



2024
ГОД СЕМЬИ

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ СТРАНЫ

ПОСВЯЩЕННАЯ



▶ **89-ЛЕТИЮ**
КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

▶ **25-ЛЕТИЮ** ФАКУЛЬТЕТА
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

▶ **ГОДУ СЕМЬИ**

31 МАЯ 2024 ГОДА, КУРСК

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей и клинической психологии

Кафедра психологии здоровья и нейропсихологии

Кафедра психиатрии и психосоматики



**МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ
СТРАНЫ**

Сборник научных трудов

**международной научно-практической конференции, посвященной 89-
летию КГМУ, 25-летию факультета клинической психологии,
Году семьи**

(31 мая 2024 г.)

Курск, 2024

УДК 61:159.9 (063)
ББК 88.7я43
М42

Печатается по решению
редакционно-
издательского совета
ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России

Медицинская психология на страже здоровья страны: Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, посвященной 89-летию КГМУ, 25-летию факультета клинической психологии, Году семьи (Курск, 31 мая 2024 года)/ Курский гос. мед. ун-т, сост. Н.В. Смирнов; отв. ред. В.А. Липатов. – Курск: КГМУ, 2024, - 1 CD-Rom. – Текст: электронный. – 302 с.

В сборнике представлены материалы по актуальным вопросам клинической (медицинской) психологии, подготовленные ведущими специалистами в области клинической (медицинской) психологии, научными работниками, молодыми учеными. Статьи могут представлять интерес для специалистов в области клинической (медицинской) психологии, практики оказания медицинской помощи. Статьи публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия:

Профессор В.А. Липатов
Профессор Т.Д. Василенко
Доцент А.А. Кузнецова
Доцент Ю.В. Богушевская
Доцент Н.В. Смирнов
Доцент А.И. Блюм
Доцент И.Н. Земзюлина
Доцент А.О. Николаевская

Компьютерная верстка: **Н.В. Смирнов**

Рецензенты: **Т.Д. Василенко, А.А. Кузнецова, Ю.В. Богушевская**

ISBN 978-5-7487-3215-4

© ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2024

ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Абакумова К.Н.

Областное казённое учреждение социального обслуживания «Курский социальный профессиональный реабилитационный центр «Ресурс»», Курск, Россия

Наибольший процент преступлений в Курской области совершается лицами без постоянного источника дохода со средне-специальным образованием в возрасте 30-50 лет. Примечательным является всплеск преступности при переходе от подросткового к юношескому возрасту у женщин с 0,73% до 12,19%, у мужчин с 1,89% до 13,96% [1].

Данные исследований С.Ю. Бытко [2] показывают, что в настоящее время наиболее значимые изменения преступности обусловлены преступностью безработных. Уровень безработицы среди людей с инвалидностью трудоспособного возраста составляет 21,4% (в 3,5 раза выше, чем уровень безработицы в среднем по стране), и люди с инвалидностью, как правило, остаются без работы в течение более длительных периодов времени [3]. Люди с ментальной инвалидностью зачастую не имеют постоянного заработка в связи с тем, что не трудоустраиваются по собственному желанию в виду низкой мотивации, не могут удержаться на одном месте работы ввиду трудностей коммуникации, импульсивности и других индивидуальных особенностей, а также не могут трудоустроиться в виду независящих от них обстоятельств. К таким обстоятельствам можно отнести отношение работодателей к взаимодействию с ментальными инвалидами.

Данные исследований Заплетнюк С.Г. свидетельствуют о том, что 14% работодателей избегают взаимодействия с ментальными инвалидами, 42% испытывают страх и неудобства и лишь 44% работодателей не испытывают дискомфорта. Так же её исследования показали, что лишь 38% организаций имеют квоты на трудоустройство инвалидов, а в 62% организаций ментальные инвалиды должны конкурировать с остальными соискателями вакансий. Также важным фактором в безработице ментальных инвалидов является семья, транслируемые модели поведения и ценности относительно заработка и занятости. Так, например, среди обучающихся ОКУСО «Курский СПРЦ «Ресурс» лишь 38,7 % получают пример трудоустройства через занятость родителей или опекунов. В неполных семьях обучающихся трудоустроены 21% родителей, в полных семьях у 8% обучающихся работают оба родителя, у 58% работает один родитель/опекун и у 34% не работают оба родителя/опекуна.

В 2022-2023 учебном году 23 получателя услуг ОКУСО «Курский СПРЦ «Ресурс» получили свидетельства о профессии рабочего, должности служащего. Из этих выпускников 3 человека продолжили обучение и 10 человек трудоустроились в организации и на предприятия города Курска и Курской области. То есть 43% обучающихся остались не трудоустроенными, тем самым попадая в группу риска девиантного поведения.

В 2020 – 2021 г.г. в Курской области прекратилось статистически значимое снижение показателей первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, в сельской местности проявилась тенденция к росту злоупотребления наркотически действующими веществами, а также выявился тренд роста злоупотребления психоактивными веществами населения в возрасте 20 – 39 лет [4].

Таким образом мы видим актуальность усовершенствования мер первичной и вторичной профилактики девиантного поведения подростков и юношей с ментальными нарушениями в процессе профессиональной реабилитации.

«Контент-площадка «Перекрёсток мнений» — комплекс мер профилактики отклоняющегося поведения подростков и юношей с ментальными нарушениями, включающий совокупность разнонаправленных технологий, обеспечивающих усвоение социально приемлемых форм поведения и повышение социальной

адаптации. В проект «Контент-площадка «Перекрёсток мнений» входят следующие технологии: «Игротека», «Литературная гостиная», «Дискуссионный клуб», «Кинолекторий». В основе технологии лежит усвоение социально приемлемых моделей поведения посредством действия механизма идентификации и присвоения корректирующего опыта.

Психологическая идентификация – «процесс, механизм самоотождествления, формирования идентичности, который включает взаимодействие, взаимовлияние и совместную работу ряда психических процессов. Лейтмотивом общей психологической трактовки идентификации может стать ее интерпретация как основного механизма освоения социального опыта» [5, с.210]. Корректирующий опыт — это эмоциональный опыт, получаемый при взаимодействии со специалистами (психологами, воспитателями и др.), отличный от прежнего, опыт, который запускает изменения в способе восприятия реальности и действиях, предпринятых для управления своей жизнью [6].

Внедрение комплекса мер «Контент-площадка «Перекрёсток мнений» осуществлялось на базе ОКУСО «Курский СПРЦ «Ресурс» с 2022-23 учебного года. Сравнив показатели различных нарушений распорядка и дисциплины в первом и во втором полугодии 2022-23 учебного года, мы получили следующие результаты: количество случаев намеренной порчи имущества уменьшилось на 75%, алкогольного опьянения обучающихся на 43%, драк на 80%, различных нарушений распорядка на 36% (рисунок 1).

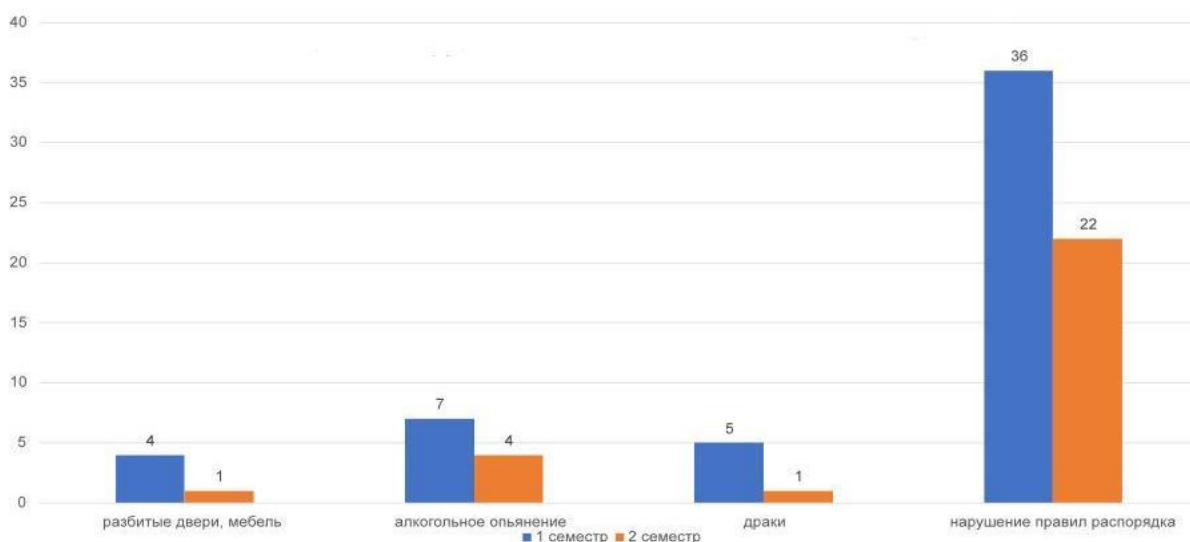


Рисунок 1. Анализ нарушений распорядка и дисциплины получателями услуг за 2022-23 учебный год

Динамика изменений показателей различных нарушений распорядка и дисциплины в первом и во втором полугодии 2023-24 учебного года также является положительной: количество случаев намеренной порчи имущества уменьшилось на 75%, алкогольного опьянения обучающихся на 100%, драк на 100%, различных нарушений распорядка на 21,5% (рисунок 2).

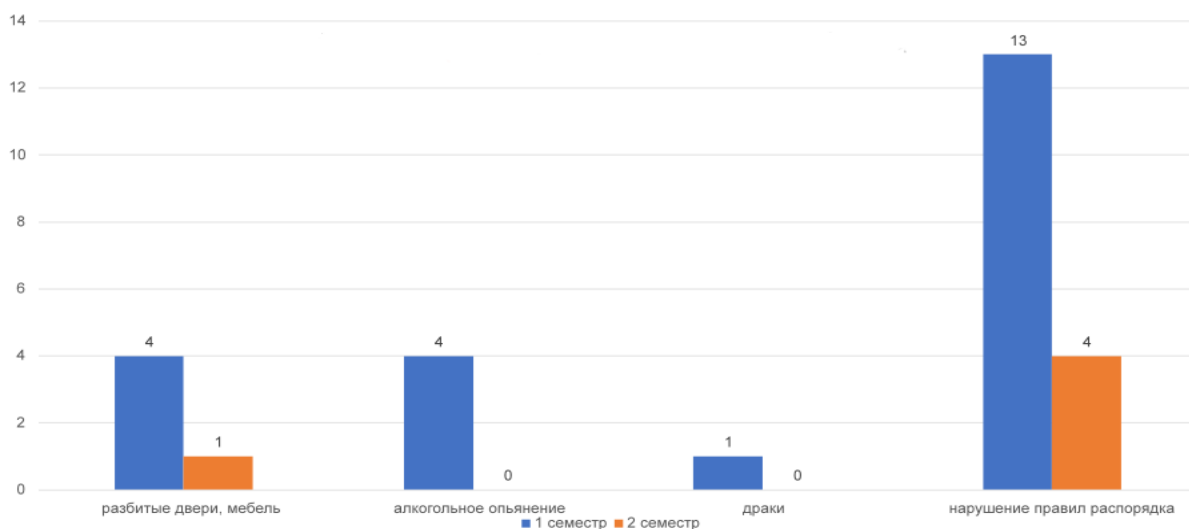


Рисунок 2. Анализ нарушений распорядка и дисциплины получателями услуг за 2023-24 учебный год

Представленная технология позволяет достичь существенных результатов усвоение социально приемлемых форм поведения и повышение социальной адаптации подростков и юношей с ментальными нарушениями, что подтверждается сокращением нарушений распорядка и дисциплины получателями услуг ОКУСО «Курский СПРЦ «Ресурс».

Список литературы

1. Информационно-аналитический портал правовой статистики Генеральной прокуратуры Российской Федерации: официальный сайт. – Москва. – URL: http://crimestat.ru/social_portrait. – Текст: электронный (дата обращения: 26.04.2024).
2. Колыбашкина Н., Сухова А., Устинова М., Демьянова А., Шубина Д. Анализ барьеров и возможностей для участия людей с инвалидностью на рынке труда в Российской Федерации. - Международный банк реконструкции и развития/Всемирный банк. - 2021. – 162 с.
3. Бытков С.Ю. Безработица – локомотив преступности в России // Вестник Казанского юридического института МВД России - 2016. - № 2(24). – С. 41-45.
4. Тимошилов В.И., Ластовецкий А.Г., Бобрик Ю.В. Наркоситуация в Курской области в период пандемии COVID - 19: первичная заболеваемость и возрастная структура вновь выявленных случаев наркологических расстройств// ТМБВ. 2022. №1. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/narkosituatsiya-v-kurskoy-oblasti-v-period-pandemii-covid-19-pervichnaya-zabolevaemost-i-vozhrazhnaya-struktura-vnov-vuyavlennyyh> (дата обращения: 29.04.2024).
5. Левашкина А. О. Трактовки понятия идентификации в отечественных и зарубежных исследованиях // Ярославский педагогический вестник – 2013. – № 3. – Том I. – С. 208-211.
6. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб. – СПб.: Питер. - 2002. – 672.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Ламчева Е.И., Тимашков А.Ю.

Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования
«Московский институт психоанализа» Москва, Россия

Актуальность. В современном мире сохраняется большой интерес к изучению такого заболевания, как ревматоидный артрит. Исследование вопроса адаптации в рамках заболеваний данной группы являются очень актуальным, так как для работы с пациентами ревматологического профиля необходим учет их внутреннего состояния. Ревматоидный артрит является хроническим заболеванием, которое приводит к стойким нарушениям функций соединительной ткани и значительному ухудшению качества жизни [1]. Обращаясь к данным, в различных географических зонах мира среди взрослого населения значения колеблются от 0.5% до 2%. Помимо того, что группа ревматологических заболеваний имеет широкую распространенность, она еще и несет в себе психосоматический характер. Причины появления заболеваний до сих пор не известны целиком, но они носят разрушительный характер, имеют хронический характер протекания и существенно влияют на продолжительность жизни пациента, что несомненно является серьезной проблемой [7]. Психологическая саморегуляция все чаще выступает в качестве предмета клинико-психологических исследований, посвященных оценке адаптации пациентов различных нозологических групп. Очень часто оптимальное функционирование и самочувствие пациента с хроническим соматическим заболеванием зависит от степени соблюдения им самим лечебной дисциплины - выполнения необходимых процедур и приема назначенных лекарств. Данная нагрузка в жизнедеятельности пациента и его родственников, а также непосредственно симптоматика имеющегося заболевания, ее социальный и экономический аспекты обобщаются понятием «индивидуальное бремя болезни» [9]. Восприятие болезни, копинг-поведение и копинг-ресурсы, а также приверженность лечению в данном контексте являются факторами регуляции бремени болезни. Важно изучать весь спектр чувств и эмоций пациента, его отношение к болезни, осознание себя в этой болезни и его способы справиться с ней [10]. Неотъемлемой частью изучения любого заболевания является внутренняя картина болезни, играющая важную роль в адаптации пациента к сложившимся обстоятельствам. Феномен хорошо изучен со всех сторон и рассматривается совместно со способами совладания пациента с заболеванием [4].

Цель исследования - изучение параметров психологической саморегуляции пациентов с различным субъективным восприятием ревматоидного артрита.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБУ НИИ ревматологии имени В.А. Насоновой и Российской ревматологической ассоциации «Надежда». Исследование проводилось в гибридном формате: очно, в ходе психологического обследования и с применением дистанционных онлайн-технологий. Выборку составили 180 пациентов с ревматоидным артритом, средний возраст составил $43,41 \pm 11,18$ лет, средний стаж болезни – 9,9 лет. Среди участников было 149 женщин (82,8%) и 31 мужчина (17,2%). Критерий включения в исследование - диагностированный ревматоидный артрит, стаж заболевания от 2 лет. Критерий исключения - психические расстройства, зависимости, возраст младше 18 лет.

Применялся пакет психодиагностических методик:

1. Краткий опросник восприятия болезни (Broadbent E., 2006; в адаптации Ялтонского В.М. и соавт., 2017) [8].

2. Шкала госпитальной тревоги и депрессии (HADS; Zigmond A., Snaith R., 1983; в адаптации Морозовой М.А. и соавт., 2023) [3].

3. Опросник приверженности лечению Мориски-Грин (MMAS-8, Morisky D.E., Green L., 2008) [11].

4. Пятифакторный опросник осознанности (FFMQ, Баер Р. в адаптации Юмартова Н.М., Гришина Н.В., 2013) [6]

5. Опросник «Сочувствия к себе» (Neff K., 2003; в адаптации Чистопольской К.А. и соавт., 2020) [5].

6. Опросник совладания с трудными жизненными ситуациями (Р.Лазарус в адаптации Л.И. Вассермана и соавт., 2009) [2].

Результаты. Формирование групп сравнения - по результатам использования методики «Краткий опросник восприятия болезни», пациенты были разделены на две группы по шкале «Общее восприятие болезни как угрозы»: группа 1 (n=89) - пациенты, воспринимающие имеющееся заболевание как умеренную угрозу для жизни (УВУ) (средний показатель по шкале – 38,93 балла); группа 2 (n=91) - пациенты, воспринимающие имеющееся заболевание как выраженную угрозу для жизни (ВВУ) (средний показатель по шкале – 56,08 балла).

В сравниваемых группах в структуре восприятия болезни обнаружены значимые различия практически по всем параметрам, кроме шкалы «течение болезни». Для пациентов с умеренным восприятием угрозы последствия болезни воспринимаются менее тяжёлыми ($5,71 \pm 2,03$, $P = 0,000$). При исследовании контроля болезни результаты показывают, что пациенты с умеренным восприятием угрозы болезни в меньшей степени уделяют ей внимание ($3,56 \pm 1,92$; $P = 0,000$), контроль лечения также менее выражен ($2,85 \pm 1,95$; $P = 0,000$). По шкале «идентификация болезни» ($5,30 \pm 1,90$, $P = 0,000$), подразумевающую под собой её ощущение, также обнаружены значимые различия, указывающие на её меньшую выраженность у пациентов первой группы (УВУ). Эти пациенты также менее озабочены своим заболеванием ($5,67 \pm 2,28$, $P = 0,000$) и с наименьшим усилием реагируют на неё эмоционально ($5,27 \pm 2,09$, $P = 0,000$). Явные различия обнаружены по параметру «восприятие угрозы» ($35,85 \pm 5,71$, $P = 0,000$). Шкала «Понимание болезни» показывает наименьший результат в группе с умеренным восприятием болезни как угрозы ($2,46 \pm 2,14$, $P = 0,000$). По шкале «течение болезни во времени» явных различий не выявлено. Пациенты с выраженным восприятием угрозы воспринимают последствия заболевания тяжелее ($7,53 \pm 1,74$, $P = 0,000$). Контроль болезни ($5,42 \pm 2,39$, $P = 0,000$) и контроль лечения ($5,42 \pm 2,40$; $P = 0,000$) показывают более высокие результаты в группе с выраженным восприятием угрозы, чем с умеренным. По шкале «идентификация болезни» ($7,70 \pm 1,79$, $P = 0,000$) также выявлены более высокие показатели у группы с выраженным восприятием угрозы. Данные пациенты имеют наибольший балл по шкале озабоченности ($8,61 \pm 1,96$, $P = 0,000$) и более эмоционально выражено реагируют на свою болезнь ($8,23 \pm 1,93$, $P = 0,000$). Важно отметить, что важную роль в структуре восприятия болезни играют эмоциональное реагирование, представления о последствиях болезни и озабоченность ею.

При изучении копинг-стратегий в трудных жизненных ситуациях были обнаружены значимые различия. У пациентов с умеренным восприятием угрозы болезни обнаружены менее выраженные показатели по шкале «Принятие ответственности» ($53,01 \pm 18,53$, $P = 0,002$), предполагающей принятие своей роли в возникновении и решении проблемы, чем у пациентов с выраженной угрозой восприятия болезни ($64,87 \pm 21,77$; $P = 0,000$). По шкале «Бегство-избегание», предполагающей под собой различные способы ухода (отрицание проблемы,

отвлечение, фантазирование и прочее), также выявлены значимые различия, указывающие на большую выраженность у пациентов с умеренным восприятием угрозы ($45,44 \pm 11,85$, $P = 0,008$), чем у пациентов с выраженным восприятием угрозы ($34,45 \pm 12,43$, $P = 0,008$). По шкалам «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка» значимых различий не обнаружено. Пациенты с выраженным восприятием угрозы болезни более склонны применять стратегии поиска социальной поддержки и принятия ответственности, пациенты с умеренным восприятием угрозы болезни также часто прибегают к поиску социальной поддержки, а также наиболее часто применяют стратегию дистанцирования.

Достоверно значимые различия при исследовании тревоги и депрессии выявлены по двум шкалам. У пациентов с умеренно выраженным восприятием угрозы тревога находится на более низком уровне ($10,16 \pm 4,46$, $P = 0,005$), чем у пациентов с выраженным восприятием угрозы болезни ($12,12 \pm 3,99$, $P = 0,005$). По шкале «депрессия» также наиболее низкий показатель обнаружен у пациентов с умеренным уровнем восприятия угрозы ($9,8 \pm 4,05$, $P = 0,003$) в сравнении с пациентами с высоким уровнем восприятия болезни как угрозы ($11,61 \pm 3,79$, $P = 0,003$). Результаты исследования показывают ненормативные показатели у группы 1 (УВУ) и у группы 2 (ВВУ). У пациентов в умеренном уровне восприятия угрозы шкалы «тревога» и «депрессия» находятся в рамках показателей субклинической выраженности. Пациенты с выраженным уровнем восприятия угрозы имеют показатели соответствующие клинической выраженности тревоги и депрессии, что говорит о преобладании тревожности и депрессивных эпизодов в их жизни.

Значимых различий при исследовании уровня приверженности в группе с умеренным уровнем восприятия угрозы ($4,99 \pm 1,63$, $P = 0,274$) и у группы с выраженным уровнем восприятия угрозы ($4,6 \pm 1,93$, $P = 0,274$) не обнаружено. У групп с умеренным и выраженным уровнем восприятия угрозы показатели не пересекают нормативный порог и являются достаточно низким, что говорит о слабой приверженности к лечению пациентов вне зависимости от уровня восприятия угрозы.

В сравнении результатов осознанности между двумя группами были обнаружены значимые различия по шкале «Нереагирование», предполагающей способность человека сознательно не направлять внимание на эмоциями и мыслями, не увлекаться ими, иметь возможность осознанно выбрать реакцию вне зависимости от эмоционального фона. Способность к нереагированию менее развита у группы пациентов с выраженным восприятием угрозы болезни ($16,28 \pm 3,63$, $P = 0,014$) в сравнении с группой с умеренным восприятием угрозы ($17,79 \pm 4,04$; $P = 0,014$). Важно отметить, что у обеих групп данный показатель находится ниже нормы. Шкала «наблюдении» показывает результат выше нормативного в двух группах, что говорит о наличии способности к наблюдению за внешними и внутренними ощущениями, умении обращать на них внимание и фокусироваться у пациентов вне зависимости от уровня восприятия угрозы. Показатели по шкалам «Описание», характеризующее способность человека к описанию происходящего внутри - чувств, ощущений, впечатлений - и «Осознанная активность», предполагающая наличие осознания своих действий, имеют результат ниже нормы в группе 1 (УВУ) и группе 2 (ВВУ). Суммарный показатель также снижен в обеих группах, что говорит о низком уровне осознанности среди группы с умеренным уровнем восприятия угрозы и выраженным уровнем восприятия угрозы.

При сравнительном исследовании уровня самосострадания у пациентов с умеренным и выраженным уровнями восприятия угрозы были обнаружены

достоверно значимые различия. У респондентов с умеренным уровнем восприятия угрозы результат по шкале «Доброта к себе» ($3,29 \pm 0,80$; $P = 0,007$), подразумевающий любящее отношение к самому себе выше, чем у группы с выраженным восприятием угрозы ($2,92 \pm 0,88$; $P = 0,007$). «Общность с человеком» у первой группы (УВУ) ($3,28 \pm 0,83$; $P = 0,007$) также имеет наибольшую выраженность, чем группа 2 (ВВУ) ($2,92 \pm 0,88$; $P = 0,007$) результат, чем у группы с выраженным уровнем угрозы, данный показатель говорит о понимании респондентов, что их заболевание не является уникальным случаем, а представляет собой трудность, возможность встретиться на пути у любого другого человека. По шкале «Внимательность», которая описывает внимательное отношение к себе и своим чувствам, переживаниям, результат у группы с умеренным восприятием угрозы ($3,27 \pm 0,63$; $P = 0,001$) также выше, чем у группы с выраженным восприятием болезни как угрозы ($2,91 \pm 0,77$; $P = 0,001$). По шкале «самоизоляция» более высокий результат имеет группа пациентов с выраженным восприятием угрозы болезни ($3,21 \pm 1,05$; $P = 0,025$), чем пациенты с умеренным уровнем восприятия угрозы ($2,91 \pm 1,07$; $P = 0,025$). Шкалы «Самокритика» и «Чрезмерная идентификация» значимых различий не показали. Каждый показатель в группе 1 (УВУ) и группе 2 (ВВУ) имеет нормативные показатели, что говорит о достаточном уровне развития компонентов самосострадания.

