутизма с помощью АВА-терапии, Р.Л.А.У. терапии, ТЕАСН-терапии, метода поведенческой терапии, метода сенсорной интеграции, метода речевой терапии, терапии социальных навыков, трудотерапии, методов альтернативной коммуникации, арт-терапии, пет-терапии, семейной терапии и т.д.

5. Психологическое сопровождение семей, в которых имеется ребенок с РАС. Т.Ю. Мамаева, А.А. Пухова, М.М. Киселева, А.В. Иванова, Л.Н. Воронкова, Д.П. Кирли, И.В. Леонидова, Колесникова и др. исследуют особенности психологической помощи родителям в социализации и социальном функционировании семьи, формирование досуга семьи, налаживание интеракции с образовательными учреждениями и т.д.

6. Особенности внутрисемейных взаимоотношений в семьях, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра. К.Е. Стебунова, О.А. Асмальковская, Т.Б. Бересток, У.А. Чауш, Ж.В. Альбицкая, М.Н. Жихарев, А.В. Майорова и др. в своих исследованиях рассматривают особенности семейной системы родитель-ребенок, родитель-родитель, ребенок с РАС и сиблинги. Изучая диаду родитель-ребенок исследователями учитываются стили семейного воспитания, родительские установки, требования в отношении к ребенку с РАС.

Резюмируя все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что изучение РАС является актуальной проблемой на сегодняшний день. По данным статистики распространенность расстройств аутистического спектра значительно увеличивается с каждым годом, что требует изучения данной проблемы не только в отношении этиологических факторов, но и аспектов диагностики, психологической и медикаментозной коррекции, а также психологического сопровождения семей, имеющих ребенка с расстройством аутистического спектра.

### Список литературы

1. Божкова Е.Д. Расстройства аутистического спектра: современное состояние проблемы (обзор) / Е.Д. Божкова, О.В. Баландина, А.А. Коновалов // Современные технологии в медицине. -2020. -№2. -Т. 12. -С. 111-120.
2. Кашапов Ф.Ф. Современные исследования аутизма / Ф.Ф. Кашапов // Научный электронный журнал Меридиан. -2019. -№16 (34). -С.93-95.
3. Макушкин Е.В. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая / Е.В. Макушкин, И.В. Макаров, В.Э. Пашковский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -2019. -Т.119, -№2. -С. 80-86.
4. Пустовая А.В., Гуткевич Е.В. Гипотезы возникновения и развития аутизма (литературный обзор) / А.В. Пустовая, Е.В. Гуткевич // international journal of medicine and psychology. -2020. -Т.3. -№3. -С.37-44.

5. Современные аспекты распространенности аутизма среди детей различных возрастных групп / Р.Н. Терлецкая, Л.М. Кузенкова, И.В. Винярская, А.В. Лашкова // Российский педиатрический журнал. -2020. -Т. 23. -№1. -С. 21-27.
6. Matthew J. Maenner, Kelly A. Shaw, Jon Baio et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. MMWR Surveillance Summaries / Vol. 69 / No. 3. March 27, 2020.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

*Шурыгина В. С.*

**Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия  
Научный руководитель - доцент, доцент кафедры психиатрии и  
клинической психологии, к.м.н. Богусhevская Ю.В.**

**Аннотация.** В статье представлены предварительные результаты психологического исследования нарушений осознания болезни при соматоформных расстройствах. Предложены методы психологической коррекции для пациентов с различной степенью неосознания болезни при соматоформных расстройствах.

**Ключевые слова:** соматоформное расстройство, осознание болезни, психокоррекция.

## **PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISEASE IN SOMATOFORM DISORDERS**

*Shurygina V. S.*

**Kursk State Medical University, Kursk, Russia  
Scientific advisor - Associate Professor, Associate Professor of the Department  
of Psychiatry and Clinical Psychology, Candidate of Medical Sciences  
Bogushevskaya Yu.V.**

**Abstract.** The article presents preliminary results of a psychological study of disorders of disease awareness in somatoform disorders. Methods of psychological correction for patients with varying degrees of unconsciousness of the disease in somatoform disorders are proposed.

**Keywords:** somatoform disorder, awareness of the disease, psychocorrection.

**Актуальность.** Соматоформные расстройства в МКБ-10 относятся к рубрике (F45), главной особенностью которых являются патологические симптомы, напоминающие соматическое заболевание при отсутствии морфологических проявлений. У лиц, страдающих СР, присутствуют безостановочные требования медицинских обследований с целью поиска заверений в наличии какого-либо соматического заболевания [3].

В МКБ-11 соматоформные расстройства носят название расстройств телесного дистресса (РТД), так как многие специалисты признают стигматизирующее влияние термина «соматоформный» на пациентов. Диагностика заболевания осуществляется при помощи выделения компонентов, которые присутствуют – «обеспокоенность, мысли и поведение, направленное на поиск соматического заболевания». Такие больные вызывают трудности у специалистов первичного медицинского звена в связи с непониманием специалиста психологических механизмов, неумением рекомендовать и грамотно аргументировать необходимость посещения врача-психиатра [2].