Анализ корреляционных связей. При исследовании обнаружено, что слабые и средние корреляционные связи существуют между показателями восприятием болезни у пациентов с ревматоидным артритом и выраженностью тревоги и депрессии. «Тревога» имеет положительную корреляционную связь со следующими компонентами восприятия болезни: «контроль лечения» ($R = 0,316$; $P = 0,000$) «эмоциональное реагирование» ($R = 0,359$; $P = 0,000$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = 0,403$; $P = 0,000$). «Депрессия» имеет корреляционные связи с «последствия болезни» ($R = 0,316$; $P = 0,000$), «контроль болезни» ($R = 0,303$; $P = 0,000$), «контроль лечения» ($R = 0,359$; $P = 0,000$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = 0,370$; $P = 0,000$).

У показателей восприятия болезни пациентов, страдающих ревматоидным артритом, обнаружены слабые и средние корреляционные связи с показателями осознанности. «Осознанная активность» положительно коррелирует с компонентами восприятия болезни «эмоциональное реагирование» ($R = 0,207$; $P = 0,005$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = 0,149$; $P = 0,045$). «Нереагирование» имеет отрицательные корреляции с контролем болезни ($R = -0,225$; $P = 0,002$), озабоченностью болезнью ($R = -0,180$; $P = 0,015$), пониманием болезни ($R = -0,172$; $P = 0,020$), эмоциональным реагированием ($R = -0,214$; $P = 0,004$) и восприятием болезни как угрозы ($R = -0,214$; $P = 0,004$).

У показателей восприятия болезни пациентов, страдающих ревматоидным артритом, обнаружены слабые и средние корреляционные связи с компонентами самосострадания. «Доброта к себе» имеет отрицательные корреляционные связи со следующими компонентами восприятия болезни: «контроль болезни» ($R = -0,252$; $P = 0,001$), «контроль лечения» ($R = -0,209$; $P = 0,005$), «идентификация болезни» ($R = -0,222$; $P = 0,003$), «эмоциональное реагирование» ($R = -0,264$; $P = 0,000$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = -0,281$; $P = 0,000$). Результаты по шкале «Общность с человечеством» имеет отрицательные корреляции с показателями восприятия болезни: «контроль болезни» ($R = -0,229$; $P = 0,002$), «эмоциональное реагирование» ($R = -0,214$; $P = 0,004$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = -0,228$; $P = 0,002$). «Самоизоляция» положительно коррелирует с компонентами восприятия

болезни: «последствия болезни» ($R = 0,204$; $P = 0,006$), «контроль болезни» ($R = 0,231$; $P = 0,002$), «идентификация болезни» ($R = 0,229$; $P = 0,002$), «озабоченность болезнью» ($R = 0,220$; $P = 0,003$), «эмоциональное реагирование» ($R = 0,402$; $P = 0,000$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = 0,305$; $P = 0,000$). «Внимательность» отрицательно коррелирует с показателями «контроль болезни» ($R = -0,245$; $P = 0,001$), «контроль лечения» ($R = -0,218$; $P = 0,003$), «озабоченность болезнью» ($R = -0,208$; $P = 0,005$), «эмоциональное реагирование» ($R = -0,274$; $P = 0,000$), « и «восприятие болезни как угрозы» ($R = -0,271$; $P = 0,000$). Показатели Чрезмерной идентификации имеют положительные корреляционные связи со следующими компонентами восприятия болезни: «эмоциональное реагирование» ($R = 0,473$; $P = 0,000$) и «восприятие болезни как угрозы» ($R = 0,248$; $P = 0,001$)

Выводы.

1. Можно выделить два паттерна восприятия ревматоидного артрита как угрозы для жизни и благополучия: восприятие болезни как умеренной (незначительной) угрозы и восприятие болезни как выраженной (значимой) угрозы. Данные типы восприятия ревматоидного артрита задают различные паттерны психологической саморегуляции пациентов в условиях болезни.

2. Паттерн восприятия болезни как угрозы играет роль в формировании стратегий совладания с болезнью. Применение копинг-стратегии дистанцирования наиболее характерно для группы с умеренным восприятием болезни как угрозы, также они часто применяют стратегию «поиск социальной поддержки». Пациенты с выраженным восприятием артрита как угрозы, наиболее часто применяют положительные стратегии совладания с трудной ситуацией, а именно: поиск социальной поддержки и принятие ответственности. Важно отметить, что у данных пациентов также недостаточно развита стратегия «бегство-избегание» в сравнении с группой с умеренным уровнем восприятия угрозы, чьи показатели находятся в норме.

3. Группа с умеренным уровнем восприятия болезни как угрозы имеет результат выше нормативного по шкалам тревоги и депрессии, что соответствует субклинической выраженности данных показателей. У группы с выраженным восприятием болезни как угрозы показатели также находятся выше нормативных, но они переходят порог субклинической выраженности, соответствуя уровню клинической выраженности, говоря о большей подверженности тревожным и депрессивным состоянием, что подтверждает их слабую способность к абстрагированию.

4. Результаты исследования говорят о низком уровне приверженности пациентов обеих групп к лечению, что характеризует их как пациентов, имеющих тенденцию к отказу от терапии или эпизодическому её прекращению.

5. У пациентов с умеренным уровнем восприятия болезни как угрозы выше нормы находится такой компонент осознанности, как наблюдение. Группа с выраженным уровнем восприятия угрозы болезни имеет сниженный компонент «нереагирование» с прослеживаемой тенденцией к увлечению и погружению в свои эмоции и мысли и слабой возможностью не реагировать на них, продолжая совершать необходимую ему деятельность.

6. Все показатели самосострадания соответствуют норме, что позволяет охарактеризовать пациентов разным типом восприятия ревматоидного артрита, как людей, способных относиться к себе с добротой и пониманием. Однако прослеживается тенденция группы с выраженным восприятием болезни как угрозы в наибольшей степени уходить в жалость к себе, принимать позицию жертвы.

Список литературы

1. Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Сирота Н.А. и соавт. Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента // Современная ревматология. – 2022. – Т. 16, № 6. – С. 20-25. – DOI 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и соавт. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. - Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. - 38 с.
3. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г. и соавт. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции // Профилактическая медицина. -2023. - №26(4). – С. 7-14. DOI 10.17116/profmed2023260417
4. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. и соавт. Клиническая психология лечебного процесса. – Москва : ООО Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа";, 2023. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-7658-1. – DOI 10.33029/9704-7658-1-СРТР-2023-1-400
5. Чистопольская К.А., Осин Е.Н., Ениколопов С.Н. и соавт. Концепт "Сочувствие к себе": российская адаптация опросника Кристин Нефф // Культурно-историческая психология. – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 35-48. – DOI 10.17759/chp.2020160404
6. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (Mindfulness). Психологические характеристики и инструменты измерения // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2013. – Т. 1. – С. 267-273.
7. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Андрушкевич Т.Д. и соавт. Исследование параметров внутренней картины болезни пациентов ревматологического профиля // Российский психологический журнал. – 2020. – Т. 17, № 1. – С. 15-26. – DOI 10.21702/rpj.2020.1.2
8. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А. и соавт. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 51. – С. 1.
9. Leventhal H., Diefenbach M., Leventhal E.A. Illness cognition - using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions // Cognitive Therapy and Research. – 1992. - №16(2). – P. 143-163. DOI 10.1007/BF01173486
10. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. J. Behav. Med. – 2016. - №39(6). – P. 935-46. DOI 10.1007/s10865-016-9782-2
11. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., Ward H.J. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // J Clin Hypertens (Greenwich). – 2008. - №10(5). – P. 348-54. DOI 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

**ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОГО ПРАКСИСА И
ПРОСТРАНСТВЕННОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ
ГОЛОВНОГО МОЗГА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Акуленкова М.В., Вирлова А.П.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России. Курск, Россия**

Локальные поражения головного мозга оказывают значительное влияние на нарушения реализации высших психических функций человека, в том числе конструктивный праксис и пространственное мышление. В зависимости от локализации очага поражения определяются специфические особенности нарушения психических функций. Нейропсихологический подход позволяет понять, какие изменения происходят в психических функциях при поражении определенных участков мозга, а также определить механизм возникновения наблюдаемых нарушений.

Конструктивный праксис представляет собой способность человека к созданию и воспроизведению сложных пространственных действий. Изучаемая функция имеет теменно-затылочную локализацию, в результате деятельности этих отделов протекает зрительно-пространственная афферентация движений. Конструктивный праксис базируется на синтезе вестибулярных, кожно-кинестетических и зрительных чувств, на основе которых формируются пространственные координаты действий [1]. Реализация высшей психической функции осуществляется за счет третичных полей коры мозга обоих полушарий. Правое полушарие обеспечивает непосредственную ориентировку в пространстве, распознавание объектов и их ориентацию, левое полушарие – логическую организацию пространства, заключающуюся в опосредовании действий словом или другими внешними опорами.

Пространственное мышление является специфическим видом умственной деятельности, который имеет место в решении задач, требующих ориентации в практическом и теоретическом пространстве, основной характеристикой которого является способность оперировать пространственными образами [3]. Пространственное мышление имеет височно-теменно-затылочную локализацию, отвечающую за симультанный анализ и синтез поступающей информации разных модальностей, в частности пространственных и квазипространственных параметров объектов. Для реализации пространственного мышления важно одновременное функционирование двух полушарий головного мозга. Правое полушарие обеспечивает перцептивные представления, оценку размеров объектов, определение расстояния между ними, левое полушарие – категориальный анализ, координатные представления о пространстве.

Проанализировав содержание и локализацию конструктивного праксиса и пространственного мышления, можно сделать вывод, что изучаемые высшие психические функции взаимосвязаны. Взаимосвязь можно рассмотреть на двух уровнях: морфологическом и функциональном. Морфологический уровень подразумевает совпадение областей головного мозга, отвечающих за реализацию функций, функциональный уровень взаимосвязи заключается в необходимости пространственного мышления в реализации конструктивного праксиса. Для реализации человеком различных пространственных действий, в том числе и манипуляции с объектами, необходимо понимание структуры объектов, их элементы, представление объектов в трехмерном измерении, что способствует реализации конструктивной деятельности в полном объеме.

Наиболее ярко нарушения высших психических функций наблюдаются при локальных поражениях головного мозга в результате острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии (СМА) и задней мозговой артерии (ЗМА). СМА является наиболее крупной из ветвей внутренней сонной артерии, верхние ветви которой обеспечивают кровоснабжение лобной и теменной доли головного мозга, а нижние – теменной и височной долей [2]. В свою очередь ЗМА делится на медиальную и латеральную ветви, которые служат основными

источниками кровоснабжения задне-нижних частей полушарий головного мозга, включая затылочные доли, медиобазальные отделы височных долей и нижнемедиальные отделы темени [4]. В результате нарушения кровоснабжения в бассейнах СМА и ЗМА, у пациентов наблюдаются специфические особенности реализации психических функций. Клиника нарушения кровоснабжения СМА представлена в виде дефектов акустического и оптико-пространственного гнозиса, расстройства праксиса, а нарушения в бассейне ЗМА ассоциированы с пространственной дезориентацией, зрительными нарушениями, как правило, гемианопсией, зрительной агнозией, нарушением пространственных представлений. Описанные дефекты обусловлены нарушением кровообращения отделов головного мозга, отвечающих за реализацию пространственные функции: височно-теменно-затылочную область, лобные отделы, которые выполняют функцию контроля.

При нейропсихологической диагностике конструктивного праксиса и пространственного мышления у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в бассейнах СМА или ЗМА, могут наблюдаться специфические особенности в реализации конструктивной деятельности, в понимании пространственных отношений, в трудностях при копировании трехмерных геометрических фигур, в выпадение полей зрения: гемианопсии, также отмечаются трудности в выполнении бытовых дел в пределах палаты. Представленные нарушения высших психических функций значительно влияют на условия жизнедеятельности пациентов, перенесших локальные нарушения головного мозга.

Таким образом, можно сделать вывод, что нейропсихологический подход помогает определить механизм нарушения психических функций в результате локальных поражений головного мозга. При нарушении кровоснабжения в бассейнах средней мозговой артерии и задней мозговой артерии часто встречаемыми нарушениями являются нарушения конструктивного праксиса и пространственного мышления.

Список литературы

1. Визель Т.Г., Основы нейропсихологии. Москва, 2005., 384с;
2. Ковязина М.С., Варако Н.А. К вопросу о природе "правополушарной" нейропсихологической симптоматики при инсультах в бассейне левой среднемозговой артерии // Consilium Medicum. 2016. №9.;
3. Кузнецов А.П., Пространственное мышление как умственная деятельность // Обучение и воспитание: методики и практика. 2014. №11.;
4. Хасанов И.А., Богданов Э.И. Ишемический инсульт в бассейне задних мозговых артерий: проблемы диагностики, лечения // ПМ. 2013. №1-2 (69).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБРАЗНОЙ РЕПЕТИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОШМАРНЫХ СНОВИДЕНИЙ

Баранов М.Л., Джангильдин Ю.Т.

**Федеральное государственное казенное учреждение здравоохранения
«Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии
Российской Федерации». Балашиха, Россия**

Актуальность. Ночные кошмары, связанные с травмой, и нарушение сна являются частыми симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1, 2].

Посттравматические кошмары (ПТК) являются либо прямым повторением травматического события, либо содержат эмоции или содержание, связанные с травмой. Высказываются мнения, что кошмары пациентов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством, содержат общие травматические темы, такие как угрожающие или смертельные обстоятельства [3, 4].

Кошмарное расстройство отрицательно влияет на качество жизни, приводя к избеганию сна и его депривации [5, 6]. Кошмарные сновидения могут вызвать или усугубить основное психическое расстройство и заболевание и могут быть связаны с депрессивными и тревожными расстройствами [7].

Частые ночные кошмары у пациентов, переживших боевой стресс, связаны с широким спектром психических жалоб, а также нарушениями сна и бессонницей [8, 9, 10]. Последствиями длительно присутствующих в структуре сна ПТК являются разбитость при пробуждении, дневная сонливость, недостаток энергии, раздражительность, трудности с концентрацией внимания, страх засыпания и неадаптивное функционирование личности [11].

Психотерапевтические интервенции, применяемые в лечении посттравматических кошмаров, основаны на устранении хронического повторения содержания кошмаров. Эти подходы опираются на принципы десенсибилизации и экспозиционной терапии, образной репетиционной терапии (ОРТ) или обучения осознанным сновидениям. Одним из методов, имеющих наибольшую доказательную базу, является образная репетиционная терапия (ОРТ).

ОРТ представляет собой модифицированную методику, основанную на когнитивно-поведенческой терапии с интеграцией ряда гештальт техник и креативной визуализации. Суть данной методики сводится к изменению содержания кошмара путем конструирования нового набора положительных образов и дальнейшего повторения «нового» сценария сна во время бодрствования в течение 10-20 минут в день [12].

Цель данной работы описать основные принципы построения психотерапевтической программы, направленной на лечение посттравматических кошмаров.

Предполагается проведение четырех встреч дважды в неделю в составе закрытой группы пациентов.

Первая сессия направлена на построение терапевтического альянса и повышение доверия к лечению.

На первом занятии ОРТ участникам предлагается изучить два противоположных взгляда на кошмары: в лекционной части занятий участники получают информацию о том, что ночные кошмары могут быть вызваны не только травмой, но и устойчивыми привычками. Задачей первой сессии является построение

доверительного контакта и снижение тревоги. Пациентам необходимо описать свои кошмарные сновидения, обозначив его центральные элементы, записав в последующем данное сновидение в тетрадь. При этом участников ориентируют на то, что особое внимание нужно направить на наиболее пугающие элементы сна: травму или смерть, ужасающие образы или звуки, а также события, ведущие к драматическому финалу. Ведущий обсуждает с участниками связь между кошмарами и бессонницей с двумя целями: во-первых, дать им понять, что основное внимание направлено на и проблемы со сном, а не на травму или посттравматический стресс; во-вторых, для того, чтобы создать опыт переживания «мини-инсайта» (т. е. озарения, внезапного сознательного изменения в представлении человека о стимуле, ситуации, событии или проблеме), поскольку большинство людей, переживших травму, обычно не связывают свои кошмары с бессонницей. Основные тезисы, которым уделяется внимание на первой встрече следующие: кошмары фрагментируют сон, что в свою очередь приводит к ухудшению качества сна; плохое качество сна является как психологическим, так и физиологическим процессом; лечение ночных кошмаров является важным шагом в лечении посттравматических нарушений сна.

Как правило, большинство участников сообщают о том, что избегают засыпания, чтобы не повторялись кошмарные сновидения. Интервенция ведущего группы направлена на фокусировку участников группы на мысль, что избегание сна – это сознательный процесс. Раскрывается, что ночные кошмары способны из острой фазы переходить в хроническое расстройство, побуждающее людей изменять свое поведение или другие аспекты своей жизни, чтобы избежать опасности. В конце первого сеанса участникам предлагается практиковать упражнения с приятными образами, изучаются когнитивно-поведенческие инструменты для работы с неприятными образами, которые могут возникнуть.

Вторая сессия: кошмар как приобретенное и адаптивное поведение

На втором занятии пациентам предлагается ответить на вопрос «Почему ночные кошмары и тревожные сновидения после стрессовых переживаний или травмирующих воздействий сохраняются длительно?» При ответе на данный вопрос делался акцент на том, что ПТК – долгосрочное последствие травмы. Специалист помогает участникам группы осознать положительную роль ночных кошмаров, заключающуюся в высвобождении негативных эмоций в ночное время, возникших в результате травмы. Делается акцент на том, что положительным моментом является отсутствие отрицательных эмоций в течение дня, и это позволяет пациентам заниматься повседневными делами.

Таким образом, участники группы могут почувствовать себя более уверенными от осознания, что плохой сон является стратегией, которая несет защитную функцию.

Участникам предлагается усвоить принципы конструирования приятных образов как части модели ОРТ. Образы — это естественная часть умственной деятельности и они могут выражаться в мыслях и чувствах; воображение часто является последней сознательной деятельностью перед сном; дневные образы могут быть мостом к ночным образам (сновидениям); большинство участников, переживших травму, имеют достаточную способность проводить такие тесты в группах или индивидуально; большинство пациентов с нетяжелым посттравматическим стрессовым расстройством могут легко практиковать упражнения с приятными образами дома. С участниками обсуждается практика создания образов и устраняются трудности в этом процессе.

Третья сессия: процесс реконструирования образов

Третий сеанс начинается с обсуждения, что у многих людей, которые видят тревожные сны, может развиваться дисбаланс в их мыслях, чувствах и системе образов: они могут «думать» слишком много и отстраняться от своих неприятных чувств и образов. На этом этапе вводится понятие репетиции. Дается пояснение, что люди постоянно участвуют в репетиции образов, «практикуя» ожидаемое поведение или опыт, представляя себя в различных новых или знакомых ситуациях, чтобы определить, как они могут себя вести в той или иной ситуации. Далее отмечается, что источником сновидений часто является содержание произошедшего с человеком в течение дня. Таким образом, ежедневное избегающее поведение в сочетании с ограниченной творческой активностью может приводить к травматическим кошмарам. Участникам рекомендуется продолжать заниматься конструированием образов в воображении по 5–10 минут в день в течение недели и ежедневно представлять, что каждый из участников может видеть приятные сны, а не кошмары.

Сессия четвертая: удовлетворение от положительных сновидений

На четвертом и последнем сеансе используется вариант Нейдхардта «изменение кошмара по своему желанию».

В процессе такой работы участники узнают, как использовать ОРТ для одного, самостоятельно выбранного кошмара. Участник записывает свой тревожный сон, затем в соответствии с моделью, разработанной Нейдхардтом и др., [13] получает указание «изменить кошмар так, как пожелает», и записать измененный сон.

После этого каждый участник использует образы, чтобы отрепетировать свой собственный сценарий «нового сна»; в течение 10-15 минут. Далее участники кратко описывают свой старый кошмар и то, как они изменили его, как в своей письменной попытке, так и, если успели применить, в процессе реальной репетиции. После этого первоначального упражнения участникам предлагается не записывать старый кошмар или измененную версию, а мысленно воспроизвести весь процесс от начала до конца. Участникам дается домашнее задание репетировать реконструированный сон не менее 5-20 минут в день. Запрещается одновременно работать более чем с двумя отдельными «новыми снами» в течение каждой следующей недели. В случае, если кошмарное сновидение касается травматического события, то в процессе программы не рекомендуется описание травмирующих переживаний и травмирующего содержания данного сновидения, с целью снижения его прямого воздействия на психику. В качестве альтернативы участникам сначала предлагается поработать над кошмарными сновидениями меньшей интенсивности, которые по возможности не связаны с травмирующей ситуацией.

Участников просят перед сном вызвать намерение снова увидеть сон с рекомендацией повторять процедуру каждый раз, когда снится кошмар или они чувствуют, что возможно повторение кошмарного сновидения.

Через 3 недели группа собирается на 1-часовое занятие, чтобы обсудить прогресс, поделиться опытом и задать вопросы о ночных кошмарах, сне и ПТСР, а также о том, как ОРТ может быть полезна при других симптомах в дополнение к ночным кошмарам [14].

Заключение. Когнитивно-поведенческие методы лечения, такие как ОРТ, успешно снижают частоту кошмаров, тяжесть посттравматического стрессового расстройства и другие проблемы психического здоровья, такие как симптомы депрессии, одновременно улучшая качество сна [15, 16].

Список литературы

1. Sleep disturbances in the Vietnam generation: findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans / T.C. Neylan, C.R. Marmar, T.J. Metzler [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 1998. – 155. – P. 929-933.
2. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder / R.J. Ross, W.A. Ball, K.A. Sullivan, S.N. Caroff // *Am J Psychiatry*. – 1989. – 146. – P. 697-707.
3. Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD / T.A. Mellman, D. David, V. Bustamante [et al.] // *J Trauma Stress*. – 2001. – 14. – P. 241-247. DOI 10.1023/A:1007812321136
4. Evaluation of dream content in combat-related PTSD / K. Esposito, A. Benitez, L. Barza T. Mellman // *J Trauma Stress*. – 1999. – 12. – P. 681-687. DOI 10.1023/A:1024725319777
5. DeViva, J.C. Factors associated with insomnia among civilians seeking treatment for PTSD: an exploratory study / J.C. DeViva, C. Zayfert, T.A. Mellman // *Behav Sleep Med*. – 2004. – 2(3). – P. 162-176.
6. Zayfert, C. Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD / C. Zayfert, J. DeViva // *J Trauma Stress*. – 2004. – 17(1). – P. 69-73.
7. Levin, R. Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance / R. Levin, G. Fireman // *Sleep*. – 2002. – 25(2). – P. 205-212.
8. Cattarius, B.G. Gegenseitige Beeinflussung von Eltern und Babys in ihrem Schlafverhalten. Der heimliche Blick ins Schlafzimmer [Mutual influence of parents and babies on their sleep behaviour. A look behind closed doors] / B.G. Cattarius, A.A. Schlarb // *Somnologie*. – 2016. – 20. – P. 189–198. DOI 10.1007/s11818-016-0064-6
9. Krakow, B. Nightmare complaints in treatment-seeking patients in clinical sleep medicine settings: Diagnostic and treatment implications / B. Krakow // *Sleep*. – 2006. – 29. – P. 1313–1319. DOI 10.1093/sleep/29.10.1313
10. Lancee, J. The association between nightmares and daily distress / J. Lancee, N.C.M.L. Schrijnemaekers // *Sleep and Biological Rhythms*. – 2013. – 11. – P. 14–19. DOI 10.1111/j.1479-8425.2012.00586.x
11. van Schagen, A. Nightmare Disorder, Psychopathology Levels, and Coping in a Diverse Psychiatric Sample / A. van Schagen, J. Lancee, M. Swart [et al.] // *J Clin Psychol*. – 2017. – 73(1). – P. 65-75. DOI 10.1002/jclp.22315.
12. Morgenthaler, T.I. Position Paper for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper / T.I. Morgenthaler, S. Auerbach, K.R. Casey // *J Clin Sleep Med*. – 2018. – 14(6). – P. 1041-1055. DOI 10.5664/jcsm.7178
13. The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers / E.J. Neidhardt, B.J. Krakow, R. Kellner, D. Pathak // *Sleep*. – 1992. – 15. – P. 470-473.
14. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial / B. Krakow, M. Hollifield, L. Johnston [et al.] // *JAMA*. – 2001. – 286(5). – P. 537-545. DOI 10.1001/jama.286.5.537
15. Ellis, T.E. Treatment of nightmares in psychiatric inpatients with imagery rehearsal therapy: an open trial and case series / T.E. Ellis, K.A. Rufino, M.R. Nadorff // *Behav. Sleep Med*. – 2019. – 17. – P. 112-123. DOI 10.1080/15402002.2017.1299738
16. Aetiology and treatment of nightmare disorder: state of the art and future perspectives / A. Giesemann, M. Ait Aoudia, M. Carr [et al.] // *J. Sleep Res*. – 2019. – 28:e12820. DOI 10.1111/jsr.12820

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Беккер Р.А.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В., Быкова А.Ю.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Ставрополь, Россия

Актуальность. Приблизительно у 50% пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с детства, данное состояние переходит во взрослый возраст (старше 18 лет). При этом симптоматика СДВГ чаще всего подвергается возрастному патоморфозу — уже в подростковом или раннем юношеском возрасте гиперактивность значительно снижается или полностью исчезает, в то время как проблемы с концентрацией внимания, а иногда и импульсивность — сохраняются [6].

Кроме того, большинство пациентов с СДВГ к моменту достижения подросткового или юношеского возраста вырабатывают определённые навыки если не адаптации к своим особенностям, то, во всяком случае, их сокрытия или маскирования, камуфлирования, диссимуляции своих отличий от нейротипичных людей [8].

Такая атипичность клинической картины обуславливает объективные трудности в диагностике СДВГ у взрослых, особенно в тех случаях, когда данный диагноз не был своевременно поставлен в детстве. Это вынуждает прибегать к тщательному сбору анамнеза жизни и развития (в том числе с участием близких родственников, друзей и/или учителей) и к ретроспективной оценке симптоматики СДВГ, имевшей место в детстве. Неоценимую помощь в этом могут оказать диагностические шкалы для психологического тестирования, такие, как Вендер-Ютская шкала самооценки ретроспективной симптоматики СДВГ (WURS) [7].

С другой же стороны, именно в подростковом и раннем юношеском возрасте к симптоматике СДВГ часто присоединяются вторичные депрессивные и тревожные расстройства (ТР), а также различные зависимости (наиболее часто — от кофеина, никотина, психостимуляторов (ПС) или каннабиноидов, используемых как своеобразная попытка самолечения СДВГ; также часто развивается алкогольная зависимость) [5]. Это также затрудняет диагностику СДВГ у взрослых, особенно при использовании только шкал, измеряющих текущую, а не ретроспективно имевшую место быть симптоматику СДВГ. В некоторых случаях эти шкалы в большей мере отражают когнитивные нарушения (КН) и нарушения памяти и концентрации внимания, связанные с наличием депрессии и/или тревоги, чем собственно симптоматику СДВГ [1].

Без устранения коморбидной симптоматики СДВГ у таких пациентов лечение депрессии и/или ТР часто приводит к терапевтическим неудачам — т.е. депрессия или ТР проявляют резистентность к психофармакотерапии (ПФТ). И наоборот, без адекватного лечения коморбидной депрессии и/или ТР невозможна удовлетворительная компенсация СДВГ [5].

Цель. Представить описание клинического случая молодого человека, страдавшего терапевтически резистентной депрессией (ТРД), у которого причиной резистентности оказался ранее не диагностированный СДВГ взрослых. Диагностику помогло тщательное клиничко-психологическое тестирование с использованием как ретроспективной Вендер-Ютской шкалы (WURS), так и шкалы самооценки текущей симптоматики СДВГ взрослых (ASRS).

Материал и методы. Наблюдался пациент 2004 г.р. (19 лет на момент обращения за консультацией). Страдал ТРД, получил в период с 17 по 19 лет 3 курса лечения различными антидепрессантами (АД) — сертралином, пароксетином, миртазапином — без особого эффекта. Среди прочего, в клинической картине были выражены жалобы на нарушения памяти, концентрации внимания, снижение успеваемости (пациент — студент).

Были назначены психологические шкалы WURS и ASRS для взрослых, собран анамнез жизни и развития со слов как самого пациента, так и его родственников и близких друзей. Выставлен предположительный диагноз СДВГ взрослых с коморбидной депрессией средней тяжести, а также диагноз зависимости от кофеина (пациент потреблял до 8 чашек эспрессо в день).

Результаты: С целью верификации диагноза СДВГ пациент был направлен на психофизиологическое тестирование скорости и точности психомоторных реакций (тест TOVA), а также на количественную электроэнцефалографию (ЭЭГ).

При психофизиологическом тестировании было выявлено повышенное количество ошибок из-за невнимательности, а также умеренное замедление скорости психомоторных реакций (*sluggish cognitive tempo*) — что нередко бывает коморбидно с СДВГ. На электроэнцефалограмме был выявлен один из типичных для СДВГ паттернов — повышенная суммарная мощность дельта-ритмов (1–4 Гц) при сниженной суммарной мощности тета-ритмов (4–8 Гц).

После объективной верификации диагноза СДВГ пациент получил назначение венлафаксина (АД двойного действия, имеющий доказательную базу для применения как при депрессиях, так и при СДВГ [3]) — до 300 мг/сут. Это привело к улучшению симптоматики обоих заболеваний, но сохранялась остаточная симптоматика СДВГ.

Ввиду недоступности по финансовым причинам атомoksetина, к терапии были последовательно добавлены мемантин (до 10 мг/сут) и донепезил (5 мг/сут), по которым также имеются данные об их эффективности при СДВГ [2, 4]. Это привело к ремиссии симптоматики как СДВГ, так и депрессии, улучшению академической успеваемости юноши. Кроме того, пациент самостоятельно снизил потребление кофе до 1-2 чашек в день (что свидетельствует о том, что избыточное потребление кофеина, по-видимому, имело отношение к самомедикации симптомов СДВГ).

Выводы. Использование Вендер-Ютской шкалы ретроспективной оценки симптоматики СДВГ — очень помогает в диагностике СДВГ у взрослых, особенно в тех случаях, когда диагноз СДВГ не был своевременно установлен в детстве.

У молодых пациентов с ТРД не следует забывать о том, что одной из возможных причин резистентности депрессии может быть не диагностированный своевременно СДВГ.

Список литературы

1. Alarachi A, Merrifield C, Rowa K, McCabe RE. Are We Measuring ADHD or Anxiety? Examining the Factor Structure and Discriminant Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale in an Adult Anxiety Disorder Population. *Assessment*. 2024;10731911231225190. doi: 10.1177/10731911231225190.
2. Aljuwaiser M, Alayadhi N, Ozidu V et al. Clinical Indications of Memantine in Psychiatry-Science or Art? *Psychopharmacol Bull*. 2023;53(1):30-38.
3. Buoli M, Serati M, Cahn W. Alternative pharmacological strategies for adult ADHD treatment: a systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(2):131-144. doi: 10.1586/14737175.2016.1135735.

4. Cubo E, Jaén AF, Moreno C et al. Donepezil use in children and adolescents with tics and attention-deficit/hyperactivity disorder: an 18-week, single-center, dose-escalating, prospective, open-label study. *Clin Ther.* 2008;30(1):182-189. doi: 10.1016/j.clinthera.2008.01.010.

5. Huang J, Mauche N, Ahlers E et al. The impact of emotional dysregulation and comorbid depressive symptoms on clinical features, brain arousal, and treatment response in adults with ADHD. *Front Psychiatry.* 2024;14:1294314. doi: 10.3389/fpsy.2023.1294314.

6. Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: What nurses should know. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(6):890-895. doi: 10.1016/j.apnu.2018.06.013.

7. Sanguineti C, Nisticò V, Folatti I et al. Toward an Increased Attention on ADHD Symptoms and Traits in Young Adults: Prevalence Data From Screening Tools in a Psychiatric Outpatient Clinic. *J Atten Disord.* 2024;28(2):151-160. doi: 10.1177/10870547231201954.

8. van der Putten WJ, Mol AJ, Groenman AP et al. Is camouflaging unique for autism? A comparison of camouflaging between adults with autism and ADHD. *Autism Res.* 2024. doi: 10.1002/aur.3099.

РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Беккер Р.А.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В., Быкова А.Ю.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Ставрополь, Россия

Актуальность. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) — одно из самых распространённых, наряду с депрессиями, в популяции психических расстройств. До 30% населения имеют те или иные субклинические признаки ОКР (например, стремление к раскладыванию предметов в строго определённом порядке). Клинически выраженная картина ОКР, сопровождающаяся нарушениями трудового, социального и/или бытового функционирования, в течение жизни развивается примерно у 2,3% населения Земного шара, а ежегодная выявляемость составляет приблизительно 1,2% [5].

С другой же стороны, шизотипическое расстройство (ШТР) — встречается в популяции значительно реже, чем ОКР. В рамках ШТР может наблюдаться, наряду с прочими субпсихотическими или преходящими психотическими симптомами, также обсессивно-компульсивный синдром (ОКС). Обычно проявления ОКС в рамках ШТР отличаются от истинного ОКР рядом признаков — например, таких, как пониженная критичность к обсессиям и к компульсивным ритуалам, вычурный характер ритуалов, наличие магического мышления и т.п. [7].

Вместе с тем, между ОКР и ШТР нет стопроцентно чёткой границы. Эти два расстройства составляют некий континуум или спектр, на одном конце которого — «классическое» ОКР с полной критикой к своим обсессиям и компульсиям и полным отсутствием магического мышления, а на другом конце — «классическое» ШТР без клиники ОКС в своём составе, но с наличием преходящих психотических феноменов. Существует множество переходных или промежуточных форм — например, ОКР с неполной критикой, или ШТР с преимущественно обсессивно-компульсивной симптоматикой. Значительные перекрытия между ОКР и ШТР обнаружены также на уровне генетической предрасположенности [7].

Положение того или иного пациента в данном спектре может влиять в том числе и на выбор лечения. Так, показано, что ОКР с пониженной критикой недостаточно хорошо реагирует на терапию первой линии (антидепрессанты (АД) группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСИН) либо кломипрамин), и может требовать с самого начала добавления антипсихотиков (АП), подобно ШТР. И наоборот — ШТР с выраженным ОКС в клинической картине может не реагировать на монотерапию АП и требовать добавления к ним СИОЗС / СИОЗСИН / кломипрамина, подобно «классическому» ОКР [Kendler KS et al, 2024].

В силу некоторых исторических особенностей, ШТР нередко гипердиагностируется на постсоветском пространстве [1, 2]. Однако это вовсе не означает, что психиатр не может столкнуться в своей повседневной практике с необходимостью дифференциальной диагностики между ОКР с пониженной критикой и необычными ритуалами, и ШТР, протекающим с ОКС. Важное место среди методов такой дифференциальной диагностики занимает клинико-психологическое

тестирование, в том числе с использованием стандартизованных шкал магического мышления, креативности, перцептивных искажений и др. [3, 4, 6].

Цель. Представить описание и сравнение двух клинических случаев. В одном случае у пациента имело место быть ШТР с выраженной картиной ОКС, а во втором — ОКР с пониженной критикой и элементами магического мышления, не выходящими, однако, за рамки среднепопуляционной нормы. Дифференциальной диагностике и подбору адекватного лечения способствовало тщательное клинико-психологическое тестирование обоих пациентов.

Материал и методы. В разное время наблюдались 2 молодых пациента мужского пола, оба с выраженной обсессивно-компульсивной симптоматикой, которая включала в себя различные очистительные ритуалы наружного и внутреннего характера, периодическое голодание по очистительным мотивам, фанатичную религиозность.

Пациент №1, мужчина 1980 г.р. (23 года на момент обращения за консультацией), первоначально обратился по поводу симптомов «депрессии». Принимал самостоятельно флуоксетин 20 мг/сут без эффекта. Изначально был расценен как страдающий ОКР. Доза флуоксетина была постепенно доведена до 80 мг/сут, без какого-либо заметного эффекта.

Пациент №2, мужчина 2004 г.р. (19 лет на момент обращения за консультацией) — первоначально обратился с целью получения «второго мнения», в связи с несогласием с выставленным другим психиатром диагнозом ШТР, а также в связи с отсутствием эффекта от приёма 3 мг/сут карипразина на протяжении более 2 месяцев.

Результаты: Отсутствие эффекта от лечения СИОЗС у пациента №1 побудило консультанта внимательнее приглядеться к данному пациенту, заново и более тщательно собрать его анамнез (в том числе со слов родственников) и направить его на детальное клинико-психологическое тестирование.

В результате было обнаружено, что у пациента №1 ещё со старших классов школы развивалась тенденция к социальной самоизоляции, умеренно выраженная апато-абулическая симптоматика, неуверенность в своих силах и в «своём месте в этом мире». При клинико-психологическом тестировании были обнаружены повышенные значения шкал магического мышления (MIS) и аномальной перцепции (PAS), склонность к обобщению предметов по слабым и неочевидным признакам, тенденция к паралогичности в мышлении.

Обследование дало основания изменить диагноз на ШТР. К флуоксетину 80 мг/сут добавлены 2 мг/сут рисперидона. Лечение привело к повышению контактности пациента. В результате он рассказал о том, что несколько раз в жизни ему «были видения». Доза рисперидона была увеличена до 4 мг/сут с тригексифенидилом 4 мг/сут. В результате была достигнута ремиссия. Пациент захотел получить и получил среднее специальное образование.

Второму пациенту также было предложено пройти тщательное клинико-психологическое тестирование. По результатам его был сделан вывод, что для диагноза ШТР нет оснований. Значения шкалы MIS были хотя и повышенными, но допустимыми в рамках среднепопуляционной нормы. Других признаков ШТР у пациента не имелось. Диагноз был изменен на ОКР. Карипразин был отменен, назначен флувоксамин с постепенным доведением дозы до 300 мг/сут. В связи с наличием деперсонализационно-дереализационной (ДП/ДР) симптоматики (которая предыдущим психиатром была расценена как часть ШТР, но, по-видимому, была спаяна с тревогой и депрессией) — был добавлен ламотридин с доведением дозы

до 200 мг/сут. Лечение привело к ремиссии ОКР и ДП/ДР, улучшению успеваемости пациента (студент).

Выводы. Клинико-психологическое тестирование с использованием стандартизованных шкал магического мышления, аномальной перцепции, ДП/ДР, креативности, а также изучение процессов абстракции и конкретизации, логического мышления у пациента — очень помогает в дифференциальной диагностике между ШТР с ОКС и истинным ОКР, в том числе в неочевидных случаях (например, при ОКР с пониженной критикой и элементами магического мышления). Это, в свою очередь, обеспечивает возможность подбора адекватного лечения.

Список литературы

1. Беккер Р.А, Быков Ю.В, Быкова А.Ю, Морозов П.В. Эффективность и безопасность кветиапина в лечении расстройств биполярного спектра. Психиатрия и психофармакотерапия. 2022;2:46–66.
2. Быков Ю.В, Беккер Р.А., Морозов П.В. Эффективность карипразина в лечении шизофрении, особенно с преобладанием негативной симптоматики. Психиатрия и психофармакотерапия. 2018;5:27–37.
3. Chan C.C, Bulbena-Cabre A, Rutter S et al. Comparison of self-report and clinician-rated schizotypal traits in schizotypal personality disorder and community controls. *Schizophr Res.* 2019;209:263-268. doi: 10.1016/j.schres.2018.12.050.
4. Dasse M.N, Elkins G.R, Weaver C.A. Correlates of the multidimensional construct of hypnotizability: paranormal belief, fantasy proneness, magical ideation, and dissociation. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(3):274-283. doi: 10.1080/00207144.2015.1031051.
5. Girone N, Benatti B, Bucca C et al. Early-onset obsessive-compulsive disorder: Sociodemographic and clinical characterization of a large outpatient cohort. *J Psychiatr Res.* 2024;172:1-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.02.009.
6. Goods NR, Rees CS, Egan SJ, Kane RT. The relationship between magical thinking, inferential confusion and obsessive-compulsive symptoms. *Cogn Behav Ther.* 2014;43(4):342-350. doi: 10.1080/16506073.2014.941393.
7. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. The genetic epidemiology of schizotypal personality disorder. *Psychol Med.* 2024:1-8. doi: 10.1017/S0033291724000230.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И/ИЛИ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ КАК ВАЖНОГО ПРЕДИКТОРА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Беккер Р.А.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В., Быкова А.Ю.

Университет им. Давида Бен-Гуриона, Ставрополь, Россия

Актуальность. Тесная связь между наличием симптомов деперсонализации и/или дереализации (ДП/ДР) в клинической картине того или иного психического расстройства, и его резистентностью к психофармакотерапии (ПФТ) — была отмечена Ю.Л. Нуллером уже в начале 1970-х годов [1].

Для количественной оценки степени выраженности симптомов ДП/ДР и для отслеживания влияния ПФТ и психотерапии (ПТ) на динамику этих симптомов Ю.Л. Нуллер изобрёл специальную шкалу, получившую название «шкалы Нуллера» [1].

Позднее исследователями из Кембриджского университета была предложена более чувствительная шкала, охватывающая больше симптомов синдрома ДП/ДР, чем шкала Нуллера, и к тому же позволяющая оценивать не только интенсивность симптомов ДП/ДР, но и частоту их проявления и продолжительность проявлений. Эта шкала получила название «Кембриджской шкалы ДП/ДР» [3].

Выявление присутствия симптомов ДП/ДР в клинической картине того или иного психического расстройства имеет важное практическое значение, потому что существуют специфические методы ПФТ этого синдрома (например, добавление ламотриджина к серотонинергическому антидепрессанту (АД), использование блокаторов каппа-опиоидных рецепторов, высоких доз бензодиазепиновых транквилизаторов (БДТ), иногда — добавление антипсихотиков (АП) или, наоборот, дофаминергических психостимуляторов (ПС), противовоспалительных и антициткиновых препаратов, использование клозапина и т.п.) [2, 4–6].

Цель. Представить описание трёх клинических случаев пациентов с разными фармакорезистентными психическими расстройствами. В каждом из трёх случаев резистентность психического расстройства к проводимой ПФТ была обусловлена наличием ранее не выявленной симптоматики синдрома ДП/ДР. Выявить его и скорректировать лечение помогло тщательное клинико-психологическое тестирование с использованием, в том числе, шкалы Нуллера и Кембриджской шкалы ДП/ДР.

Материал и методы. В разное время наблюдались три пациента с резистентными формами разных психических расстройств. Все три пациента до обращения за консультацией неоднократно получали различные курсы ПФТ, и даже проходили электросудорожную терапию (ЭСТ).

У пациента №1, 20-летнего юноши, была терапевтически резистентная депрессия (ТРД).

У пациента №2, 25-летнего мужчины, диагноз был «терапевтически резистентная шизофрения» (ТРШ).

У пациентки №3, 33-летней женщины, имелось терапевтически резистентное обсессивно-компульсивное расстройство (ТР-ОКР).

Результаты: Всем троим пациентам в ходе диагностической беседы было предложено заполнить оба стандартных онлайн-психологических опросника на выявление симптомов синдрома ДП/ДР — как шкалу Нуллера, так и Кембриджскую

шкалу деперсонализации. По итогам у всех троих был выявлен выраженный синдром ДП/ДР.

Пациенту №1 были назначены мощный АД двойного действия венлафаксин с доведением дозы до 300 мг/сут, обладающий специфической эффективностью при ДП/ДР нормотимик ламотриджин с доведением дозы до 300 мг/сут, а также тразодон до 150 мг на ночь для улучшения сна и половой функции.

Пациенту №2 был рекомендован перевод с пролонга рисперидона на клозапин, который эффективен при ТРШ и обладает не только сильной антипсихотической, но и специфической антидеперсонализационной активностью (в итоге до 400 мг/сут), добавлены ламотриджин до 200 мг/сут, эсциталопрам до 20 мг/сут, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. После сообщения пациента о том, что на фоне интеркуррентных инфекций симптомы ДП/ДР у него уменьшаются — ему был добавлен противовоспалительный препарат целекоксиб (200 мг/сут).

Пациентке №3 были назначены серотонинергический АД флувоксамин, ранее ею не испробованный (до 300 мг/сут), ламотриджин до 200 мг/сут, небензодиазепиновый анксиолитик буспирон, по которому имеются данные о его полезности в лечении как ТР-ОКР, так и синдрома ДП/ДР (30 мг/сут).

Позднее, с учетом данных о том, что в лечении ТР-ОКР могут быть полезны мемантин и топирамат, и что они иногда бывают эффективны также в лечении синдрома ДП/ДР, несмотря на способность их самих иногда вызывать данный синдром — буспирон был заменен ей на комбинацию мемантина (до 10 мг/сут) и топирамата (до 50 мг/сут).

Всем трем пациентам также проводились психотерапия принятия и осознанности, разъяснение сути испытываемых ими симптомов, обучение распознаванию притупленных (якобы отсутствующих) эмоций и их адекватному внешнему проявлению. Лечение привело к становлению ремиссии у всех троих пациентов.

Выводы: Своевременное выявление симптомов синдрома ДП/ДР у пациентов с различными формами резистентных психических расстройств с помощью шкалы Нуллера и Кембриджской шкалы ДП/ДР, и последующая коррекция ПФТ с учётом этого факта, а также присоединение ПТ, направленной на преодоление симптомов ДП/ДР — могут быть очень ценным подспорьем в устранении терапевтической резистентности психических расстройств, так как часто резистентность обусловлена наличием коморбидного синдрома ДП/ДР.

Тесное сотрудничество психиатра и клинического психолога, который обладает навыками диагностики и специфической ПТ синдрома ДП/ДР — тоже очень важно в ведении подобных пациентов.

Список литературы

1. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Медицина, 1981.
2. Plantet S, Maneglier B, Manson J et al. Depersonalization with beta 1b interferon. *Therapie*. 2006;61(4):357-358. doi: 10.2515/therapie:2006060.
3. Sierra M. Depersonalization: A new look at a neglected syndrome. – Cambridge University Press, 2009.
4. Somer E, Amos-Williams T, Stein DJ. Evidence-based treatment for Depersonalisation-derealisation Disorder (DPRD). *BMC Psychol*. 2013;1(1):20. doi: 10.1186/2050-7283-1-20.

5. von Känel R, Bellingrath S, Kudielka BM. Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. *J Psychosom Res.* 2008;65(1):51-59. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.02.007.
6. Weber SR. Use of Mixed Amphetamine Salts in a Patient with Depersonalization/Derealization Disorder. *Innov Clin Neurosci.* 2020;17(1-3):45-48.

ТРАДИЦИОННАЯ МАСКУЛИННОСТЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ ПРИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С АВТОРАМИ НАСИЛИЯ МУЖСКОГО ПОЛА

Благов И.А.

**Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия**

О понятии «маскулинность».

Для изучения представлений о людях разного пола в психологии используют три основных подхода: гендерные стереотипы, гендерные предрассудки и аттитюды, гендерные идеологии. При изучении гендерных стереотипов исследователи сфокусированы на выявлении совокупности черт, которые люди приписывают мужчинам и женщинам в целом (например, женщины милостивые, мужчины сильные). При изучении гендерных аттитюдов и предрассудков исследователи сфокусированы на выявлении негативных оценок и аттитюдов к аутгруппе (например, сексизм или расизм). При изучении гендерных идеологий учёные сфокусированы на поведении, которое ожидается, предписывается, требуется от мужчин или женщин (например, от мужчины ожидается умение сдерживать свои эмоции). Традиционная маскулинность, о которой пойдёт речь в данной статье, классифицируется как одна из гендерных идеологий.

Маскулинность определяется как совокупность признаков, рассматриваемых как мужские и ассоциируемые с мужчинами или мальчиками. Традиционная маскулинность – один из видов маскулинностей, который интериоризируется в ходе мужской гендерной социализации, при этом не описывает всё многообразие мужского поведения, так как есть и другие виды маскулинностей (Levant & Richmond, 2008). Традиционно маскулинным может быть не только человек, поведение человека, но также еда – мясо (Sumpter, 2015), способ отдыха и установления взаимоотношений – распитие алкогольных напитков (Mullen, 2005; Wilkinson S. & Wilkinson C., 2020), виды спорта – футбол (Renold, 1997; Чеботарева, 2021), школьные предметы – математика (Bhana, 2005).

Нормы традиционной маскулинности.

Один из перечней норм традиционной маскулинности предложен и создан Рональдом Левантом, носит название «традиционная маскулинная идеология» (traditional masculinity ideology), имеет надёжный и валидный опросник для измерения поддержки данных норм (Levant & Richmond, 2008), который был переведён на русский язык и адаптирован на русскоязычной выборке (Krivoshchekov, Gulevich & Sorokina, 2021). Данный опросник носит название «Нормы мужской роли» и включает в себя следующие шкалы, измеряющие соответствующие нормы традиционной маскулинности: антифеминность, гомофобность, чрезвычайная самодостаточность, жёсткость, доминирование, особые аттитюды к сексу и безэмоциональность. Норма «Антифеминность» предписывает быть не похожим на женщину и выраженно отличаться от неё в поведении, внешности и других аспектах. Норма «Гомофобность» предписывает стремление быть не похожим на гомосексуала и дистанцироваться от общения, дружбы, взаимодействия с ними. Норма «Чрезвычайная самодостаточность» предписывает мужчине быть самостоятельным в решении жизненных проблем, в том числе проблем психологического и медицинского характера (Новикова, 2020). Норма «Жёсткость» предписывает демонстрировать целеустремлённость и твёрдость мотивов при достижении желаемого, в том числе если встречаются преграды и сложности. Норма «Доминирование» описывает традиционного мужчину как человека, стремящегося к доминирующей роли в семье (глава семья), в профессиональной сфере (руководитель, шеф) и в социуме в целом. Норма «Особые аттитюды к сексу» описывают ожидания от мужчины, касающиеся его постоянной готовности и желания заняться сексом. Норма «Безэмоциональность» описывает ожидания, что мужчина, даже если и будет испытывать грусть и страх, то сумеет их сдержать, и по его лицу не будет понятно, что он их испытывает.

Важно упомянуть, что слово «идеология» не относит «традиционную маскулинную идеологию» к какому-то политическому движению, оно лишь указывает на то, что это некая совокупность норм, которые складываются в определённое мировоззрение в отношении мужчин и их роли в социуме. Слово «традиционная» не указывает на конкретную традицию или культуру, оно лишь отсылает нас к тому, что данная совокупность норм считалась естественной, традиционной во многих обществах и передавалась из поколения в поколение.