Выделение такого компонента, как осознание болезни в психосоматической практике представляет собой важное значение для составления программ психологической коррекции, а также разработке рекомендаций ПЗЗ, что увеличит шансы обращения пациентов к специалистам нужного узкого профиля.

Учитывая актуальность данной темы, целью научной работы стало формирование программ психологической коррекции осознания болезни у пациентов с соматоформными расстройствами.

**Эмпирическая база исследования.** Исследование проведено на базе психосоматического отделения ОБУЗ «ОКНБ». В качестве выборки исследования выступили 15 женщин с соматоформными расстройствами, у которых выявлено избегающее врача-психиатра поведение на протяжении длительного времени (от двух до шести лет).

#### **Материалы и методы исследования.**

При проведении исследования использовались следующие методы: теоретико-методологический анализ литературных источников, клинико-психологический сбор анамнеза, структурированное интервью.

#### **Предварительные результаты исследования.**

В результате исследования особенностей осознания болезни при соматоформных расстройствах с избегающим врача-психиатра поведением были выявлены следующие данные: у 30% испытуемых обнаружено тотальное неосознание заболевания. Наличие тотальной анозогнозии характеризуется полным отрицанием болезни без системы доказательств. При направлении врачами общей практики на консультацию к психиатру такие больные проявляли категоричный отказ, выражали недоумение в её целесообразности, иногда проявляли недовольство качеством обслуживания у соответствующего специалиста. 70% испытуемых обнаруживали частичное осознание заболевания. При частичной анозогнозии та или иная степень отрицания собственного заболевания основывается на системе доказательств. Такие

больные молчаливо соглашались с возможностью проконсультироваться у врача-психиатра, но в последующем к направившему специалисту больше не обращались, предпочитали обследоваться в другой клинике.

Пациенты с тотальной и частичной анозогнозией соматоформного расстройства нуждаются в психотерапевтической коррекции с учетом степени осознания заболевания.

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлено, что у больных соматоформными расстройствами с различной степенью неосознания болезни сформировано дезадаптивное отношение к заболеванию.

**Программа психологической коррекции.** Наша **цель** состоит в том, чтобы в соответствии с полученными результатами разработать программу психокоррекции неосознания болезни при соматоформных расстройствах и сформировать новую модель восприятия болезни, которая будет способствовать повышению психической и социальной адаптации женщин, имеющих многочисленные неподтвержденными лабораторно-инструментальными методами исследования соматические жалобы.

В терапии соматоформных расстройств только фармакологического лечения для выздоровления недостаточно, так как оно лишь влияет на биологические основы расстройства и не воздействует на отношение к болезни, а именно на осознание пациентом имеющегося заболевания.

Эффективность в терапии соматоформных расстройств показали следующие психотерапевтические подходы: когнитивно-бихевиоральный, ориентированный на решение краткосрочная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия.

Для больных с тотальной и частичной анозогнозией были выбраны различные формы психологической коррекции. Для пациентов с тотальной анозогнозией предпочтительно индивидуальное психологическое консультирование, а для больных с частичной анозогнозией эффективным будет групповое психологическое консультирование в форме тренинга.

А) Психологическая коррекция осознания болезни у женщин с тотальной анозогнозией имеет следующие мишени воздействия:

- Работа с отрицательными эмоциями, локализованными в теле;
- Уменьшение негативных переживаний пациента относительно имеющихся симптомов;
- Создание качественно новых представлений и знаний о болезни;
- Снижение повышенного чувства тревоги относительно имеющегося заболевания.

В когнитивно-бихевиоральном подходе при коррекции особенностей осознания болезни высокую эффективность показывает метод когнитивного реструктурирования. Причинами осознания болезни являются искажения в когнитивных процессах, таких, как восприятие, установки, интерпретации, умозаключения. При изменении их содержания можно ожидать изменений и в эмоциональной, и в поведенческой сферах пациента [3].

Б) Психологическая коррекция осознания болезни у женщин с частичной анозогнозией имеет следующие мишени воздействия:

– Работа с имеющимися телесными симптомами, осознанием их функции, которую они выполняют в жизни конкретной личности;

– Осознание связи между психическими и телесными процессами;

– Замена деструктивных суждений на конструктивные убеждения относительно болезни.

Таким образом, осознание болезни при соматоформных расстройствах выступает важной составляющей самого заболевания, а также диагностическим элементом. Полученные результаты исследования могут быть учтены при разработке практических рекомендаций для врачей-специалистов как широкого, так и узкого профилей, а также для психологов, психотерапевтов, взаимодействующих с больными соматоформными расстройствами.

### **Список литературы**

1. Богушевская Ю.В., Бакина Ю.А. Особенности типов отношения к болезни у женщин с разной продолжительностью течения соматизированных расстройств // Российский психологический журнал. – 2019. Т. 16. – № 4. – С. 22-33.

2. Погосов А.В. Проблема соматизированных расстройств: клиника, непрофильное обращение за медицинской помощью, психообразование / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии– 2019. –№3. – С. 64-72.

3. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Феномен самостигматизации у больных соматизированными расстройствами (клинические и психологические аспекты) //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2019. 3 (104): 55-61.