Об актуальности традиционной маскулинности в России.

Исследования подтверждают распространённость норм традиционной маскулинности в разных обществах и странах, например США, Испания, Южная Корея и другие. (Krivoshchekov, Gulevich & Blagov, 2023). Инструмент для оценки выраженности поддержки вышеупомянутых норм в русскоязычном обществе появился лишь в 2021 году, поэтому вопрос распространённости традиционной маскулинности в России мало изучен. В том числе поэтому считаю важным в данной статье поделиться результатами исследования, проведённого в декабре 2023 года, в котором приняли участие 614 мужчин из России в возрасте от 18 до 77 лет ($M = 39,6$; $SD = 10,6$) с разным уровнем образования и материального положения. Выраженность поддержки норм «традиционной маскулинной идеологии» измерялась опросником «Нормы мужской роли» (MRNI-SF Levant et al., в адаптации Кривощёкова В., Гулевич О., Сорокиной А.) по шкале от 1 до 5 баллов.

Были получены данные, благодаря которым можно сделать вывод о достаточной распространённости вышеупомянутых норм для жителей России ($M = 3,33$, $SD = 3,25$). Также было обнаружено, что поддержка норм «традиционной маскулинной идеологии» положительно коррелировала с возрастом ($r = 0,293$, $p < .001$) и доходом ($r = 0,105$, $p < .009$) респондентов, что объясняется разницей в гендерной мужской социализации.

Традиционная маскулинность и насильственное поведение.

Под агрессией понимаются действия, наносящие ущерб другому существу, который не желает подобного обращения (Гулевич & Сариева, 2015), включая психологическое, физическое и сексуализированное насилие.

Согласно исследованиям, традиционная маскулинность связана с агрессией, физическим, сексуализированным и психологическим насилием в отношении женщин в романтических и семейных отношениях (Snider, 1998; Malonda, 2022; Krivoshchekov, Gulevich & Blagov, 2023).

Также выявлено, что чем выше поддержка норм традиционной маскулинности, тем чаще отцы применяют суровые дисциплинарные меры в отношении своих детей, включая формы насилия физического (удары, жёсткое толкание) и психологического (крик, оскорбление, угрозы физического наказания) (Shafer, Petts & Renick; 2019).

Кроме того, некоторые формы насилия, в частности использование огнестрельного оружия или жестокое обращение с животными, могут использоваться мужчинами как способы укрепления ощущения власти, доминирования и маскулинности (Nurse, 2020). Таким образом, поддержка мужчиной норм традиционной маскулинности является одним из важных факторов, способствующих совершению мужчиной насилия.

Традиционная маскулинность как психотерапевтическая мишень.

В данной статье в фокусе внимания находится работа с авторами насилия мужского пола, однако важно обозначить, что авторами насилия становятся и мужчины, и женщины. Так, исследование Джона Арчера и собранные в его статье статистические данные о домашнем насилии в разных странах говорят о том, что в одних странах домашнее насилие чаще совершают мужчины (например Индия, Нигерия, Польша), в других странах домашнее насилие чаще совершают женщины (например Великобритания, Германия, США и Новой Зеландия). Автор отмечает тенденцию, что по мере роста социальной и правовой власти женщин, количество насилия в отношении женщин снижается, однако растёт насилие со стороны женщин в отношении мужчин (Archer, 2006). Такие данные могут говорить о том, что чем больше власти и прав имеет человек, тем выше его готовность использовать такой инструмент, как «насилие», вне зависимости от пола. Таким образом, в ходе

психологической работе с мужчинами, ставшими авторами насилия, психологу важно помнить о том, что часто акты насилия могут быть мотивированы не желанием кому-то навредить (если не идёт речь о психическом заболевании и/или другом нарушении работы нервной системы), но желанием защитить себя, отстаивать свои права, удовлетворить потребности, достичь субъективно важных целей. Данная позиция помогает смотреть на автора насилия, не патологизируя его, что важно для построения психотерапевтического альянса и формирования подобного взгляда на себя у автора насилия и обращения его внимания на то, что удовлетворять потребности и достигать целей можно разными путями, в том числе ненасильственными.

Часто можно встретить идею о том, что мужчины выбирают насильственные пути достижения своих целей в том числе из-за тестостерона. Психологу важно в ходе работы с мужчинами, ставшими авторами насилия, провести соответствующее психологическое просвещение на тему того, что анатомия и физиология мужчины не определяет напрямую его поведение. Так, согласно исследованию Аллана Мазур, чем выше показатель тестостерона, тем выше стремление доминировать (Mazur, 1998), однако доминирующее поведение может не являться насильственным. Каждый отдельный мужчина способен сам принимать осознанное решение касательно того, как он реализует стремление к доминированию, если оно у него присутствует по той или иной причине. Таким образом, одной из составляющих работы с психотерапевтической мишенью «традиционная маскулинность» станет диалог на тему того, что является насилием и что им не является, какие есть альтернативные пути решения конфликта или защиты своих интересов, приоритетной станет работа с навыками эмоциональной саморегуляции и осознанного выбора собственного поведения. Исследования показывают, что работа с нормой «Безэмоциональность» и навыками самосострадания (уметь чувствовать боль, свою и чужую, и стремиться её облегчить или предотвратить) являются эффективными в работе с авторами насилия (Dutton & Sonkin, 2013).

Также важной частью психологической работы станет психологическое просвещение относительно конструктов «пол» и «гендер». Пол является биологической, анатомической, физиологической категорией и определяет принадлежность тела человека по факту наличия тех или иных гениталий, хромосом и гормонов. Гендер является социально-психологической категорией, которая является человеческим изобретением для организации жизни общества (Barrett, 1996), он поддаётся изменениям и его стоит рассматривать как непрерывный процесс, как «действие», а не «бытие» (West & Zimmerman, 2009). В ходе психологической работы с мужчиной, чья маскулинность основана на нормах «традиционной маскулинной идеологии», важно помочь переосмыслить эти нормы: подходят ли они лично ему, как они ему помогают и как мешают, что думают его друзья и близкие люди относительно данных норм, допустимо ли мужчине обращаться за поддержкой, испытывать страх или грусть и в целом быть Человеком прежде всего, а уже во вторую очередь мужчиной. При этом стоит помнить, что гендер является одной из основных и важных частей идентичности каждого человека. В ходе психологической работы, на мой взгляд, с большинством мужчин будет работать стратегия не деконструкции их маскулинности, а реконструкции, то есть переосмысления того, кто такой «настоящий мужчина» и есть ли вообще какая-то единственно правильная маскулинность, как может мужчина себя вести, как строить отношения, защищать себя и свои интересы, свою семью и близких.

Основные выводы.

Если вы практикующий психолог и в вашей психологической практике встретился мужчина, ставший автором насилия, то одной из важных психотерапевтических мишеней может стать традиционная маскулинность и соответствующие ей нормы. Данные нормы описывают поведение мужчины, помогают в той или иной степени адаптироваться, касаются его идентичности (в связи с чем могут быть эмоционально уязвимым местом) и включают в себя допущения о насильственном поведении в отношении себя и других.

Чтобы помочь мужчине изменить представления о допустимости и уместности насильственного поведения (в отношениях близких, межличностных, межгрупповых), важно предпринять следующие шаги.

Во-первых, без патологизации и осуждения личности мужчины обсудить ситуацию, в которой он совершил насилие, и помочь ему увидеть, что отказаться нужно не от своих желаний и потребностей, а от насильственных путей их достижения, что расширит его поведенческий репертуар, поможет строить близкие отношения и положительно повлияет на его жизнь в целом.

Во-вторых, провести психологическое просвещение на тему того, что является насилием и что им не является, помочь выбрать и найти мужчине альтернативные пути решения конфликта или защиты своих интересов с учётом его жизненного контекста и личных особенностей.

В-третьих, выстроить психологическую работу таким образом, чтобы мужчина развивал навыки эмоциональной саморегуляции, сострадания к себе и другим, стремился осознанно и мотивированно выбирать ненасильственное поведение, предотвращая боль и становясь автором не насилия, а заботы, уважения и надёжных близких отношений.

Список литературы

1. Новикова И. Психическое здоровье, мужчины и культурные традиции: как социокультурные конструкты, связанные с проявлениями маскулинности, влияют на обращаемость мужчин за психиатрической помощью в Европейском регионе ВОЗ. – 2020.
2. Чеботарева Е.Д. Построение маскулинности в спортивных досуговых клубах (на примере клуба американского футбола) //Энигма. – 2021. – №. 30. – С. 125-129.
3. Социальная психология: учебник и практикум для академического бакалавриата / О.А. Гулевич, И.П. Сариева М.: Издательство Юрайт, 2015. 452 с.
4. Archer J. Cross-cultural differences in physical aggression between partners: A social-role analysis //Personality and social psychology review. – 2006. – Т. 10. – №. 2. – С. 133-153.
5. Barrett F.J. The organizational construction of hegemonic masculinity: The case of the US Navy //Gender, Work & Organization. – 1996. – Т. 3. – №. 3. – С. 129-142.
6. Bhana D. «I'm the best in maths. Boys rule, girls drool.» Masculinities, mathematics and primary schooling //Perspectives in Education. – 2005. – Т. 23. – №. 1. – С. 1-10.
7. Dutton D., Sonkin D. J. Introduction: Perspectives on the treatment of intimate violence //Intimate Violence. – Routledge, 2013. – С. 1-6.
8. Krivoshechekov V., Gulevich O., Sorokina A. Russian version of the Male Role Norms Inventory-Short Form: Structure, validity, and measurement invariance //Psychology of men & masculinities. – 2021. – Т. 22. – №. 4. – С. 821.
9. Krivoshechekov V., Gulevich O., Blagov I. Traditional masculinities and men's sexism: A meta-analysis //Psychology of Men & Masculinities. – 2023.
10. Krivoshechekov V., Gulevich O., Blagov I. Traditional masculinity and male violence against women: A meta-analytic examination //Psychology of men & masculinities. – 2023.
11. Levant R. F., Richmond K. A review of research on masculinity ideologies using the Male Role Norms Inventory //The Journal of Men's Studies. – 2008. – Т. 15. – №. 2. – С. 130-146.
12. Malonda E. et al. Linking traditional masculinity, aggression, and violence //Handbook of Anger, Aggression, and Violence. – 2022.
13. Mazur A., Booth A. Testosterone and dominance in men //Behavioral and brain sciences. – 1998. – Т. 21. – №. 3. – С. 353-363.
14. Mullen K. et al. Young men, masculinity and alcohol //Drugs: education, prevention and policy. – 2007. – Т. 14. – №. 2. – С. 151-165.
15. Nurse A. Masculinities and animal harm //Men and Masculinities. 2020. Т. 23. №. 5. С. 908-926.

16. Renold E. 'All they've got on their brains is football.' Sport, masculinity and the gendered practices of playground relations // Sport, education and society. – 1997. – T. 2. – №. 1. – C. 5-23.
17. Shafer K., Petts R. J., Renick A. J. Religious variability in the relationship between masculinity and father involvement // Journal for the Scientific Study of Religion. – 2019. – T. 58. – №. 2. – C. 378-397.
18. Shafer K., Petts R. J., Renick A. J. Religious variability in the relationship between masculinity and father involvement // Journal for the Scientific Study of Religion. – 2019. – T. 58. – №. 2. – C. 378-397.
19. Snider L. Towards safer societies: Punishment, masculinities and violence against women // The British Journal of Criminology. 1998. C. 1-39.
20. Sumpter K. C. Masculinity and meat consumption: An analysis through the theoretical lens of hegemonic masculinity and alternative masculinity theories // Sociology Compass. – 2015. – T. 9. – №. 2. – C. 104-114.
21. Tomsen S., Messerschmidt J. W. Masculinities and interpersonal violence // The Emerald handbook of feminism, criminology and social change. Emerald Publishing Limited, 2020. C. 185-202.
22. West C., Zimmerman D. H. Accounting for doing gender // Gender & society. – 2009. – T. 23. – №. 1. – C. 112-122.
23. Wilkinson S., Wilkinson C. Young men's alcohol consumption experiences and performances of masculinity // International Journal of Drug Policy. – 2020. – T. 81. – C. 102550.

НАРУШЕНИЕ РАННЕЙ ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Блюм А.И., Аксенова А.С.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск, Россия**

Одним из важных направлений современных клинико-психологических исследований является изучение психосоматического неблагополучия, которое может проявляться в аутодеструктивных поведенческих феноменах, необходимость изучения которых обусловлена их распространенностью в популяциях, усилением частоты в наиболее уязвимые возрастные периоды и под воздействием неблагоприятных средовых и психологических факторов, а также при нарушении привязанности.

Впервые термин привязанность был использован в теории привязанности, которую разработал английский психиатр и психоаналитик Джон Боулби. Он определял привязанность как базовую биологическую потребность человека во взаимодействии со значимым для него другим человеком. Привязанность человек испытывает с младенческого возраста. Вначале это обусловлено беспомощностью ребенка: родители (чаще всего мать) — это источник защиты и чувства безопасности. После трёх месяцев жизни ребенок нуждается не только в защите, но и в эмоциональном контакте со значимым для него взрослым. Именно это позволяет ребенку выстраивать свои отношения с миром [2].

Рассматривать привязанность в отрыве от семьи ребенка не представляется возможным. Поскольку семья является той средой, в которой и формируется привязанность, именно семья дает ребенку пространство, где происходит удовлетворение его потребностей, где взрослый замечает его, выстраивая контакт. Отношения, которые складываются в семье, влияют на ощущение защищенности и безопасности. В случае дисфункциональных отношений, травмирующих ситуаций в семье, наблюдается нарушение привязанности.

Мэри Эйнсворт, занимаясь исследованием привязанности, выделяет 4 типа привязанности младенцев: 1 тип – небезопасная привязанность избегающего типа, 2 тип – надежная безопасная привязанность, 3 тип – привязанность тревожно – сопротивляющегося типа, 4 тип – небезопасная привязанность дезорганизованного типа. При нормальных отношениях матери и ребенка формируется та самая надежная привязанность — это тип, при котором действия матери были ясными, понятными, сама мать включенной и эмоционально доступной для ребенка. Они могли веселиться вместе, а также ребенок мог испытывать и выдерживать определенный уровень фрустрации, что является нормальным для его развития [3].

При возникновении сложностей в процессе формирования привязанности, мать недостаточно отзывается на потребности ребенка, недостаточно включается во взаимодействие с ним, чаще всего воспринимает ребенка как чуждый организм, вызывающий раздражение и гнев. Действия и поступки матери малопредсказуемы, возможна эмоциональная холодность и отстраненность, возможна чрезмерная опека и всепоглощающий контроль. В ряде случаев ситуация может усугубляться в результате зависимости матери от психоактивных веществ.

Важно понимать многообразие факторов, оказывающих влияние на формирование нарушенного типа привязанности. Среди факторов, способствующих формированию нарушенной привязанности, выделяют: раннюю разлуку матери и ребенка как на короткий, так и на продолжительный срок, развод родителей, влияющий на психоэмоциональную сферу матери и внутрисемейный климат, смерть матери, алкоголизацию и наркотизацию членов семьи, жестокое обращение, сиротство и многие другие факторы, которые характеризуют трудную жизненную ситуацию. Материнская депривация приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы, задержке или искажению интеллектуального развития, нарушениям развития

речи у ребенка. Изучаемая категория детей отличается повышенной жестокостью, агрессивностью и отсутствием социально этических норм поведения.

Ряд проведенных исследований указывает на взаимосвязь нарушенного типа привязанности и психосоматического неблагополучия, что в дальнейшем может сопровождаться эпизодами самоповреждающего поведения. Воспитываясь в трудной жизненной ситуации, в которой преобладает негативный эмоциональный фон, психотравмирующие события, тяжело переживаемые ребенком и постепенно накапливающиеся как в сознании, так и в теле. Согласно Ф.Александреру, центральное место в психологии кожи занимает восприятие боли, поэтому с кожей могут быть тесно связаны мазохистические наклонности. Кожа – важный орган выражения эмоций, который становится методом болезненного страдания [1].

Рассмотрим взаимосвязь нарушенной привязанности и психосоматического неблагополучия на примере детей, проживающих в стационаре семейного центра. Категория детей – это дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации.

Клинический случай. В семейный центр города Сергиев-Посад помещена близнецовая пара детей в возрасте 14 лет.

Семейный анамнез. Мама (1977 г.р.) воспитывалась бабушкой по линии матери, родители о девочке не заботились. В возрасте 15 лет родила первого ребенка, мальчика, воспитанием занималась ситуативно, поручая ребенка бабушке. В 2010 году родила близнецов. В семье проживает старший сын матери, имеющий стойкую наркотическую зависимость.

Первое помещение в центр состоялось в 2013 году. На момент поступления у детей наблюдалась задержка психоречевого развития. Период проживания в центре составил 5 месяцев. В дальнейшем дети ежегодно, в общей сложности 7 раз, помещались в центр на срок от одного до семи месяцев. Домой дети возвращались после стабилизации ситуации в семье в результате работы, проводимой психологом и социальным работником с членами семьи. С 2018 года проживали в речевой школе-интернате, с мамой взаимодействовали на каникулах и на выходных. Причинами помещения детей в семейный центр являлось отсутствие средств для проживания, алкогольная зависимость матери, жестокое обращение со стороны матери по отношению к детям (физическое, психологическое насилие, пренебрежение нуждами).

В процессе работы психолога с матерью близнецов было отмечено, что на контакт с психологом женщина идет избирательно, информацию, полученную в ходе консультаций, в навык не переводит. Критика в отношении собственных действий снижена. Зависимость не признает, от помощи отказывается.

Повторное помещение близнецовой пары было зимой 2024 года. Дети были помещены экстренно по акту УМВД: мать находилась в алкогольном опьянении, скандалила, оскорбляла их в ранних половых связях, отказывалась их растить дальше, высказывала намерение отказаться от воспитания.

В контакте со сверстниками дети испытывают тревогу, обе склонны к самоповреждающему поведению: наносят неглубокие порезы и царапины в области лучезапястных суставов, внутренней стороны бедер. При помещении в центр психоэмоциональное состояние детей заметно ухудшилось: стали более замкнуты, с трудом переключались на разные виды деятельности. Повысилась частота нанесения повреждений. Одна девочка из близнецовой пары госпитализирована с усугублением симптомов самоповреждения в детское отделение областной психиатрической больницы.

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует взаимосвязь нарушенной привязанности, обусловленной трудной жизненной ситуацией, и психосоматического неблагополучия, проявляющегося в самоповреждающем поведении.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применения/Пер. с англ. А.М. Боковикова, В.В. Старовойтова под научн. ред. С.Л. Шишкина. -- М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006
2. Боулби Дж. Привязанность / Дж. Боулби – М.: Гардарики, 2003. – 447с.
3. Ainsworth M. Mary D. Salter Amsworth // O'Connell A., Russo N. (eds). Models of achievement reflections of eminent women in psychology. N Y., 1983. P. 200-219.

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Блюм А.И., Беликова Д.О.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Актуальность. Несмотря на открытия современной науки в области психосоматических заболеваний взрослого человека, исследования успешно продолжаются. Науке известны несколько теорий возникновения психосоматических расстройств, но за стрессовым или алекситимическим механизмом возникновения психосоматозов может лежать более ранняя деформация одной или нескольких сфер жизни еще полностью не сформированного человека – ребенка. Профилактическая психология и медицина нуждаются в более детальном изучении механизмов возникновения и проявления психосоматических расстройств, чтобы предупреждать патологию еще до полного развертывания симптомокомплексов и развития последствий заболевания. В данном случае разумно начинать с самого детства.

Не так много работ посвящено описанию особенностей психосоматики в раннем детском возрасте. Случается, что заболевание ребенка является средством поддержания хрупкого равновесия внутри семьи – это говорит нам, что здоровье самого маленького члена семьи может являться лакмусовой бумажкой нарушенных отношений внутри семьи. Все это происходит от неумения ребенка распознать и отреагировать свои эмоции или их словесно обозначить, особенно когда эти эмоции провоцирует семейная обстановка [5]. Происходит соматизация психического напряжения [3].

В фокусе нашего интереса – изучение того, как эти феномены проявляются в отношении еще совсем маленьких детей. Поскольку развитие в раннем детском возрасте преимущественно протекает в диаде с матерью, то ее эмоциональное состояние имеет сильное влияние на состояние ребенка и накладывает отпечаток на формирующуюся привязанность [1]. А на состояние матери влияет бесчисленное множество факторов, наиболее значимыми из которых в этом периоде являются факторы внутрисемейных отношений. Таким образом, мы хотим прояснить влияние актуальных семейных факторов на состояние психосоматического благополучия детей раннего возраста. Для этого мы планируем опросить матерей, дети которых относятся к возрастной группе раннего детства (1-3 года), на предмет особенностей общения с супругом, их отношения к ребенку, представлении об образе идеального родителя, стиля воспитания, сравним показатели у представителей различного типа привязанности. Также необходимо оценить уровень психологического дискомфорта, проявления различных невротических симптомов и наличия самоповреждающих форм поведения в анамнезе у детей в исследуемых группах.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь семейных факторов и психосоматического благополучия с типом привязанности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на выборке матерей от 21 до 41 года, имеющих детей 1-3 лет. Из совокупности респондентов по результатам анализа анкеты для определения типа привязанности были сформированы: экспериментальная группа матерей (средний возраст – 30,1 год), чьи дети обнаруживали признаки преимущественно ненадежного типа привязанности, в количестве 9 человек, и контрольная группа матерей (средний возраст – 33,5 года), чьи дети в своих реакциях отвечали надежному типу привязанности, в количестве 11 человек. Психодиагностическими методами нашей работы выступил ряд опросных методик: «Признаки психического напряжения и невротических тенденций у детей» (Шванцара Й.), «Тест-опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин), «Особенности общения между супругами» (Ю. Е. Алешина, Л.Я.Гозман, Е.М.Дубовская), «Представления об идеальном родителе» (Р.Г. Овчарова) и анкета, составленная на основе работ и эксперимента М. Эйнсворт «Незнакомая ситуация», а также «Мангеймской шкалы» для оценки типа привязанности матери и ребенка раннего возраста.

Результаты. Полученные данные были подвергнуты статистической проверке выявления различий между уровнями исследуемых признаков с помощью критерия для двух несвязанных выборок Манна-Уитни.

В методике для определения образа идеального родителя в обеих группах акцент делается на когнитивном аспекте в образе идеального родителя, то есть испытуемые считали наиболее важными в родительстве те качества, которые отвечают за знания и осознание родительских функций, складывающегося образа своего супруга и ребенка, о себе как о родителе, и складывающейся в семье связи между ребенком и родителем. При этом, значимых различий в уровне этого признака не было обнаружено. Как не было выявлено различий в уровне эмоционального аспекта представлений об идеальном родителе. А поведенческий аспект, отражающий все те навыки и умения в сфере воспитания, ухода и развития ребенка, имеет различия между экспериментальной и контрольной группой на уровне статистической тенденции ($p\text{-level} = 0,1$). Это может свидетельствовать о том, что поведенческие маркеры родителя во взаимодействии с ребенком несут наибольший вклад в формировании привязанности, влияющей на психосоматическое благополучие.

В методике родительского отношения мы рассматривали различия по шкалам, отражающим уровень принятия ребенка, кооперации с ним, симбиоза, контроля и отношения к его неудачам. Значимых различий между рассматриваемыми признаками в группах не было выявлено. Анализируя данные, можно отметить, что респонденты отличаются высокими показателями по шкале принятия своих детей (со средним баллом 29,7 и 29,3 в экспериментальной и контрольной группах соответственно). Одновременно с этим обнаруживаются низкие значения по шкале, отражающей симбиотическую связь опрашиваемых с детьми (средний балл в обеих исследуемых группах – 3,7). Сочетание этих показателей говорит о том, что нашим респондентам свойственно положительное отношение к своему ребенку при сохранении значительной психологической дистанции.

При изучении различий в особенностях отношения между супругами среди мам детей с надежным и ненадежным типом привязанности мы рассматривали такие особенности, как: доверительность характера общения в семье, уровень взаимопонимания внутри супружеской пары, сходство супружеских взглядов, наличие особого семейного языка – общих символов в семье, легкость общения между супругами и психотерапевтичность их общения. При анализе результатов, полученных в ходе обработки данных шкал опросника, мы не обнаружили значимых различий между показателями экспериментальной и контрольной группы. Хочется отметить, что показатели по шкале психотерапевтичности общения супругов имеют различия на уровне статистической тенденции ($p\text{-level} = 0,1$), что говорит о возможности наибольшего влияния именно этого признака на изучаемые нами явления.

Так же были обнаружены различия на уровне статистической тенденции ($p\text{-level} = 0,07$) между степенью психического напряжения в исследуемых группах. Наиболее часто встречающимися симптомами психического напряжения и невротических проявлений в обеих группах были: разборчивость в еде (75 % опрошенных), трудности с пробуждением (80% опрошенных). Большое количество невротических симптомов было отмечено представителями экспериментальной группы: отсутствие аппетита, беспокойный сон, чрезмерная потливость, припадки злости, мечтательность и страх чужих людей (по 63,6% группы); трудности с засыпанием и страх шума (по 72,7%); чрезмерная плаксивость и неумение сосредоточиться (по 90,9%).

Также стоит отметить, что с помощью анкеты были зафиксированы акты самоповреждающего поведения детей в группе с ненадежным типом привязанности (у 55,6% респондентов). Среди представителей надежного типа привязанности факты самоповреждения не наблюдались.

Выводы. Таким образом, мы можем заключить, что полученные данные требуют нашего дальнейшего изучения при расширении контингента обследуемых. Отмеченные тенденции различий в показателях поведенческого аспекта

родительства, в показателях психотерапевтичности отношений между супругами и в показателях психического напряжения между матерями детей, демонстрирующих надежный и ненадежный тип привязанности, дают основания предполагать, что наши научные гипотезы нуждаются в более детальной проверке и расширении, что невозможно однозначно ответить на вопрос о роли влияния внутрисемейных особенностей на психосоматическое благополучие ребенка. Дальнейшее изучение будет включать расширение рассматриваемых семейных факторов, а также расширение экспериментальной и контрольных групп респондентов.

Список литературы

1. Блюм Анна Ивановна, Василенко Татьяна Дмитриевна РОЛЬ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У РЕБЕНКА // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2022. №3 (38). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-materinskogo-otnosheniya-v-formirovanii-samopovrezhdayuschego-povedeniya-u-rebenka> (дата обращения: 02.04.2024).
2. Бриш, К. Х. Терапия нарушений привязанности: от теории к практике. – М.: КогитоЦентр, 2012. – 316 с.
3. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на развитие психосоматической патологии у детей. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 3
4. Сабельникова Н. В. Методы исследования привязанности в процессе возрастного развития в современной зарубежной психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2008. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metody-issledovaniya-privyazannosti-v-protsesse-voznrastnogo-razvitiya-v-sovremennoy-zarubezhnoy-psihologii> (дата обращения: 18.03.2024).
5. Смирнова Светлана Викторовна, Сергодеева Екатерина Андреевна Нарушения семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей // Теория и практика общественного развития. 2013. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-semeynyh-otnosheniy-v-geneze-psihsomaticheskikh-zabolevaniy-u-detey> (дата обращения: 02.04.2024).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕНСИВНОГО МАТЕРИНСТВА У МАТЕРИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У РЕБЕНКА

Блюм А.И., Василенко Т.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Актуальность. Анализ степени актуальности темы исследования выявил, что изучение модели интенсивного материнства находится на пике популярности последнее десятилетие, и представлено большим количеством публикаций в зарубежной психологии. Однако исследование качественных и количественных характеристик данного феномена в отечественной психологической науке сегодня представлено крайне слабо.

Взаимосвязь проявления феномена интенсивного материнства у матери и психосоматического неблагополучия у ребенка не находит отражения в публикационной активности отечественных авторов [1].

В нашем исследовании основным феноменом вопроса рассмотрения психосоматического неблагополучия ребенка стало самоповреждающее поведение в раннем возрасте [2]. Актуальность может выражать небольшой материал доказательной базы в диагностике, подборе психологических программ, и стратегий оптимального влияния из-за неясной этиологии в свете психологических факторов воздействия.

Цель исследования - изучить влияние интенсивного материнства на психосоматическое неблагополучие ребенка.

Для реализации поставленной цели требуется решение серии исследовательских задач:

1. Изучить теоретико-методологические основания исследований интенсивного материнства.
2. Исследовать психологические последствия модели интенсивного материнства для женщин.
3. Изучить влияние особенностей материнского поведения на проявление самоповреждающего поведения у ребенка.
4. Разработать программу клиничко-психологического сопровождения женщин с чрезмерно эмоционально-оценочным отношением к родительству

Материалы и методы.

В нашем исследовании использовались следующие группы методов: опросник установок на интенсивное родительство (Intensive Parenting Attitudes Questionnaire), M. Liss, H.H. Schiffrin, V.H. Mackintosh, H. Miles-McLean M.J. Erchull, 2013, адаптация Ю.В. Мисюк, А.И. Прихидько, П.С. Рогачевой; анкета, направленная на диагностическое обследование матерей и их детей, находящихся в ситуации психосоматического неблагополучия, а также детей относительно здоровых, с целью выявления факторов риска нарушений психосоматического здоровья [3].

Описание выборки исследования.

1. Матери детей относительно здоровых (24 человека), средний возраст детей 2 года 3 месяца. Пол детей: 13 мальчиков (54%) и 11 девочек (46%).
2. Матери детей, имеющих психосоматическую симптоматику (16 человек), средний возраст детей 2 года 6 месяцев. Пол детей: 9 мальчиков (56%) и 7 девочек (44%).

Результаты. Мы осуществили взаимодействие с 40 матерями, возрастной диапазон детей от 1,5 до 3 лет. 47,5 % матерей указали на наличие у их детей

признаков аллергии неясного генеза и 35% - признаков самовопреждающего поведения, таких как “царапает себя, бьет головой о стену, тыкает себе в глаза”, 22,5 % матерей отнесли своих детей к категории частоболеющих. Совокупность проявлений двух и более признаков психосоматического неблагополучия у детей позволило отнести нам 40% матерей в экспериментальную группу исследования. В контрольную группу вошли 60% женщин, которые отрицают проявление психосоматического неблагополучия у их ребенка.

Мы проанализировали выраженность установок на интенсивное родительство в исследуемых группах с помощью «Опросника установок на интенсивное родительство» (Intensive Parenting Attitudes Questionnaire (IPAQ) Мисиюк, Прихидько) и проследили наличие взаимосвязи между психосоматическим неблагополучием у детей и выраженностью установок на интенсивное родительство у матерей. Констатируем наличие значимых различий по шкале эссенциализма в исследуемых группах, при $p\text{-level}=0,007$, шкале стимуляция, при $p\text{-level}=0,021$, по шкале детоцентрированность, при $p\text{-level}=0,000$.

Выводы. Таким образом, мамы, чьи дети проявляют признаки психосоматического неблагополучия, проявляют выраженность эссенциализма, проявляющегося в детоцентризме, вследствие чего обладают излишней самоуверенностью в правильности выполнения своих материнских функций, категоричны в отношении прибегания к помощи других и считают, что только они могут удовлетворять потребности своего ребенка. Большая значимость успешности развития ребенка как результат собственной деятельности характерна для женщин, чьи дети проявляют признаки психосоматического неблагополучия. Реализуя в развитии ребенка «проект» своей успешности, женщины склонны предъявлять повышенные требования к развитию и умениям своего дитя, тем самым подкрепляя свою значимость. Из-за этого возможна поздняя социализация ребенка, такие матери не приветствуют посещения детьми детского сада, в картине жизненного пути женщины все смыслы и цели сосредоточены вокруг потребности обезопасить и оградить ребенка от каких-то невзгод. Такая гиперопека со стороны мамы в дальнейшем формирует созависимые отношения с ребенком. Также данная категория женщин убеждена в наличии больших сложностей выполнения родительской роли, требующей огромных усилий, обременяющих ее.

Мишенями клинико-психологического сопровождения женщин в ситуации проявления интенсивного материнства может выступать работа с детско-родительскими отношениями с собственной матерью, формирование адаптивного субъективного ощущения ребенка в семье: установление эмоционального контакта матери с ребенком; нормализация семейных взаимоотношений между супругами [4].

Список литературы

1. Блюм А.И., Василенко Т.Д. Роль материнского отношения в формировании самоповреждающего поведения у ребенка. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2022. Т.10, №3 (38). С. 223–232. аченко
2. Блюм А.И., Василенко Т.Д. Особенности материнского отношения как предиктор психосоматического неблагополучия ребенка. «Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования». 2022. Т. 11, № 5А, С.328-335.а
3. Исаев, Д.Н. Психосоматический подход к изучению заболеваний у детей и подростков Текст. / Д.Н. Исаев. Л., 1988. - Т.2. - 287 с

4. Симоненко, И.А. Психосоматические расстройства у детей: Учебное пособие / И.А. Симоненко, А.В. Шевченко. — Курск: КГМУ, 2018. — 216 с. — Текст: непосредственный.

БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МАТЕРЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕОНАТАЛЬНОГО СТРЕССА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Блюм А.И., Есенкова Н.Ю., Солнцева О.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Актуальность. Неонатальный период очень важен для развития психологического здоровья ребенка. Влияние на неонатальный стресс младенца оказывают большое количество факторов, такие как патологии беременности, социальные и экологические, в том числе и личностные особенности матери. В период рождения для ребенка важно получать оптимальное взаимодействие в диаде мать – ребенок, обмен положительными эмоциями, формирование чувства безопасности [1].

Факторами риска развития субклинических и клинических симптомов психосоматических и психических расстройств, например, таких как болевые симптомы, нарушение сна, нарушение пищевого поведения у детей раннего возраста являются психическое здоровье родителей и семейные стрессы.

Цель исследования – изучение освещенности проблемы влияния личностных особенностей матери на проявление неонатального стресса у новорожденного.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с использованием информационных баз Elibrary.ru, Cyberleninka.ru, Pubmed. Информационно-аналитический обзор публикационной активности заданной проблемы осуществлялся с помощью метода библиометрического анализа по критериям: год, база данных, тематические направления в период 2017-2024 годы.

Результаты исследования: При помощи библиометрического анализа на базе электронных библиотек Elibrary.ru, Cyberleninka.ru и Pubmed проанализировали тему влияния личностных особенностей матерей на проявление неонатального стресса у новорожденных. В результате анализа ключевых слов «личностные особенности матерей», «неонатальный стресс», в период за 2019 – 2024 годы найдена 171 статья по теме проблемы психосоматического нездоровья ребенка, 4 статьи из которых удовлетворяли условия поиска, учитывающих ключевые слова «личностные особенности матерей», «неонатальный стресс» (2,34%).

Анализ публикационной активности позволил выявить, что проблема личностных особенностей матерей новорожденных с проявлениями неонатального стресса является малоизученной.

В различных психологических исследованиях к личностным особенностям матери, влияющих на психологическое здоровье ребенка относят: личностная тревожность; внутренняя конфликтность матери; склонность к гиперопеке, сдерживанию негативных чувств; преобладание чувства вины; неустойчивость к стрессу [1] и депрессивное состояние. Но влияют ли данные факторы на развитие ребенка внутриутробно?

Неонатальный стресс влияет на негативную аффективность младенцев. Мозг плода развивается быстро и особенно уязвим к воздействию стресса. Данные авторы: Мишель Боске Энлоу, Катрина Л.Девик, Келли Дж. Брюнст, Лианна Р. Липтон, Брент А. Кулл и Розалинда Дж. Райт в своей статье рассматривают воздействие травм на протяжении всей жизни матери и пренатальный кортизол на негативную аффективность младенцев. Результаты показали, что более сильное воздействие материнской травмы было связано с усилением детской грусти и страдания от разочарования или изоляции (т.е. показатели по шкале «Distress to Limitations scale scores» («От стресса до ограничений»)), при этом есть некоторые доказательства того, что последняя связь была сильнее, когда уровни кортизола в третьем триместре были повышены [4].

В своей статье Делия Кристоаль Каньядас, Тесифон Паррон Карреньо, Кристина Санчес Борха, Антонио Бонильо Пералес рассматривали влияние «метода кенгуру» на параметры физиологического стресса у недоношенных

детей и матерей в отделениях интенсивной терапии новорожденных. Результаты исследования показали, что практика раннего вмешательства «метода кенгуру» в отделениях интенсивной терапии снижает стресс как у недоношенных детей, так и у матерей, а также способствует здоровью и благополучию младенцев. Чем шире тесный и прямой контакт матерей с недоношенными детьми, тем сильнее буферный эффект на стресс младенца и матери [5].

Della Vedova и соавторы рассматривали перинатальную депрессию и симптомы тревоги во взаимосвязи с родительской связью и диадной чувствительностью во взаимоотношениях матери и ребенка спустя три месяца после родов. Результаты показали, что матери, воспитанные в ситуации гиперопеки, склонны к развитию чувства гиперконтроля, повышающий риск возникновения тревожности у ребенка. Это, в свою очередь, может негативно повлиять на представление женщин о себе как матери, влияя на отзывчивость во взаимодействии со своим ребенком. Самым поразительным и интересным открытием исследования была скоррелированность между связью матери с родителями в детстве и качеством ее нынешнего взаимодействия с младенцем. Более высокие баллы по шкалам «материнской и отцовской заботы» коррелируют с меньшей компульсивностью у ребенка, то есть ребенок чувствует себя желанным и не воспринимает свои собственные реакции как опасные для матери, следовательно, он ведет себя свободно во взаимодействии. Этот интересный результат указывает на то, что материнский опыт заботы, полученной от ее родителей в детстве, связан с большим благополучием ее ребенка во взаимодействии, подчеркивая передачу аффективных значений из поколения в поколение в рамках раннего взаимодействия матери и ребенка. Связь между личностной тревожностью и диадной чувствительностью подтвердилась [3].

Отечественные авторы М. Р. Бостанова, А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Ю. А. Петров изучали психофизиологическое состояние новорожденного в связи с психологическими особенностями матери. Их данные позволили нам сделать выводы, что пренатальная тревожность связана с коротким периодом беременности, а пренатальная депрессия – с низкой массой тела новорожденного. Также пренатальный стресс имеет прямое влияние на исход родов – плод у подвергавшихся стрессу женщин испытывает отрицательное воздействие более высокого содержания кортизола в течение последнего триместра беременности [2].

Вывод: таким образом, проблема влияния личностных особенностей матерей на проявление неонатального стресса у новорожденных остается недостаточно изученной и является актуальной темой исследований в клинической психологии.

Список литературы

1. Баранов Александр Аркадьевич, Махмутова Роза Кашифовна, Шрейбер Татьяна Викторовна Материнско-детское эмоциональное взаимодействие как фактор формирования психосоматических расстройств у детей раннего возраста // Вестник Марийского государственного университета. 2018. №1 (29).
2. М.Р. Бостанова, А. Ю. Тарасова, Н. В. Палиева, Ю. А. Петров Психофизиологическое состояние новорожденного в связи с психологическими особенностями матери // Главный врач Юга России. – 2022. – № 4(85). – С. 77-80. – EDN GDTFBD.
3. Della Vedova, A. M., Santoniccolo, F., Sechi, C., & Trombetta, T. (2023). Perinatal Depression and Anxiety Symptoms, Parental Bonding and Dyadic Sensitivity in Mother-Baby Interactions at Three Months Post-Partum // International journal of environmental research and public health, 20(5), 4253.
4. Enlow, M. B., Devick, K. L., Brunst, K. J., Lipton, L. R., Coull, B. A., & Wright, R. J. (2017). Maternal Lifetime Trauma Exposure, Prenatal Cortisol, and Infant Negative Affectivity // the official journal of the International Society on Infant Studies, 22(4), 492–513.

5. Cristóbal Cañadas, D., Parrón Carreño, T., Sánchez Borja, C., & Bonillo Perales, A. (2022). Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care. // *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7183.

ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И СПОСОБНОСТИ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Богушевская Ю.В., Ивченко А.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Актуальность. По данным статистики в России наблюдается ежегодный рост манифестации невротических расстройств, в том числе и соматизированного расстройства. В связи с чем остро встает вопрос изучения преморбидных особенностей личности таких больных, с целью дальнейшей первичной профилактики и обеспечения снижения темпов невротизации населения [1]. Антиципационная состоятельность и способность к прогнозированию являются одними из ключевых личностных характеристик, выступающей протектирующим фактором в развитие состояний невротического круга. В то время как низкие показатели указывают на нарушения социального взаимодействия, социальную дезадаптацию, нарушения телесности, низкую самооценку, неспособность индивида качественно интегрироваться в общество, что в совокупности усложняет процесс выявления, диагностирования и лечения таких больных, делая прогноз к выздоровлению более неблагоприятным.

Цель исследования – изучить особенности антиципационной состоятельности и способности к прогнозированию у больных с соматизированными расстройствами.

Материалы и методы. Было проведено психодиагностическое обследование 12 больных с соматизированным расстройством, проходящих стационарное лечение в отделение неврозов ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» г. Курска. У всех обследованных наблюдалась сердечно-дыхательная разновидность соматизированного расстройства. Больные жаловались на поверхностное дыхание, невозможность вздохнуть, нехватку воздуха, учащение сердцебиения, боли с левой стороны, ощущение, что сердце «выпрыгнет из груди» или остановится. Обследованные больные не имели сопутствующей соматической патологии и признаков органического поражения нервной системы. В качестве методов были использованы: клиничко-психопатологический, тест антиципационной состоятельности В. Д. Менделевича [4], тест «Способность к прогнозированию» Л. А. Регуш [7], а также методы математического и статистического анализа данных.

Результаты. В ходе проведенной беседы был составлен социально-демографический портрет. Больные-женщины, в возрастном диапазоне от 32 до 46 лет, жители сельской местности, имеющие среднее (50%) и среднее специальное (50%) образование, не имеющие постоянного места работы (75%) или безработные (25%), замужем, имеют детей. Большинство больных (83%) ранее уже проходили лечение в данном отделении, течение болезни от 2 до 8 лет, с периодами ремиссии 4-6 месяца.

В беседе пациенты открыты, многословны, активны, контактны, подробно и охотно рассказывали о себе, условиях госпитализации, состоянии своего здоровья. Ситуацию исследования субъективно воспринимали как способ улучшить состояние своего здоровья, больше узнать об особенностях своей личности. С первого раза инструкцию поняли лишь 25% обследованных, остальным требовалась помощь как в разъяснение особенностей заполнения бланка ответов, так и в понимание смыслов утверждений опросников.

В тесте антиципационной состоятельности В. Д. Менделевича анализ результатов проходил по трем составляющим антиципационной состоятельности: личностно-ситуативной, которая иллюстрирует коммуникативный уровень

антиципации человека, пространственной, показывающей способность индивида предвосхитить перемещение предметов в окружающем его пространстве, в том числе и свои собственные координационные навыки и временной, указывающей на способность человека к распределению времени и умению прогнозировать его течение. Совокупность всех показателей дает представление об общем уровне антиципационной состоятельности.

Личностно-ситуативная антиципационная несостоятельность, а вместе с ней неспособность прогнозировать ожидание собеседника в ситуации общения и строить свое поведение и вектор диалога в соответствии с ним, наблюдается у 6 пациентов (50%). Такие результаты могут косвенно указывать на нарушение способности больных выстраивать и сохранять межличностные отношения, что негативно влияет на их социальную адаптацию и уровень социальной поддержки. Пространственная антиципационная несостоятельность диагностируется у 10 обследуемых (83%), такие показатели не только могут указывать на повышенную травматизацию и повышение риска для жизни и здоровья больных, но и на низкий уровень развития телесности и способности прогнозировать телесные и соматические реакции своего организма на особенности среды, что в одной стороны осложняет процесс диагностики и постановки диагноза, а с другой - ухудшает прогноз лечения, осложняя проведение психотерапевтических мероприятий. Временная антиципационная несостоятельность выявляется у 8 больных (67%). Такие показатели не только негативно влияют на поведенческие паттерны человека, ухудшая его межличностное взаимодействие и социальную приспособленность, но и ухудшает качество проводимых лечебных мероприятий из-за нарушения такими пациентами распорядка дня стационара и несвоевременного приема фармакотерапии. Общий же уровень антиципационной несостоятельности наблюдается у 4 пациентов (33%), такие показатели свидетельствуют об общей неспособности пациентов к прогнозированию, что ухудшает их социальное взаимодействие, ухудшая прогноз выздоровления.

По результатам теста «Способность к прогнозированию» Л. А. Регуш было установлено, что у 8 обследуемых (67%) наблюдается средний уровень способности к прогнозированию, что свидетельствует о способности преобразовывать образы на основе знания о некоторых конкретных ситуациях в прошлом и наблюдения за настоящим, что указывает на сохранность категориально-понятийного аппарата и способности к обобщению у больных. У 4 испытуемых (33%) – высокий уровень способности к прогнозированию указывает на сохранность творческого компонента мышления, способности к абстрагированию. Вышеизложенные результаты говорят о возможности сохранения пациентами трудовой активности и приобретения социальной поддержки и долгосрочной ремиссии.

Выводы. В ходе проведенного исследования были установлены основные особенности антиципационной состоятельности и способности к прогнозированию у больных с соматизированными расстройствами, а именно:

В большинстве случаев (67%) общий уровень антиципационной состоятельности больных в норме, наблюдается нарушения лишь отдельных подструктур антиципационной состоятельности, одной сферы: отношений с собой, с другими людьми или с окружающей действительностью. Несмотря на это, их социальная адаптация, принятие себя, уровень межличностных отношений, приверженность лечению и отношение к болезни нарушаются. Э в совокупности может привести к хроническому, безремиссионному течению болезни.

Общая способность к прогнозированию у 100% больных находится в пределах нормы, что может стать опорой для проведения психокоррекционных и

психотерапевтических мероприятий по изменению антиципационной несостоятельности, выявленной в диагностике.

Список литературы

1. Богушевская Ю.В. Клинические факторы, препятствующие своевременному обращению больных соматизированными расстройствами за психиатрической помощью // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022. №1. – С. 36-41.
2. Богушевская Ю.В., Васильева А.В., Ивченко А.И. Внутренняя картина болезни и модели отношения к лечению у женщин с соматизированными расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. No 4. С. 105—124. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310406>
3. Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья – междисциплинарный ракурс // Российский медицинский журнал. – 2018. – № 10. – С. 51–54. <https://www.psychiatry.ru/lib/55/book/39/chapter/14>
4. Менделевич В. Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С. 107–114.
5. Менделевич, В. Д. Медицинская психология: учеб. / В. Д. Менделевич. Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. 460 с.
6. Погосов, А. В. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники / А. В. Погосов, А. О. Николаевская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 2(95). – С. 67-72. – EDN YUBURR.
7. Регуш Л. А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Л.А. Регуш. - СПб. : Речь, 2003. - 351 с.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПИКТОГРАММЫ КАК МЕТОДА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Богушевская Ю.В., Стрекалова В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

При оказании медицинской помощи пациентам с наркологическим профилем, помимо клинического анализа, используются специализированные опросники, тесты и психодиагностические методы исследования. Оценка зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) часто базируется на самоотчёте пациентов, однако этот подход не всегда применим к стационарным пациентам из-за их трудностей с объективной оценкой собственного состояния. Для более точной диагностики и определения степени зависимости необходимо использовать не только клинические методы, но и дополнительные, такие как психофизиологические и психодиагностические. Это позволит получить более полное представление о состоянии пациента и разработать индивидуальный план лечения, учитывающий особенности его заболевания.

Важно отметить, что больные с наркологическими заболеваниями могут склоняться к диссимуляции симптомов зависимого поведения и часто неспособны к объективной оценке своего состояния из-за анозогнозии и когнитивных расстройств. Поэтому инструменты, основанные на самоотчёте, могут быть недостаточно информативными. В этом случае более достоверными могут оказаться проективные методики, которые актуализируют бессознательные компоненты патологического влечения. Одним из таких методов являются пиктограммы, которые представляют собой простой и продуктивный метод экспериментальной психологии. Они не только оценивают когнитивные способности и эмоциональное состояние, но и способны вызвать воспоминания, связанные с периодом употребления веществ, что может свидетельствовать об актуализации патологического влечения.

Цель - обосновать диагностическую значимость методики пиктограммы как дополнительного метода при диагностике первичного патологического влечения к психоактивным веществам.

Исследование пиктограммами представляет собой метод анализа особенностей мышления, памяти и личностной сферы, основанный на теории отечественных психологов, таких как Л.С. Выготский, А.Р. Лурия и А.Н. Леонтьев, о характере опосредованных психических процессов. Изначально предложенная в Советском Союзе А.Р. Лурией, эта методика рассматривается как относительно простой в техническом плане, но весьма продуктивный инструмент для исследований и диагностики.

Подход методики Пиктограммы заключается в изучении особенностей запоминания через опосредованные образы, а также в оценке мыслительных способностей и уровня формирования понятийного мышления. Этот метод применим как для детей, так и для взрослых в рамках как групповых, так и индивидуальных исследований.

В ходе проведения этой методики испытуемым предлагается запомнить ряд слов или словосочетаний и нарисовать к каждому из них пиктограмму, которая помогла бы ему вспомнить соответствующее слово. Качество рисунков не имеет значения, важно лишь, чтобы они были понятны самому испытуемому. Эти рисунки отражают его знания, жизненный опыт и способность к абстрактному мышлению.

Особенности опосредованного запоминания в методике пиктограмм проявляются через качество рисунков, созданных испытуемым. Изображения могут быть классифицированы на пять основных типов: абстрактные, знаково-символические, конкретные, сюжетные и метафорические, формируя так называемый пиктографический ряд. Понятия, подлежащие запоминанию, представлены по нарастающей степени эмоциональной насыщенности и по принципу от простого к сложному;. Испытуемые должны изобразить каждое понятие в виде рисунка, запрещая использование слов и букв. Стимулы для рисунков выбираются из понятий, которые трудно изобразить прямо (например, веселый праздник; болезнь; обман; справедливость; и т.д.).

Интерпретация результатов методики основана на анализе графических изображений, оценке количественного распределения различных типов образов в протоколе и качественном анализе каждого изображения с последующим его отнесением к определенному типу. Фактор индивидуальной значимости играет ключевую роль при анализе результатов, так как он может отражать идеаторный компонент патологического влечения. Помимо этого, оцениваются такие факторы, как адекватность изображений, частота выбора тех или иных мотивов и степень абстрактности рисунков.

Использование методики пиктограмм при исследовании наркозависимых позволяет получить ценную информацию о их эмоциональном состоянии и уровне патологического влечения к наркотическим веществам. Данная методика является важным инструментом для косвенной оценки психического состояния таких пациентов, особенно учитывая их склонность к скрытию своих переживаний и состояний. В настоящее время отмечается тенденция к разработке и усовершенствованию интерпретативной схемы методики, что расширяет ее возможности и позволяет формализовать анализ данных, включая более разнообразные категории исследуемых показателей.

Синдром патологического влечения к психоактивным веществам играет важную роль в понимании зависимостей и определяет суть данного класса нарушений. В его структуре выделяются четыре ключевых компонента: идеаторный, аффективный, сенсорный и поведенческий. Идеаторный компонент включает мысли, идеи и представления, связанные с употреблением психоактивных веществ. Аффективный компонент отражает эмоциональные состояния, связанные с желанием потребления таких веществ, включая тревогу, беспокойство и радость от предстоящего употребления. Сенсорный компонент включает в себя физические ощущения, такие как вкус, осязание и запах, связанные с употреблением психоактивных веществ. Поведенческий компонент представляет собой действия, направленные на поиск, приобретение и употребление психоактивных веществ.

Важно отметить, что эти компоненты тесно взаимосвязаны и способны влиять друг на друга. Например, идеи о приятных эффектах от употребления алкоголя могут вызывать положительные эмоции, которые, в свою очередь, могут активизировать сенсорные ощущения и стимулировать поведение, направленное на поиск и употребление алкоголя. Таким образом, понимание структуры патологического влечения к психоактивным веществам способствует лучшему пониманию механизмов формирования зависимостей, а также разработке эффективных методов лечения и профилактики таких нарушений.

Первичное влечение проявляется в постоянных мыслях о наркотиках, повышении настроения и идеаторных представлениях о предстоящем приеме, а также в чувстве подавленности и неудовлетворенности в его отсутствие.

Патологическое влечение может возникать после исчезновения острых проявлений синдрома отмены через некоторое время, что делает возможным рассмотрение его как патологии, часто ведущей к рецидивам заболевания. В связи с этим главная цель принудительного лечения заключается в уменьшении тяги к психоактивным веществам и формировании у пациентов мотивации для отказа от употребления.

В ходе экспериментально-психологического интервью можно оценить вегетативные и моторные аспекты, однако методика Пиктограммы позволяет выявить идеаторный компонент: каким образом пациент мыслит, какие образы использует для представления слов и словосочетаний, а также как располагает рисунки на листе - все это может свидетельствовать о степени актуальности патологического влечения.

Результаты исследования. Метод пиктограммы представляет собой один из простых по технике проведения и в то же время продуктивных методов экспериментальной психологии. Данный метод, будучи проективным, способен диагностировать актуализированное патологическое влечение у испытуемого наркологического отделения. Пиктограммы содержат в себе диагностический потенциал, способный раскрыть абстрактно-логические ресурсы испытуемого, выявить способность ориентироваться в информативных знаковых системах [3]. В случаях с обследованием наркозависимых, у которых наблюдается тенденция к диссимуляции переживаний и психического состояния, выявление эмоционально-значимых факторов позволят опосредованно диагностировать психическое состояние, что оказывает значительную помощь в лечебно-диагностическом процессе и третичной профилактике [1]. Диагностика актуального патологического влечения в наркологической практике является важным вопросом, от решения которого зависит терапевтическая тактика, сроки пребывания на лечении в наркологических учреждениях, прогноз заболевания.

Список литературы

1. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Особенности самосознания при пограничных личностных расстройствах / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // – Курск: Изд-во КГМУ, 2017. – 212 с.
2. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Психиатрия, детская психиатрия и наркология. Учебно-методический комплекс для студентов педиатрического факультета. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 212 с.
3. Погосов А.В., Пастух И.А. Учебное пособие по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология» для студентов 5 курса педиатрического факультета / А.В. Погосов, И.А. Пастух. – Курск: КГМУ, 2020. – 288 с.
4. Стрекалова, В. А. Роль методики «Пиктограммы» в диагностике актуального патологического влечения к опиатам (клинический случай) / В. А. Стрекалова // Современная медицина: взгляд молодого врача : материалы I Международной научно-практической конференции для ординаторов и молодых ученых : в 2 томах, Курск, 16–17 мая 2023 года. Том II. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2023. – С. 72-75. – EDN DDVLQE.
5. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. Изд. 3-е, переработанное и дополненное. СПб: Речь, 2003. – 120 с.

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИКИ В ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯХ

Бурдакина И.А., Искусных А.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Ни для кого не секрет, что проблема онкологии, несмотря на многочисленные научные исследования, продолжает быть крайне актуальной. Так, в 2021 г. в РФ было зарегистрировано 580 415 случаев диагностированных злокачественных новообразований. Прирост данного показателя по сравнению с предыдущими годами составил 4,4% [1]. Разумеется, врачи принимают различные меры для снижения числа пациентов с онкологией – назначают химиотерапию, лучевую, таргетную, гормональную терапии, а также проводят оперативные вмешательства. Однако, в данной работе хотелось бы осветить важный фактор профилактики и лечения онкозаболеваний, которым часто пренебрегают, - эмоции пациента.

Эмоции – это субъективные реакции на внешние и внутренние раздражители, в том числе на результаты собственной деятельности, сопровождаемые выраженными субъективными переживаниями [2]. В формировании эмоций участвуют различные структуры головного мозга: лимбическая система, лобная и височная кора, гиппокамп, миндалевидное тело и гипоталамус.

Эмоции проявляются как соматически, так и вегетативно. Регулируется возникновение субъективных переживаний нейромедиаторами (норадреналин, дофамин, серотонин, ацетилхолин и другие) [2]. Таким образом, эмоциональная сфера человека является результатом сложных нейрохимических преобразований, оказывающих влияние на весь организм. Данное умозаключение положило начало для развития целой науки.

Психосоматика – это специфическое направление в медицине, которое устанавливает взаимосвязи между эмоциональными переживаниями и вегетативными реакциями организма на них [3]. В рамках данной науки также изучается роль психических факторов в возникновении, течении и исходе соматических заболеваний.

Онкозаболевания полиэтиологичны, следовательно, нельзя исключить влияния эмоционального состояния пациента на нейробиохимические процессы, происходящие в его организме при делении клеток. Ряд ученых проводили исследования психики пациентов со злокачественными новообразованиями и обнаружили у 20% из них депрессию. Под депрессивным расстройством подразумевается заболевание, которое изменяет отношение человека к жизни и деятельности. Человек постоянно испытывает печаль, становится крайне раздражительным, его одолевает усталость, теряется мотивация к самой жизни [4]. Дело в том, что депрессия способна подавить «психосоматический иммунитет», запускающий у человека ощущение радости и, что особенно важно, влиять на состояние здоровья [5]. Человек подсознательно сравнивает свое нынешнее состояние с личным опытом: «Какой я был неделю назад? Чувствовал ли себя лучше?». Ответом на данный вопрос у человека с депрессией будет «нет», а здоровье индивидуума как на биологическом, так и на психическом и социальном уровнях является основой для построения новой системы поведения, которая в норме часто способствует профилактике заболеваний.

Обобщая, можно сделать вывод о наличии некоего «психосоматического типа личности» [3]. Под этим термином подразумевается индивид, толерантный к

переживаниям, а значит способный по ряду причин создавать особые (специфические) отношения с собственными эмоциями. Эмоции запускаются и поддерживаются медиаторами, влияние которых распространяется на все системы органов (особенно эндокринной системы: нарушение регуляции суточного кортизола, усиление противовоспалительных цитокинов, подавление глюкокортикоидами экспрессии гена p53), изменяя гомеостаз под заданное состояние психики. Сбои в эмоциях приведут к сбою во всем организме [6].

Существует такой термин как психонейроиммунология. Это область науки, которая занимается изучением влияния психологических факторов и функционального состояния мозга на иммунную систему [6]. Психонейроиммунологи проводили исследования на экспериментальных животных - крысах. Оценивалось состояние иммунной системы (иммунокомпетенция, клеточный и гуморальный иммунитет, устойчивость к опухолевому росту и инфекционным заболеваниям) у двух групп животных: в условиях хронического стресса и в комфортных условиях. В первой группе показатели были значительно ниже, чем во второй, однако несколько крыс из первой группы оказались с самым лучшим иммунитетом даже после сильной эмоциональной нагрузки. Так Мартин Селигман открыл феномен «выученной беспомощности», или капитуляции [7]. Суть феномена заключается в том, что крысы, приспособившиеся к отрицательным воздействиям, сохраняли высокую активность и в дальнейших этапах исследования: злокачественные опухолевые клетки в эксперименте приживались гораздо реже. Другая же группа крыс, которая капитулировала в таких же условиях, а впоследствии вела себя пассивно в любых ситуациях и быстро погибала от приживленных им опухолей [7].

Еще одно исследование проводилось гистологически у женщин, которые переживали смерть супруга. У пациенток, которые длительное время оставались подавленными, в 61% случаев обнаруживалось злокачественное перерождение клеток шейки матки, а у тех, которые старались как можно скорее вернуться к счастливой жизни всего в 24% случаев [8]. Обобщая результаты приведенных в пример исследований, можно сделать вывод о том, что вероятность развития соматического заболевания, в частности онкологии, зависит от реакции человека на стресс, что и является предметом изучения психосоматики. Снижение мотивации к жизни только усугубляет неблагоприятный прогноз для пациента за счет изменений в иммунной и эндокринной системах.

Психосоматика нужна не только для изучения причин злокачественного перерождения клеток, но и для терапии онкозаболеваний. Речь идет о психореабилитации онкологических больных – отрасль реабилитации со своими подходами и методиками, активно развивающаяся в настоящее время. Основная цель психотерапевта – убедить пациента в том, что в его организме есть ресурсы для борьбы с заболеванием, а исход лечения зависит от веры в восстановление [9]. Здесь можно вспомнить рассказ О. Генри «Последний лист», в котором больная пневмонией героиня Джонси убедилась, что умрет, как только с плюща за ее окном упадет последний лист. Дерево потихоньку опадает, и девушке действительно становится все хуже. Но один лист так и не опал, героиня идет на поправку и выздоравливает. Как выясняется, лист был ненастоящий: его специально нарисовал сосед, старый художник Берман. Рассказ наглядно показывает, как сильно наш настрой влияет на исход болезни.

В литературе описаны 14 типов отношения к болезни, которые разделяют на два блока, в зависимости от выраженности дезадаптивного поведения [10]. Первый блок (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы) характеризуется

сохранностью адаптации, его описывают как «уход от болезни в работу». Во втором блоке (эйфорический, ипохондрический, тревожно-депрессивный, обсессивно-фобический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы) способность к адаптации нарушена [10]. Психотерапевт при общении с пациентами должен учитывать к какому типу относится его отношение к болезни и подбирать индивидуальную схему беседы.

В заключение, хотелось бы отметить, что роль психосоматики крайне велика в развитии онкологии, хотя ее часто недооценивают. В настоящее время ведется активная разработка новых, более действенных методик и программ по изучению влияния эмоциональных переживаний на причину, течение и исход соматических заболеваний, а также реабилитации. Эти работы уже привносят изменения в привычную тактику лечения онкобольных, и в будущем наверняка будут способствовать снижению числа пациентов с злокачественными новообразованиями.

Список литературы

1. Капрни, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / А.Д. Капрни, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова. – Москва : Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена, 2022. – 239 с.
2. Нормальная физиология / В.Н. Яковлев, И.Э. Есауленко, Е.В. Дорохов [и др.]. – Воронеж : ИПФ «XXI век», 2017. – 565 с.
3. Савельева, О.Н. Психосоматика онкологических заболеваний / О.Н. Савельева // Вестник науки и образования. – 2015. – № 9. – С. 75-76.
4. Сосунова, Н.А. Депрессия: найти и обезвредить / Н.А. Сосунова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2015. – № 3. – С. 5-9.
5. Карташова К. С. Основы психосоматики: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012. – 29 с
6. Психосоматика и психотерапия как ключ к эффективной реабилитации онкологических больных / А.Г. Солопова, Л.Э. Идрисова, А.Д. Макацария, Е.М. Чуканова // Акушерство. Гинекология. Репродукция.. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 65-73.
7. Martin E. P. Seligman. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
8. Bartrop R.W., Luckhurst E., Lazarus L., Kiloh L.G., Penny R. Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet. 1977; 1(B016): 834-8366
9. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб. 2001; 288 с
10. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980; 8: 1195-1198.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ

Василенко М.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Исследование феномена привязанности в последние десятилетия вызывает особый интерес ученых. В настоящее время известно, что качество привязанности оказывает влияние на всю жизнь человека, процесс его социализации, становления как личности, качество его отношений с другими людьми и уровень его здоровья [1].

Под привязанностью мы понимаем двусторонний процесс, в результате которого формируется готовность эмоционально реагировать на мать, ее образ и первое социальное поведение, адресованное ей, которое затем выступает как базовая социальная установка в отношении матери, проявляющаяся затем в других социальных контактах. Таким образом, привязанность выступает и первым этапом социализации, и фактором, влияющим на успешность этого процесса [3].

К сожалению, исследований этого феномена в области психологии аномально развивающихся детей и детей с ограниченными возможностями явно недостаточно. Известно, что феномен привязанности у таких детей претерпевает некоторые изменения, а именно: сложности в формировании материнской идентичности на этапах беременности, родов, первых дней жизни младенца, а также информирование матери о наличии отклонений в развитии ребенка может приводить к ослаблению чуткости, возникновению элементов отчуждения матери. Негативный прогноз социализации ребенка приводит к снижению требовательности родителей, негативной оценке ребенка и формализации отношения к нему. Повышенная эмоциональная напряженность матери способствует снижению качества отношений внутри диады «мать-ребенок», и, как следствие развитие привязанности идет по ненадежному типу, усложняя процесс социализации и развития личности ребенка [5].

Мы провели пилотное исследование, направленное на изучение качества привязанности и ее влияние на формирование психических процессов у детей с аномальным развитием (ограниченными возможностями здоровья). Под «аномальным развитием» мы подразумеваем своеобразное, а не дефектное развитие. При изучении детей, нуждающихся в специальном коррекционном воздействии, было установлено, что дефект, возникший вследствие того или иного заболевания, не представляет изолированного выпадения [2]. Таким образом, дефект оказывает влияние на весь процесс развития ребенка, его личности и деятельности.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) — это дети, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, имеющие значительные отклонения от нормального психического и физического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания. Т.о., к группе детей с ОВЗ относятся дети, состояние здоровья которых препятствует освоению ими всех или отдельных разделов образовательной школы вне специальных условий воспитания и обучения [4].

В нашем исследовании приняли участие дети с особенностями психического развития (задержки различного генеза, искажения психического развития) общим числом 30 человек в возрасте от 10 до 15 лет.

Целью проведенного нами пилотного исследования была оценка качества привязанности детей с ограниченными возможностями и ее влияние на развитие психических процессов и эмоциональной сферы.

Мы использовали следующие методы: структурированное интервью, беседа, наблюдение, психодиагностические методики (Шкала К. Кернс для определения надежности привязанности ребенка к родителям, классические патопсихологические методы исследования психических процессов А.Р. Лурия, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник), архивные методы (анализ медицинской документации),

проективные методы («Рисунок несуществующего животного»), статистические методы анализа данных.

Осуществив исследование, мы получили следующие данные. Из 30 обследованных детей у 60 % зарегистрирован надежный тип привязанности к матери. Интересно, что в группе здоровых детей процент надежной привязанности в данном возрастном периоде существенно ниже – 38%. Эти показатели можно объяснить тем, что родители детей с ограниченными возможностями более чувствительны к ним, а также, учитывая задержки развития можно предположить, что закономерных изменений, связанных с подростковым возрастом у детей с ограниченными возможностями здоровья еще не происходит в силу объективных причин.

Исследуя особенности психических процессов у детей с ограниченными возможностями здоровья с различными типами привязанности мы выявили, что статистически значимых отличий в исследовании восприятия, внимания, памяти и мышления не было выявлено. При качественном анализе различий в выполнении мы можем отметить, что дети с надежным типом привязанности проявляют эпизодический интерес к заданиям и результатам исследования, способны несколько дольше удерживать внимание, их восприятие фрагментарно, а не интровертировано, что может косвенно указывать на наличие перспективы жизни, что соотносится с результатами качественного анализа мышления, которое хотя и носит конкретный характер, но направлено на анализ собственных потребностей, что указывает на наличие личностного отношения.

При исследовании эмоционально-личностной сферы детей с ОВЗ нами были получены значимые отличия. Так, дети с ОВЗ с надежным типом привязанности демонстрируют стабильное эмоциональное состояние, склонны к содействию в эксперименте, что указывает на то, что они способны не только принимать и перенимать опыт совместного действия, но и применять его в контакте с незнакомыми людьми. Дети с ОВЗ с ненадежным типом привязанности демонстрируют негативизм, эмоциональную лабильность, сниженную способность к сотрудничеству, наблюдаются существенные трудности при установлении контакта. Такие дети не проявляют интереса к предлагаемой деятельности и результатам выполнения заданий, импульсивны.

Таким образом, проанализировав полученные результаты мы можем заключить, несмотря на отсутствие статистически значимых отличий в развитии психических процессов детей с ОВЗ с различным качеством привязанности можно выделить качественные отличия, выявляемые при наблюдении и указывающие на внесение личностного компонента в деятельность, проявляющегося в заинтересованности результатами собственной деятельности. Учитывая полученные результаты при исследовании эмоционально-личностной сферы, мы можем предположить, что надежная привязанность у детей с ОВЗ выступает в качестве основы способствующей развитию эмоционально-личностной сферы, а это в свою очередь может выступать одной из «точек опоры» при проведении коррекционно-развивающих мероприятий.

Список литературы

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. 2006. Том 11. № 2. С. 82–92.
2. Боскис Р.М. Аномальные дети. Общее понятие. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №22 2015 URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-22/anomalnyie-deti> (Дата обращения: 27.04.2024)
3. Василенко М.А. Привязанность ребенка к матери, как фактор ранней социализации. Дис...канд...псих.наук./ М.А.Василенко// ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет» Защищена 26.09.2011. 233с. Библиогр. 252 назв.

4. Козырева О.А. Анализ дефиниции «лицо с ограниченными возможностями здоровья». // The Newman In Foreign Policy №37 (81), июнь-июль 2017. С. 148 – 151

5. Соловей М.А. Об особенностях феномена привязанности между матерью и ребёнком с ограниченными возможностями здоровья // Вестник магистратуры. 2016. № 3 (54). Т. I. С.102 - 105

ХРОНОТИПЫ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПЕРВОГО КУРСА: КТО ОНИ – СОВЫ, АРИТМИКИ ИЛИ ЖАВОРОНКИ

Вайель К.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Актуальность. Людей можно условно разделить на тех, кто предпочитает работать или учиться в утренние часы и тех, кому больше подходят вечерние (естественно, что существуют многочисленные, выделяемые с той или иной степенью промежуточности, состояний, и традиционно соотносимых с разными видами животных). Но еще Хемп (1961) считал, что в здоровой популяции людей «утреннего типа работоспособности» (т.е. «жаворонков») – 20%; «вечернего типа работоспособности» («сов») - 30% и не обнаруживают заметных колебаний суточных ритмов («индифферентный тип», т.е. «аритмики») – 50% [цит. по 1]; по мнению О.Е. Сурниной (2009), в большинстве работ отечественных и зарубежных авторов (как и в её выборке) «жаворонки» представляют меньшинство [4]. При этом показано, что сердечно-сосудистыми заболеваниями наиболее подвержены лица с «утренним типом работоспособности» [2], а сам «хронотип» («биоритм») во многом генетически детерминирован. В тоже время различным вопросам психофизиологического состояния студентов посвящено практически необозримое количество исследований [3,6,7 и др.], что объясняется значимостью данной тематики. Однако недостаточно изученным представляется вопрос о хронотипе учащихся, которые, в свою очередь, во многом определяют процесс адаптации студентов, особенно первого курса, к учебе в высшем учебном заведении (и не только в высшем).

Цель исследования. Определение соотношения «жаворонков», «сов» и «аритмиков» среди студентов – клинических психологов первого курса.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование с помощью методики А.В. Толстых (САЖ) [5] 43-х студентов – клинических психологов первого курса Волгоградского государственного медицинского университета (сплошная выборка; очная форма обучения). 81,4% среди респондентов поступили в Волгоградский государственный медицинский университет сразу после получения среднего общего образования; 14,0% - сразу после получения среднего профессионального образования (в колледжах медицинской, педагогической и экономической направленности). Результаты тестирования интерпретировались следующим образом: если в сумме набирается от 0 до 7 баллов, то обследуемый относится к «жаворонкам»; от 8 до 13 – к «аритмикам»; от 14-до 20 баллов – к «совам». Согласно литературным данным тест является эффективным инструментарием для исследования типов работоспособности [2].

Результаты. Среди студентов – клинических психологов первого курса было выявлено 7,0% «сов»; 65,1% «аритмиков» и 27,9% «жаворонков».

Представляется вполне понятным, что в утренние часы устойчивость внимания, активность, работоспособность у «жаворонков» выше, а у «сов» ниже; в вечерние часы - с точностью наоборот.

Также вполне понятно и объяснимо преобладание «аритмиков» («средний» или «промежуточный» тип всегда встречается чаще, чем «крайние», что относится не только к тематике проведенного исследования).

Однако наибольший интерес заслуживает рассмотрение следующих взаимосвязанных результатов исследования. Несоответствие выявленного соотношения «сов» и «жаворонков» с имеющимися данными в доступной

тематической литературе (получено четырехкратное преобладание «жаворонков» над «совами», хотя в литературных источниках констатируется преобладание «сов» над «жаворонками»). Подобное расхождение показателей можно аргументировать тем, что 95,4% обследованных последние 8-13 лет обучались в школах и колледжах в 1-ю смену с началом занятий, как правило, в 8.00-8.30-9.00 часов (и к этому времени, они уже должны были быть в месте обучения, а затраты на дорогу составляли в одну сторону 30-40 и более минут). Естественно, у них был выработан определенный стереотип жизни («условный рефлекс»), который как мог, так и не мог соответствовать реальному, генетически предрасположенному хронотипу (биоритму). В рамках поставленной цели исследования представляется невозможным ответить на вопрос о соответствии или несоответствии психологически определенного хронотипа (биоритма) и генетически предрасположенному, а также потенциальным негативным последствиям в будущем подобного расхождения (учитывая исключительную реализацию учебно-образовательных программ для данного контингента в 1-й половине дня без учета их индивидуальных, психофизиологических характеристик).

Выводы. Анкетирование с помощью методики САЖ показало, что среди студентов – клинических психологов первого курса было выявлено 7,0% «вечернего типа работоспособности» («сов»); 65,1% «индифферентного типа» («аритмиков») и 27,9% «утреннего типа работоспособности» («жаворонков»). Однако 95,4% обследованных последние 8-13 лет обучались в школах и колледжах в 1-ю смену и у них был выработан определенённый стереотип жизни («условный рефлекс»), который как мог, так и не мог соответствовать реальному, генетически предрасположенному хронотипу (биоритму). В рамках поставленной цели исследования представляется невозможным ответить на вопрос о соответствии или несоответствии психологически определенного хронотипа (биоритма) и генетически предрасположенному, а также потенциальным негативным последствиям в будущем подобного расхождения.

Список литературы

1. Деларю, В.В. Методики изучения личности. / В.В. Деларю, Ф.А. Тамбиева. - Кисловодск, 1998. - 115 с.
2. Никитин, М.В. Оценка эффективности теста САЖ / М.В. Никитин, И.В. Мацинина, А.М. Почтаренко // Современные методы диагностики, лечения и реабилитации. – М., 1988. – С.233-234.
3. Петринич, А.М. Оценка и профилактика показателей агрессивности и утомляемости у студентов медицинского университета в процессе обучения / А.М. Петринич, В.М. Смирнов // Медицинская весна – 2020: Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2020. – С. 342-343.
4. Сурнина, О.Е. Тип работоспособности и психофизиологические особенности человека / О.Е. Сурнина // Психологический вестник Уральского государственного университета. Уральский государственный университет им. А.М. Горького. – Екатеринбург, 2009. – С. 209-222.
5. Толстых, А.В. Кто Вы: «сова» или «жаворонок» / А.В. Толстых // Медицинская газета. – 18.01.1989.
6. Шатыр, Ю.А. Психофизиологическая обусловленность рискованного поведения человека / Ю.А. Шатыр, В.В. Деларю, И.В. Улесикова и др. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2019. - Вып.4 (72). - С.113-118.

7. Шатыр, Ю.А. Систематизация факторов формирования социальных девиаций / Ю.А. Шатыр, И.Г. Мулик, И.В. Улесикова и др. // Logos et Praxis. - 2017. - Т. 16, № 3. - С.136–144.

СВЯЗЬ МЕЖДУ СТИЛЕМ ПРИВЯЗАННОСТИ, СЕПАРАЦИОННОЙ ТРЕВОГОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИЕЙ У СТУДЕНТОВ В СИТУАЦИИ СЕПАРАЦИИ

Василенко Т.Д., Есенкова Н.Ю.

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

Теория привязанности говорит, что у человека с рождения есть врожденная психобиологическая система (т.е. поведенческая система привязанности), которая помогает ему искать близость и поддержку у значимых других (т.е. фигур привязанности) и регулировать свои эмоции в стрессовых ситуациях, что влияет на качество отношений взрослой жизни.

Когда фигуры привязанности открыты, чувствительны и отзывчивы на запросы близости, у человека формируются позитивные представления о себе и других. В противном случае, когда фигуры привязанности закрыты, недоступны и не реагируют на запросы близости, безопасность не достигается, и формируются негативные представления о себе и других.

Таким образом, система привязанности является активной и влиятельной на протяжении всей жизни и модели привязанности относительно стабильны с младенчества до взрослой жизни, но могут изменяться в зависимости от привязанности, связанной с жизненным опытом.

Привязанность во взрослом возрасте обычно концептуализируется в двух измерениях – тревоги и избегания. Люди с высоким уровнем тревоги привязанности боятся отвержения, разлуки и заброшенности, склонны переоценивать длительность негативных эмоций и использовать дезадаптивные стратегии эмоциональной регуляции, навязчиво размышлять о случившемся в ответ на негативные жизненные обстоятельства.

Лица с избегающей привязанностью стремятся к поддержанию дистанции и автономии, к уходу от близкого контакта и самораскрытия в стремлении избежать близкого контакта с людьми вследствие ожидания неприятных последствий, например, отвержения или осуждения. Они склонны подавлять потребности в привязанности и сдерживают переживание и выражение сложных эмоций. Следовательно, тревога привязанности связана с беспокойством о доступности и близости значимых других, а избегание привязанности отражает неудобство от близости и эмоциональной связи с этими людьми [3,4].

Психологическое содержание юности сопряжено с развитием самосознания, решением задач профессионального самоопределения и вступлением во взрослую жизнь. В этом возрасте особенно важны процессы сепарации от своих родителей.

В психологической литературе под сепарацией подразумевается отделение, а в аспекте межличностных отношений – расставание с человеком, с которым установлены отношения доверия [1]. Уход из родительской семьи представляет собой опыт разлуки. С одной стороны, стресс, связанный с отъездом из дома может вызвать сепарационную тревогу, которую молодые люди переживали ранее при разлуке с родителями в детстве. С другой стороны, следует учитывать, что данный тип разлуки может стать новым, незнакомым для них и может привести к появлению симптомов тревоги, которые ранее молодой человек не испытывал.

Целью данного исследования стало изучение связи стиля привязанности с сепарационной тревогой, параметрами эмоциональной дисрегуляции у иногородних студентов.

Центральной гипотезой исследования выступило предположение о наличии связи между типом привязанности, сепарационной тревогой и параметрами эмоциональной у иногородних студентов.

В исследовании участвовали 60 студентов Курского государственного медицинского университета из них 30 иногородних студента и 30 человек, проживающих в родительской семье в г. Курске. Исследование проводилось в декабре 2023 года.

Материалы и методы. Опросник стиля привязанности Д.А. Фини, Ноллер, М. Ханрахан, опросник эмоциональной дисрегуляции Н. А. Польской, А. Ю. Разваляевой, опросник сепарационной тревоги взрослых, в русскоязычной адаптации А.А. Дитюк, методы статистического анализа. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы STATISTICA 8.0.

Результаты. В группах сравнения были выявлены значимые различия по следующим параметрам стиля привязанности: «Тревожность», «Уверенность в себе». В группе иногородних студентов преобладает тревожный тип привязанности. Для иногородних студентов с выраженным тревожным стилем привязанности характерно снижение уверенности в себе. То есть, студентов отличают застенчивость, стеснительность, скромность, в основе которой лежит отсутствие амбиций.

В выборке иногородних студентов 30% имеют низкий уровень выраженности сепарационной тревоги, 57% – средний уровень выраженности, 13% – низкий. В группе студентов, проживающих с родителями в 47% случаев (14 студентов) определен низкий уровень сепарационной тревоги, в 43% (13 студентов) – средний, 7% (2 студента) – высокий. Различий по выраженности сепарационной тревоги между иногородними студентами и студентами, проживающими с родителями, выявлено не было.

Анализ различий по параметрам опросника «Эмоциональная дисрегуляция» у иногородних студентов в сравнении с группой студентов, проживающих в родительской среде, выявил значимые отличия по шкале «Руминация». Значит, эмоциональная сфера иногородних студентов характеризуется ригидностью, склонностью к размышлениям и стереотипным возвращениям к определенным, как правило, негативным эмоциональным состояниям. Вследствие изнурительного руминативного процесса привычные стратегии совладания такие как когнитивная переоценка (изменение отношения к ситуации), отвлечение (разговор с другом или прогулка) могут оказаться недостаточными, чтобы отвлечься от навязчивых размышлений и тем самым снизить интенсивность негативных эмоций. Вместо этого студенты могут прибегать к использованию деструктивных форм поведения. Существует ряд исследований, подчеркивающих роль руминации в формировании и поддержании суицидального поведения, нарушений пищевого поведения, употребления алкоголя и психоактивных веществ [5]. Таким образом, руминации как результат неадаптивной автоматической переработки информации могут обуславливать нарастание интенсивности негативных эмоций и способны приводить к поведенческому срыву, препятствуя переключению на адаптивные формы активности [2].

Корреляционный анализ стилей привязанностей и компонентов эмоциональной дисрегуляции показал среднюю положительную связь между тревожным типом привязанности и параметрами эмоциональной дисрегуляции, а именно, руминацией ($r = 0.56$, $p \leq 0.05$), избеганием ($r = 0.56$, $p \leq 0.001$), трудностями ментализации ($r = 0.67$, $p \leq 0.05$). Установлена умеренная положительная

корреляционная связь избегающего типа привязанности со шкалами «Руминация» ($r = 0.39, p \leq 0.05$) и «Трудности ментализации» ($r = 0.44, p \leq 0.02$).

Студенты с тревожным типом привязанности склонны уклоняться от определенных эмоций, и воспринимать эмоциогенный опыт как опасный, негативный, способный причинить вред и «непереносимую» боль, застревать на эмоциях негативной модальности, стереотипно возвращаясь к ним. Они также испытывают трудности контроля над эмоциями, что обуславливает невозможность согласовать собственные знания об эмоциях с их переживанием и пониманием психического состояния других людей.

Студенты с избегающим типом привязанности отрицают или подавляют мысли и воспоминания, связанные с эмоциями, отвлекают внимание от материала, связанного с эмоциями, маскируют вербальные и невербальные выражения эмоций, обнаруживают дефицитарность в идентификации как собственных переживаний и поступков, так и эмоций, и поведения других людей.

Средние положительные корреляции шкалы «Дискомфорта от близости» с показателями руминации ($r = 0.51, p \leq 0.001$) и трудностями ментализации ($r = 0.53, p \leq 0.002$) говорят, что иногородние студенты испытывают дискомфорт от сближения с людьми, что усугубляется как руминативными процессами, так и трудностями ментализации.

Шкала «Поглощенность отношениями» имеет средние положительные корреляции с параметрами эмоциональной дисрегуляции: руминацией ($r = 0,36; p \leq 0,001$), избеганием ($r = 0,56; p \leq 0,001$), трудностями ментализации ($r = 0,62; p \leq 0,001$). Потребность в одобрении связана с сепарационной тревогой ($r = 0,41; p \leq 0,02$) и компонентами эмоциональной дисрегуляции: руминацией ($r = 0,65; p \leq 0,001$), избеганием ($r = 0,49; p \leq 0,001$), трудностями ментализации ($r = 0,71; p \leq 0,001$). Как видно, стремление быть принятым, пусть в ущерб своим собственным интересам увеличивает выраженность сепарационной тревоги; цикл усиления негативного аффекта поддерживается системой эмоциональной дисрегуляции. Поглощенность, озабоченность отношениями также потенцируется репрессивной системой контроля над эмоциями, направленной на снижение негативных последствий действия разрушительных эмоций посредством их игнорирования, подавления или уклонения от них.

Заключение. В группах сравнения были выявлены значимые различия по следующим параметрам стиля привязанности: «Тревожность», «Уверенность в себе». Оба стиля ненадежной привязанности связаны с трудностями в отношении эмоциональной регуляции и неспособностью регулировать негативный аффект.

Исходя из того, что привязанность является относительно стабильной и трудноизменяемой, то в итоге она формирует образ чувств, мышления и действий. Следовательно, руминация – это то, над чем можно активно работать, чтобы снизить вероятность эмоциональной дисрегуляции эмоций, которая лежит в основе цикла усиления негативного аффекта. Результаты исследования могут послужить основой для будущих клинических исследований и выявления эффективных вмешательств, направленных на улучшение навыков регуляции эмоций в терапевтической работе с расставанием.

Список литературы

1. Волкова Е.Е., Капустина Т.В., Черемискина И.И. Развитие модели привязанности в контексте различных теоретических подходов // Психология.

Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Том 6. № 1А. С. 45-53

2. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 124–136. DOI: 10.17759/jmfp.2022110112

3. Brandão, Tânia & Brites, Rute & Hipólito, João & Nunes, Odete. (2022). Attachment orientations, emotion goals, and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 204. 10.1016/j.paid.2022.112059.

4. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. doi:10.1016/j.copsyc.2018.02

5. Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219–229. doi:10.1037/a0015687. 10.1037/a0015687

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА У ЛИЦ С НАРЦИССИЗМОМ

Василенко Т.Д., Морозов А.А

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

Актуальность. Нарциссизм представляет собой черту личности, выражающуюся в избыточном самолюбии и самооценке, которая часто не соответствует реальности. Исследование нарциссизма актуально из-за его распространенности и отрицательного влияния на психическое здоровье как нарциссов, так и окружающих их людей. Согласно многим источникам, за последние десять лет количество случаев нарциссических расстройств возросло, особенно среди молодежи, где они могут составлять до 10% по данным международных классификаций [1].

Нарциссизм может проявляться в различных формах: уверенность в собственной неповторимости, величие, завышенные представления о себе и своих достижениях, отсутствие эмпатии, эгоцентризм, неправильная оценка своего влияния на других, поглощенность мечтами о личных успехах. Нарциссизм может сопровождаться неправильной самооценкой, когда человек чувствует себя исключительным, или, наоборот, имеет заниженную самооценку. Нестабильная самооценка заставляет нарциссов искать признание от других, и в отсутствие такового их самооценка может упасть. Неклинические формы нарциссизма обычно не приводят к социальной дезадаптации, но могут вызывать одиночество, личную и профессиональную неэффективность, что, в свою очередь, может привести к субдепрессивным или депрессивным состояниям [1,4,5].

Дезадаптивные копинг-стратегии, такие как избегание и подавление эмоций, могут иметь множество негативных последствий, включая усиление болезненных переживаний и проблем со здоровьем. Это может привести к постепенной потере интереса к жизни, уходу в себя, погружению в грусть и печаль, прекращению общения с близкими, отказу от работы и других занятий, избеганию сложных ситуаций и потере интереса к удовольствиям. В конечном итоге это может привести к клинической депрессии [2].

Цель исследования – выявить особенности дезадаптивных копинг-стратегий у лиц с нарциссизмом, определить мишени психологической помощи.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 68 студентов 1-2 курсов Курского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 22 лет. Выборка была разделена на 2 группы:

- Лица с низким уровнем нарциссизма (n=15)
- Лица со средним и высоким уровнем нарциссизма (n=53)

В ходе исследования были применены следующие психодиагностические методики:

- Нарциссический опросник личности NPI-16 (О.А. Шамшикова, Н.М. Клепикова) [3]
- Комплексный копинговый опросник СС1-55 (А. Статуева) [2]

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.0 посредством описательной статистики с расчетом медианы (Me), сравнительной статистики с использованием непараметрического критерия U Манна-Уитни для двух несвязанных групп; был проведен корреляционный анализ R-Спирмена.

Результаты исследования. Гипотезой исследования выступило предположение о существовании различий в использовании дезадаптивных копинг-стратегий у лиц с выраженным уровнем нарциссизма и без него.

В результате расчета по U-критерию Манна-Уитни по шкале «Самообвинение» были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,002$); при этом показатели в группе с низким нарциссизмом были выше ($Me=20$), чем в группе со средним и высоким уровнем нарциссизма ($Me=13$). Это говорит о том, что для лиц со средним и высоким уровнем нарциссизма не характерно самообвинение в стрессовых ситуациях, что в целом соответствует логике такой личностной черты.

При статистической обработке по шкале «Беспокойство» также были обнаружены статистически значимые различия ($p\text{-level} = 0,018$), показатели в группе с низким нарциссизмом были выше ($Me=17$), чем в группе со средним и высоким уровнем нарциссизма ($Me=14$). Данные свидетельствуют о том, что для лиц со средним и высоким уровнем нарциссизма не характерно беспокойство, повышенная ситуативная тревожность в стрессовых ситуациях.

При статистической обработке по всем остальным шкалам – «Поведенческое избегание», «Эмоциональное поведение», «Неспособность переносить стресс», «Эмоциональное избегание», «Когнитивные искажения», «Перекладывание вины на других», «Руминация» – значимых различий обнаружено не было.

Был проведен корреляционный анализ с помощью рангового коэффициента корреляции R-Спирмена между уровнем нарциссизма и всеми шкалами комплексного копингового опросника.

Была обнаружена отрицательная умеренная высоко значимая корреляция между шкалами «Нарциссизм» и «Самообвинение» ($R = -0,45$; $p\text{-level} = 0,0001$). Также была обнаружена отрицательная умеренная высоко значимая корреляция между шкалами «Нарциссизм» и «Беспокойство» ($R = -0,38$; $p\text{-level} = 0,0010$). Полученные данные подтверждают результаты расчетов сравнительного анализа по U-критерию Манна-Уитни и говорят о том, что есть выраженные различия в использовании этих видов дезадаптивных копинг-стратегий у лиц между людьми с низким уровнем нарциссизма и людьми со средним и высоким уровнем.

Была обнаружена отрицательная умеренная высоко значимая корреляция между шкалами «Нарциссизм» и «Когнитивное избегание» ($R = -0,31$; $p\text{-level} = 0,01$). Полученные сведения говорят о том, что для лиц со средним и высоким уровнем нарциссизма менее характерно когнитивное избегание – подавление болезненных мыслей или переключение на другие, более приятные.

Выводы. В ходе нашего исследования были выявлены высоко значимые различия между группами по шкалам «Самообвинение» и «Беспокойство», что подтверждается результатами корреляционного анализа. Это говорит о том, что для лиц с выраженным уровнем нарциссизма не характерны данные дезадаптивные копинг-стратегии. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения данных и поиска характерных для нарциссов адаптивных копинг-стратегий, а также для определения мишеней воздействия в рамках психологической помощи.

Список литературы

1. Михалькова, Е. И. Психоаналитические и психологические теории нарциссизма / Е. И. Михалькова, С. А. Радченко // Вестник науки и образования. – 2023. – № 4(135). – С. 126-129. – DOI 10.24411/2312-8089-2023-10410. – EDN CUSPOV.

2. М. Маккей, П. Фаннинг, Э. Пул, П. И. Зурита Она. Исцеление от эмоциональной боли с помощью инструментов КПТ. Как преодолеть грусть, страх, беспокойство и стыд, обрести покой и устойчивость. Рабочая тетрадь. СПб: Весь, 2022
3. Шамшикова, О. А. Психометрический анализ и стандартизация зарубежной методики "Нарциссический опросник личности" (R.Raskin, C.S.Hall, 1979; J.Zimmermann, 1994) / О. А. Шамшикова, Н. М. Клепикова // Мир науки, культуры, образования. – 2010. – № 6-1(25). – С. 169-176. – EDN NTPOSZ.
4. D. R. Ames, P. Rose, C. P. Anderson. The NPI-16 as a short measure of narcissism // Journal of Research in Personality, 2006. 40
5. R. Raskin, H. Terry. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity // Journal of Personality and Social Psychology, 1988. 54

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Василенко Т.Д., Черкашина А.Е.

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

Актуальность. В наши дни темп жизни в мире становится все выше, появляются новые стрессоры, что требует от человека больших адаптационных возможностей, навыков регуляции своего поведения. При этом дезадаптация, неспособность справиться с ситуацией может проявляться по-разному.

Самоповреждающее поведение (СП) – это широкое понятие, которое включает в себя действия, направленные на физическое повреждение своего тела без суицидальных намерений. Актуальность изучения данного явления обусловлена повышением частоты встречаемости, а также серьезными последствиями как для психического, так и физического здоровья (инфекции, рубцы, ожоги), риском самоубийства по неосторожности. На данный момент эпидемиологические данные разнятся и варьируют в зависимости от дизайна исследования, состава и объема выборки. Согласно обзору Mannekote Thipraiah, данные варьируют от 11,5% до 33,8%, при этом наблюдается тенденция к увеличению распространенности в последние годы [6]. В недавнем исследовании причин самоповреждения по результатам онлайн-анкетирования А.Н. Польская и А.Ю. Разваляева сообщают о том, что на вопрос о намеренном причинении себе физического вреда 77,3% респондентов ответили утвердительно [3].

Исследователи указывают на тесную взаимосвязь самоповреждения и эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональная дисрегуляция представляет собой сложности с дифференциацией эмоций, неспособность к их пониманию и управлению ими. В нашем исследовании она представлена в виде таких компонентов, как руминации, трудности ментализации, избегание [4]. М. Линехан указывает, что эмоциональная дисрегуляция может привести к эмоциональной уязвимости, для которой характерна повышенная эмоциональная раздражительность, чрезмерная интенсивность в реагировании, сложности в восстановлении нормального функционирования данной сферы [2]. Е.В. Дарьин, О.Г. Зайцева рассматривают эмоциональную дисрегуляцию как один из факторов возникновения самоповреждения [1]. Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева отмечают недостаточную дифференцированность внутреннего мира, эмоций и чувств, связанных с данным фактором, что приводит к использованию самоповреждения как способа разграничения собственных внутренних переживаний [5].

Цель исследования состоит в изучении взаимосвязи эмоциональной дисрегуляции и самоповреждающего поведения в юношеском возрасте.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 54 студента 1 курса Курского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 22 лет. Критериями включения были наличие опыта самоповреждения, а также низкие показатели по шкале суицидальных мыслей. Таким образом, в конечную выборку вошли 47 человек. С помощью качественного анализа ответов о частоте использования самоповреждения выборка была разделена на 2 группы:

1. Лица, которые использовали самоповреждение один раз в жизни или редко ($n=24$), оно не является привычным и постоянным.
2. Лица, использующие самоповреждение иногда или часто ($n=23$), в этом случае оно применяется на регулярной основе.

В ходе исследования были применены следующие методики:

- шкала причин самоповреждающего поведения (Н.А. Польская),
- шкала суицидальных мыслей (А. Бек),
- опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева).

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.0. посредством описательной статистики с расчетом медианы (Me), сравнительной статистики с использованием непараметрического критерия U Манна-Уитни для двух несвязанных групп; был проведен корреляционный анализ R-Спирмена.

Результаты исследования. Гипотезой исследования выступило предположение о связи эмоциональной дисрегуляции (руминация, избегание и трудности ментализации) и частоты самоповреждающего поведения.

В результате расчета по U-критерию Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок между группами по шкале «Руминации» были обнаружены статистически значимые различия ($p\text{-level} = 0,023$), при этом показатели первой группы (Me=15,5) меньше, чем показатели во второй группе (Me=19). Данные свидетельствуют о том, что лица, которые используют акт самоповреждения на постоянной основе, более склонны к ригидности в эмоциональной сфере, им характерно более частое застревание на сильно окрашенных переживаниях, возвращение к ним в мыслях, анализирование их снова и снова.

При статистической обработке различия по шкале «Избегание» между группами по частоте встречаемости самоповреждения были найдены на высоком уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,002$). Изучая особенности характеристики по данным группам, мы пришли к выводу, что она более выражена у второй группы (Me=13), и меньше – у первой (Me=9). Полученные сведения говорят о том, что для представителей второй группы более свойственно избегание и уклонение от тех эмоций, чувств и переживаний, которые рассматриваются индивидом как потенциально негативные, опасные для него.

При исследовании и последующей обработке данных по критерию «Трудности ментализации» различия между приведенными группами были найдены на высоком уровне статистической значимости ($p\text{-level} = 0,001$). Как и в предыдущих критериях, показатель имеет большее значение во второй группе (Me=22) и менее выражен в первой (Me=18,5). Таким образом, респонденты, которые используют самоповреждение часто, как метод реагирования на широкий круг ситуаций, испытывают сложности в идентификации и дифференциации как собственных эмоций и действий, связанных с ними, так и других людей.

Кроме того, нами был проведен корреляционный анализ с помощью рангового коэффициента корреляции R-Спирмена между общим показателем самоповреждающего поведения и формами эмоциональной дисрегуляции. Исследуя взаимосвязь между данным показателем и шкалой «Руминации» была обнаружена положительная умеренная высоко значимая корреляция ($R = 0,4$; $p\text{-level} = 0,005$). Также была изучена взаимосвязь общего показателя самоповреждающего поведения и «Избегания», при этом найдена положительная средняя высоко значимая корреляция ($R = 0,54$; $p\text{-level} = 0,0001$), а также была выявлена умеренная высоко значимая корреляция ($R = 0,43$; $p\text{-level} = 0,002$) между указанным выше показателем и «Трудностями ментализации». Полученные результаты говорят о том, что частота и тяжесть самоповреждения имеет положительную взаимосвязь с каждым из форм нарушения эмоциональной регуляции: чем выше значение СП, тем более выражена дисфункция.

Выводы. В ходе нашего исследования были выявлены различия между группами по всем анализируемым критериям, что указывает на взаимосвязь между частотой использования самоповреждающего поведения и эмоциональной дисрегуляцией в юношеском возрасте. Таким образом, по нашим данным, у лиц, которые регулярно обращаются к самоповреждающему поведению, более выражено стереотипное возвращение к негативно окрашенным мыслям и эмоциям, застревание на них, последующее избегание потенциально опасных, способных причинить вред, эмоций, переживаний и опыта в целом, а также затруднения в определении своих и чужих эмоциональных состояний, чувство неспособности к верному их пониманию. Найденная положительная высоко значимая корреляция также указывает на взаимосвязь частоты и тяжести самоповреждения и выраженности нарушения форм эмоционального регулирования.

Список литературы

1. Дарьин Е.В., Зайцева О.Г. Этиология и факторы риска несуицидального самоповреждающего поведения // Медицинский вестник Юга России. 2023. №1. С. 13-24
2. Линехан М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. : Пер. с англ. — М.: ООО — И.Д. Вильям, 2018. — 336 с
3. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Причины и способы самоповреждений: результаты онлайн-анкетирования. Психиатрия. 2023;21(1):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-1-6-15>
4. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции//Консультативная психология и психотерапия. 2017 Т. 25 № 4 С. 71—93
5. Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 65—82
6. Mannekote Thippaiah S, Shankarapura Nanjappa M, Gude JG, et al. Non-suicidal self-injury in developing countries: A review. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(5):472-482.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ В РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬЕ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ И ИХ УЧЕТ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

А.Н. Васина, А.А. Скуйбеда

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Московская служба психологической помощи населению, Москва, Россия

Актуальность. Проблема наличия репродуктивных трудностей в настоящее время является очень актуальной, поскольку с ней сталкиваются по разным данным от 8 до 17,8% семейных пар в России. И в настоящее время существует большое количество исследований, связанных с тем, что с наличием репродуктивных трудностей связаны не только физиологические, но и психологические факторы. Но не так много работ, раскрывающих научно обоснованные «мишени» для психотерапевтической работы с женщинами, имеющими репродуктивные трудности.

Следует отметить, что женщина, готовящаяся стать матерью и впервые становящаяся ею, находится в кризисном периоде, поскольку рождение ребенка кардинально меняет ее жизнь. Поэтому не лишним для нее на этом этапе является психологическое сопровождение [1,2,3,4]. Но женщина, у которой не получается стать матерью, тем более нуждается в психологическом сопровождении и психотерапевтической работе, поскольку она испытывает стресс от осознания того, что она не может стать матерью. И необходимо работать как с психологическими факторами, которые могут способствовать репродуктивным трудностям, так и с психологическим состоянием, возникающим вследствие переживания женщиной невозможности забеременеть и выносить ребенка.

В нашей работе мы обратили внимание на психологические факторы, способствующие возникновению репродуктивных трудностей. Среди этих факторов мы сделали акцент на исследовании семейной ситуации женщин в их родительской семье.

Цель исследования: семейные эмоциональные коммуникации в родительской семье женщин с репродуктивными трудностями.

Материалы и методы. В качестве исследовательской методики был взят опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой и М.Г. Сороковой [5]. Было исследовано 44 женщины в возрасте от 19 до 44 лет ($M=28,18$, $SD=6,116$) с репродуктивными трудностями. Под репродуктивными трудностями мы понимаем сложности появления ребенка у женщины по разным причинам (сложности забеременеть, выносить и родить ребенка). Диагноз «бесплодие» стоял у 30% женщин (13 человек). Опросник позволил определить некоторые возможные «мишени» психотерапевтической работы.

Результаты исследования. Было показано, что для родительских семей женщин с репродуктивными трудностями характерен высокий (у 13,8% женщин) и средний (у 86,2% женщин) уровень выраженности семейных дисфункций в коммуникации. Наиболее выраженными характеристиками явились: критика (высокий уровень выраженности отмечается у 51,7% женщин), элиминирование эмоций (высокий уровень выраженности отмечается у 100% женщин), демонстрация внешнего благополучия (высокий уровень выраженности отмечается у 62,12% женщин), сверхвключенность (высокий уровень выраженности отмечается у 69% женщин).

Обозначим, чему могут способствовать указанные способности воспитания, и на этой основе определим хотя бы одну «мишень» психотерапевтической работы с женщинами для каждой особенности воспитания.

Элиминирование эмоций представляет собой запрет на выражение негативных эмоций. Критика включает в себя выраженное негативное отношение родителя к тому, что ребенок проявляет негативные эмоции, не соответствует родительским ожиданиям, допускает ошибки в каком-то виде деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми. Сверхвключенность проявляется в стремлении родителей быть максимально включенными в жизнь ребенка. Демонстрация внешнего благополучия заключается в стремлении семьи скрывать проблемы от себя и от других.

Запрет на выражение негативных эмоций способствует тому, что человек их не выражает и, как следствие, перестает их чувствовать. Не выражаясь, негативные эмоции усиливаются. В крайнем случае нарушается работа телесных функций, поскольку в эмоции всегда есть и физиологический компонент. Этот результат обозначает первую «мишень» в психотерапевтической работе с женщинами с репродуктивными трудностями: психотерапевтическая работа должна быть, в том числе, направлена на помощь женщине понимать и выражать свои эмоции, понимать и выражать свои желания, осознавать телесные ощущения, чтобы иметь возможность сказать о своих чувствах и потребностях словами, а не только телесными проявлениями. По данным разных специалистов бесплодие может означать бессознательное нежелание иметь ребенка, психологическую неготовность к материнству и др. [6].

Настрой на демонстрацию внешнего благополучия способствует тому, что женщина перестает быть естественной сначала для других, а потом перестает чувствовать и себя. Это касается и своих эмоций, и телесных реакций, и потребностей, и желаний. Поэтому «мишени» для работы могут быть сходными с теми, которые были указаны при описании предыдущего фактора.

Критика со стороны родителей может способствовать тому, что человек чувствует свою неполноценность, недостойность, зависимость, часто имеет низкую самооценку, недостаточно выраженную взрослую позицию. В его представлениях фиксируется представление о том, что ребенком быть не очень приятно. Это же представление может позже, например, способствовать бессознательному формированию нежелания иметь ребенка, поскольку в периоде, связанном с рождением ребенка происходит соединение представлений о том, каково это быть матерью и каково быть ребенком.

Максимальное включение в жизнь ребенка может приводить к формированию концентрации взрослого только на себе, что в свою очередь может быть помехой для того, чтобы захотеть делиться чем-то с ребенком. В таком случае психотерапевтическая работа может быть направлена на позволение желанию иметь ребенка раскрыться в полной мере, на взросление, может быть - и на переживание того, что уход за ребенком при всем желании его иметь требует смещения акцента заботы только с себя на себя и как минимум ребенка.

Выводы. Таким образом, для родительских семей женщин с репродуктивными трудностями характерен высокий и средний уровень выраженности семейных дисфункций в коммуникации. Наиболее выраженными характеристиками являются: критика, элиминирование эмоций, демонстрация внешнего благополучия, сверхвключенность. Выявленные особенности семейных эмоциональных коммуникаций в родительских семьях женщин с репродуктивными трудностями

позволяют определить возможные «мишени» психологической помощи и т.о. наметить пути оздоровления и улучшения качества жизни данных женщин.

Список литературы

1. Березина А. В., Бабина А.В. Особенности совладания с негативным эмоциональным состоянием у матерей, воспитывающих детей раннего возраста // Психология и психотерапия семьи. – 2023. – № 1. – С. 5-27. – DOI 10.24412/2587-6783-2023-1-5-27. – EDN HMLPХК.
2. Васина А.Н. Психологические аспекты бесплодия / А.Н. Васина. – Москва // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции 14-15 февраля 2013 года : к 85-летию Юрия Федоровича Полякова / ред. Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, С.Н. Ениколопов. – Москва : Московский городской психолого-педагогический университет: ФГБУ "Научный центр психического здоровья" РАМН, 2013. – С. 118.
3. Васина А.Н. Социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами // Культурно-историческая психология. 2008. Том 4. № 3. С. 65–71.
4. Васина А.Н. Психологические особенности телесного опыта родильниц со здоровыми и с больными детьми: культурно-исторический подход в психосоматике // Культурно-историческая психология. 2023. Том 19. № 2. С. 107—116. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2023190214>
5. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. - Т.24, №4. – с.97-127
6. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учебное пособие для вузов / Г. Г. Филиппова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 212 с.

СТИЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ФАКТОР АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Годовникова Л.В., Харченко О.А.

**Федеральное Государственное Автономное Образовательное Учреждение
Высшего Образования «Белгородский государственный национальный
исследовательский Университет», Белгород, Россия**

В современных условиях социальной и политической напряженности, обусловленной происходящими в нашей стране и мире событиями противостояния государств и цивилизаций, особое значение отводится семье как очагу стабильности и человеческого комфорта. Не случайно текущий 2024 год объявлен президентом РФ В.В. Путиным годом семьи. От семьи, семейного воспитания и внутрисемейных взаимоотношений во многом зависит благополучие подрастающего поколения, а, следовательно, и здоровье и благосостояние всей нашей страны. Поэтому в нашем исследовании мы обратились к проблеме влияния стиля семейного воспитания на поведение подростков, особо выделив такие поведенческие трудности, как агрессивность в подростковой среде.

В качестве выборки исследования выступили подростки в возрасте 13-15 лет сельской школы Корочанского района Белгородской области в количестве 130 человек, а также родители подростков, имевших высокие и выше среднего показатели агрессивности, в количестве 40 человек.

В ходе нашего исследования мы изучали особенности воспитания родителями своих детей, выявляя нарушения процесса воспитания и анализируя преобладающие стили семейного воспитания. Для этого мы использовали следующие методики:

- 1.«Анализ семейного воспитания (АСВ)» (авторы Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.) [1].
2. «Стратегии семейного воспитания» (автор С. Степанов) [3].
3. «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (автор Е. Шафер)

[2].

На основе интерпретации данных исследования по методике «АСВ» мы сделали вывод, что усредненные результаты тестирования родителей по всем шкалам методики находились в пределах допустимых норм. Таким образом, средние показатели в семьях подростков с повышенной агрессивностью не отличались от нормативных показателей.

При этом следует отметить, что при рассмотрении индивидуальных результатов тестирования были отмечены случаи гиперпротекции и гипопротекции, игнорирования потребностей ребенка, чрезмерности либо недостаточности требований-запретов, а также различной строгости санкций, которые используют родители за нарушение требований ребенком. Кроме того, в рамках данного исследования особый интерес вызвала шкала «Неустойчивость стиля воспитания». Под неустойчивым стилем воспитания, согласно методики, понималась резкая смена стилей воспитания от попустительского к строгому или наоборот. В результате такого воспитания зачастую у детей формируются такие черты характера, как отсутствие авторитетов, эмоциональная закрытость, упрямство, что является причиной агрессивного поведения в подростковом возрасте.

Исходя из полученных данных по методике «Стратегии семейного воспитания» мы увидели, что наиболее часто применяемым стилем семейного воспитания является авторитарный ($Mx = 3,52$), также часто родителями используется авторитетный стиль воспитания детей ($Mx = 3,2$). Мы предполагаем, что родители,

придерживающиеся по большей степени авторитарного стиля воспитания детей, являются во многом более категоричными в своих требованиях к детям. Такие родители склонны ограничивать самостоятельность детей, сопровождая период их взросления жесткими запретами и ограничениями, что в период подросткового возраста может стать причиной возникновения враждебности и агрессии у детей как крайнего проявления реакции эмансипации от родителей. В случаях жесткого подавления подростки могут продемонстрировать эффект раскрывшейся после давления пружины, однако такие действия будут скорее реактивными, чем стойкими поведенческими стереотипами.

В свою очередь, в семьях, в которых преобладает авторитетный стиль воспитания, также существуют требования и запреты, однако же, такие родители признают право детей на самостоятельность, принятие решений в силу их возрастного развития, что в целом формирует ответственное поведение детей в обществе.

В результате диагностики было выявлено, что в некоторых семьях преобладают либеральный ($Mx = 1,675$) и индифферентный ($Mx = 1,65$) стили семейного воспитания, что также негативно сказывается на поведенческих реакциях подростков.

Мы выяснили, что 20% родителей, прошедших тестирование, не имеют определенного стиля воспитания, прибегая к различным стратегиям в процессе взаимодействия с детьми. Противоречивость в воспитании детей может быть чревата непредсказуемым поведением родителей, которые меняют свои решения или реагируют на поведение детей, опираясь на сиюминутное настроение. В результате такого стиля семейного воспитания дети могут испытывать повышенную тревожность, раздражительность, проявлять агрессивность по отношению к окружающему миру.

Для выяснения особенностей отношения подростков к воспитательному воздействию родителей использован опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним». Оказалось, что все шкалы превышают допустимые нормы ($Mx=3$). Шкала «Позитивный интерес» незначительно превышает значение на 0,05 балла ($Mx=3,05$), что можно считать статистической погрешностью. Согласно результатам, родители не потворствуют детям, удовлетворяя их сиюминутные желания, но также и не ограничивают их самостоятельность. При этом родители одобряют обращение детей за помощью в случаях каких-либо затруднений.

Важно отметить, что превышение «позитивного интереса» по большей части отмечается в семьях с авторитарным стилем семейного воспитания ($Mx=3,53$). В данном случае дети подвергаются чрезмерной опеке со стороны родителя, их самостоятельность ограничивается в силу мнения родителей о том, что дети не могут самостоятельно решать, куда и когда им идти, пока не станут взрослыми. Показательно, что наиболее низкий уровень интереса к детям отмечается среди родителей, которые приоритетно используют индифферентный стиль семейного воспитания ($Mx=2$). Также следует отметить, что родители, которые часто меняют стратегии семейного воспитания, характеризуются разным уровнем шкалы «Позитивный интерес» от 1 до 5, а средний показатель установлен на уровне $Mx=2,5$.

В свою очередь, шкала «Директивность» демонстрирует средний показатель $Mx=3,175$, что можно интерпретировать как небольшое превышение среднего значения. Согласно результатам, родители не используют строгий контроль к детям, демонстрируя свою власть. При этом мнение детей в большинстве случаев принимается во внимание.

Следует также отметить, что превышение «директивности» аналогично «позитивному интересу» в большей степени отмечается в семьях с авторитарным стилем семейного воспитания ($Mx=3,83$). В данном случае дети подвергаются тотальному контролю со стороны родителей, их мнение упорно не воспринимается родителями, поскольку дети еще слишком малы для принятия самостоятельных решений. Также показатель «Директивность» незначительно превышает норму при либеральном стиле воспитания ($Mx=3,33$). При авторитарном стиле воспитания уровень директивности родителей соответствует норме ($Mx=3$). При этом низкий показатель директивности отмечается при индифферентном стиле семейного воспитания ($Mx=2,25$), что закономерно. При индифферентном стиле родители зачастую пренебрегают своими родительскими обязанностями, что и приводит к проявлениям вседозволенности у подростков.

Также следует отметить, что родители, которые часто меняют стратегии семейного воспитания, сохраняют незначительно отклоняющийся от нормы показатель директивности в воспитании ($Mx=2,88$).

Далее необходимо рассмотреть показатель «Враждебность», который в среднем составляет $Mx=3,325$. В соответствии с результатами исследования, родители склонны к подозрительному отношению к семейной среде и дистанцированию по отношению к ее членам (в частности, к детям). Высокий уровень «враждебности» со стороны родителей отметили дети, в семьях которых преобладает авторитарный и индифферентный стиль воспитания.

По результатам анализа было выяснено, что превышающие показатели шкалы «Враждебность» отмечаются при авторитарном стиле семейного воспитания ($Mx=3,58$). Практически аналогичный результат отмечается в семьях с индифферентным стилем воспитания ($Mx=3,5$). Данные результаты говорят о том, что родители склонны отгораживаться от своих детей и других членов семьи, вести себя отстраненно, проявлять негативные эмоции. Интересен тот факт, что подростки практически одинаково негативно воспринимают как авторитарность со стороны родителей, так и безразличное отношение, расценивая это как проявления враждебности.

Данный показатель также превышает норму при либеральном стиле воспитания ($Mx=3,4$), что подтверждает мнение великого педагога 20 века А.С. Макаренко, что дети любят подчиняться авторитету, поэтому свобода должна обязательно сочетаться с мудрым управлением со стороны взрослого. И только при использовании авторитарного стиля воспитания уровень враждебности родителей соответствует норме ($Mx=3$).

Показатель «Автономность» продемонстрировал вполне допустимый средний балл $Mx=3,175$. На основании результатов исследования, мы сделали вывод, что родители в большинстве своем заботятся о своих детях, опекают их, являясь в меру строгими и требовательными.

Высокий уровень «автономности» со стороны родителей отметили дети, в семьях которых преобладает индифферентный ($Mx=4,5$) и либеральный ($Mx=3,6$) стили воспитания. При этом довольно низкая степень автономности детей отмечается в семьях, которые придерживаются авторитарного стиля воспитания ($Mx=2,75$). Довольно низкий уровень «автономности» в семьях с авторитарным стилем можно интерпретировать, как требовательность со стороны родителей, получение детьми замечаний, опека и забота о детях. При этом при авторитарном стиле воспитания показатель соответствует норме ($Mx=3$). В случаях, когда родители

используют различные стратегии воспитания, отмечается, что показатель «автономности» сохраняется практически в норме ($Mx=3,125$).

Следует также произвести анализ результатов по показателю «Непоследовательность», который в среднем составляет $Mx=3,45$, превышая норму. Ожидаемо, что крайне высокий показатель шкалы «Непоследовательности» отмечается при неопределенном стиле семейного воспитания ($Mx=4,75$), что объясняется частой сменой стратегий воспитания детей со стороны родителей. Дети зачастую не понимают своих родителей, не могут предсказать их реакцию на то или иное событие, в связи с чем, у них возникает эмоциональное отторжение. Завышенный показатель отмечается в семьях с индифферентным стилем воспитания ($Mx=4$). В данном случае мы предполагаем, что поведение родителей является непоследовательным с точки зрения детей, поскольку в большинстве случаев родители вообще не уделяют им внимание и не занимаются их воспитанием, поэтому подростки не могут предугадать их реакцию на тот или иной поступок ребёнка.

Важным является тот факт, что при использовании авторитарного ($Mx=2,9$), авторитетного ($Mx=3,09$) и либерального ($Mx=3$) стилей воспитания дети отмечают последовательность родителей в принятии ими решений и воспитании. Получается, что для подростков очень важна предсказуемость родителей в выборе средств воздействия на ребёнка по результатам его поведения. В этом случае вспоминается случай из консультативной практики, когда мама подростка передала слова своей дочери, что ту больше всего пугает невозможность представить реакцию матери («Даже представить себе не могу, что ты со мной сделаешь, если узнаешь об этом»).

Таким образом, проведенное исследование показало, что используемые родителями стили семейного воспитания оказывают серьезное влияние не только на развитие детей, но и выступают решающим фактором в формировании правильного поведения. Отсюда негативные поведенческие реакции и поведение в целом у подростков зачастую обусловлено как раз особенностями семейного воспитания, хоть подростки и стараются продемонстрировать поведенческую автономию от семьи. В тех семьях, в которых воспитываются подростки, демонстрирующие агрессивное поведение, преобладают авторитарный и непоследовательный стили воспитания, высокий уровень враждебности и директивности. При этом подростки положительно воспринимают любые стили воспитания, если родители проявляют позитивный интерес к ребёнку, умеют сочетать строгость с заботой о ребёнке, ведут себя последовательно и предсказуемо.

Список литературы

1. Гонеев, А.Д. Работа учителя с трудными подростками : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Д. Гонеев, Л.В. Годовникова. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 240с.
2. Практикум по возрастной психологии: Учеб.пособие/Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. - СПб.:Речь, 2002. - С.640-652.
3. Степанов, С.С. Стратегии семейного воспитания / С. С. Степанов // Школьный психолог, 2000/05/08 <http://festival.1september.ru/articles/515683/>

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Годунова Е. С., Крикуненко К. И., Польская Н. А.

**Московский государственный психолого-педагогический университет,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия**

Актуальность. Под гендерной дисфорией понимается состояние дистресса, связанного с чувством неудовлетворенности биологическим полом и гендерной ролью [4]. Отмечается дефицит знаний о распространенности и протекании гендерной дисфории у детей и подростков. Кроме того, отсутствует общий клинический подход к данной проблеме [4], тогда как практики работы со взрослыми пациентами берут начало с двадцатых годов прошлого века [9]. Данный краткий обзор посвящен проблеме диагностической оценки гендерной дисфории у детей и подростков. Характеристики гендерной дисфории. К характеристикам гендерной дисфории у детей относят сильное желание ребенка принадлежать к другому полу, носить одежду, соответствующую этому полу, его самоидентификацию с противоположным полом в играх, выборе друзей и в предпочтении игрушек, резкое неприятие игр и вещей, соответствующих своему биологическому полу, а также неприязнь к своим анатомическим половым характеристикам. Данные особенности поведения и переживаний ребенка должны обязательно соотноситься с клиническим дистрессом и нарушениями в основных, соответствующих возрасту, сферах жизни и деятельности ребенка [7].

Особенности гендерной дисфории у подростков не отличаются по критериям диагностики от гендерной дисфории у взрослых. В отличие от детей подростки сталкиваются со значительными изменениями как самосознания, так и в понимании особенностей и потребностей своего тела. Эти изменения касаются появления признаков полового созревания, которые подростками с гендерной дисфорией переживаются болезненно, как несоответствующие их гендерной идентичности. Поэтому появляется желание избавиться или предотвратить развитие биологически и анатомически предписанных половых признаков и повлиять на появление признаков того пола, с которым они себя идентифицирует. У таких подростков прослеживается отчетливое стремление не только принадлежать к выбранному полу, но и быть принятыми в социальном окружении соответственно их гендерной идентичности. Все эти переживания также должны соотноситься с дистрессом [7].

Гендерная дисфория в детстве далеко не всегда приводит к гендерной дисфории в подростковом и взрослом возрасте. У подавляющего большинства детей после полового созревания гендерная дисфория регрессирует, симптомы сохраняются в среднем у 16% [13]. Среди факторов, влияющих на сохранение или регрессию гендерной дисфории, выделяют изменения в социальной среде подростков, феминизацию или маскулинизацию тела в ходе полового созревания, а также первый опыт влюбленности и сексуального влечения [12].

Гендерная дисфория может проявляться как в виде негативных эмоциональных переживаний, так и в виде поведенческих нарушений, включая разные аутодеструктивные проявления [2]. Согласно результатам исследования, направленного на сравнение суицидальных наклонностей среди трансгендерных и цисгендерных подростков, подростки с гендерной дисфорией имеют более высокий риск суицидального поведения [14].

Быстро наступающая гендерная дисфория у подростков. С некоторых пор ведутся споры о понятии «Быстро наступающая гендерная дисфория» (Rapid-Onset Gender Dysphoria, ROGD) [11]. Согласно результатам исследования Littman были выделены следующие факторы, связанные с быстрым развитием у подростков гендерной дисфории:

- общение в группе с трансгендерными сверстниками;
- интенсивное погружение в социальные сети, распространяющие информацию о гендерной дисфории;
- высокая частота нарушений психического здоровья и воздействие различных психосоциальных стрессоров;
- ухудшение психосоциального функционирования и отношений между родителями и детьми после «открытия» подростка себя как трансгендерного [15].

Это исследование получило резкую критическую оценку в зарубежных профессиональных сообществах. В частности, отмечалось, что отбор участников для этого исследования проводился в онлайн-группах родителей – противников гендерного перехода. Их предвзятое отношение могло повлиять на описание симптомов гендерной дисфории, которые они наблюдали у своих детей. Критической оценке подвергается и сама идея социальной contagiозности гендерной дисфории. Однако, гендерная идентичность является социально и культурно конструируемым феноменом, поэтому невозможно игнорировать факт социального влияния на проявление симптомов гендерной дисфории особенно в подростковом возрасте, отличающемся высокой восприимчивостью к межличностным отношениям и ценностям, транслируемым в сообществах сверстников.

Проблемы диагностики гендерной дисфории у детей и подростков

При диагностике гендерной дисфории у детей и подростков возникают следующие проблемы.

1. Неспецифичность первичных симптомов. Первичные проявления гендерной дисфории не обладают уникальностью и включают недифференцированные дисфорические переживания: общее снижение настроения, ухудшение самооценки, навязчивое чувство собственной неполноценности.

2. Высокая коморбидность. У детей и подростков симптомы неприятия своего тела, его внешнего вида, анатомического строения и биологического пола могут свидетельствовать о широком спектре психических расстройств: от эмоциональных и поведенческих до психотических. В связи с этим возникают трудности в определении роли гендерной дисфории – первичной или вторичной – в отношении коморбидных расстройств [15].

3. Различение истинных и транзиторных признаков гендерной дисфории. Если для истинных проявлений гендерной дисфории характерны устойчивость дисфорических состояний, стирание временных рамок переживания и экстраполирование переживаний, касающихся гендера, на все сферы жизни пациента, то транзиторные признаки могут быть обусловлены различными трудностями межличностного функционирования и саморегуляции (конфликты в семье и группе сверстников, высокая тревожность); при разрешении этих трудностей признаки гендерной дисфории могут исчезнуть [5].

4. Дисморфофобические симптомы при пубертате и аналогичные симптомы при гендерной дисфории. При оценке гендерной дисфории у подростков необходимо различать транзиторные проявления дисморфофобии, непосредственно связанные с процессами пубертата.

Подростковый возраст является периодом значительных изменений в теле, которые приобретают гипербололизированную значимость. Высокая чувствительность к отвержению, склонность к социальным сравнениям, в целом свойственные подростковому возрасту [3], наряду с гормональными изменениями и формированием вторичных половых признаков могут усугублять неприятие своего тела вплоть до болезненного отрицания отдельных его частей. Но такие переживания неустойчивы и носят временный характер, в отличие от неприятия своих телесных особенностей при гендерной дисфории [1].

5. Учет социальных и культурных особенностей. Гендерная идентичность конструируется социальными и культурными установками в отношении пола и гендерной роли. Поэтому при оценке симптомов гендерной дисфории у детей и подростков необходимо понимание общекультурного социального контекста, включая особенности семейной среды, в которой развивается ребенок (гендерную идентификацию родителей, семейные традиции и родительские установки в отношении воспитания мальчиков и девочек).

6. Дисфункциональность семьи или окружения. Известно, что дети и подростки с гендерной дисфорией часто подвергаются насилию и издевательствам со стороны сверстников и членов семьи [2]. Поддерживающие семейные связи могут выступать в качестве защитных факторов от дистресса и проблем с психическим здоровьем. Отсутствие этой поддержки в сочетании с насилием со стороны сверстников или других родственников влечет за собой нарушение психологического функционирования [8; 10]

7. Диагностика гендерной дисфории в случае гермафродитизма. Несмотря на существующее мнение, что «физические отклонения от нормы в строении половых органов редко бывают связаны с расстройством гендерной идентичности» (American Psychiatric Association, 1980), всё ещё не решён вопрос о том, является ли гермафродитизм исключаяющим фактором для диагноза «гендерная дисфория» [6].

8. Различение гендерной дисфории и проблем принятия гомосексуальной идентичности в подростковом возрасте. Симптомы гендерной дисфории могут являться первичным проявлением трудностей принятия подростком своей гомосексуальной идентичности. Некоторые подростки, осознавая свою гомосексуальность, считают ее неприемлемой и испытывают желание изменить гендерную идентичность для достижения гетеросексуальности [6].

9. Некоторые особенности диагностики гендерной дисфории у детей и подростков. При дифференциальной диагностике гендерной дисфории в различных возрастных категориях основным диагностическим критерием является наличие и степень дистресса, испытываемого пациентом. В работе со взрослыми пациентами и старшими подростками определение степени дистресса не представляет трудностей. Однако в случае с детьми (в особенности дошкольного возраста) оценка наличия дистресса проблематично, так как гендерная идентичность детей только формируется и гендерная устойчивость может отсутствовать. В случае же отсутствия дистресса, в соответствии с текущими диагностическими критериями, невозможно говорить о диагнозе «гендерная дисфория» в его непосредственном понимании.

При диагностике гендерной дисфории у детей предпубертатного возраста (до 12 лет) необходимо обследовать ребенка и проинтервьюировать каждого из родителей, а также исследовать функционирование семьи. Наряду с исследованием функционирования семьи проводится исследование ближайшего окружения. В случае обследования подростков (старше 12 лет) необходимо эндокринологическое обследование.

Заключение. В данном обзоре рассмотрены отдельные трудности диагностической оценки гендерной дисфории у детей и подростков, обусловленные сложностью понимания этиологических механизмов дистресса, а также высокой частотой сопутствующих психопатологических проблем (особенно среди подростков). Оценка выраженности симптомов гендерной дисфории в детском возрасте обязательно должна дополняться оценкой особенностей семьи ребенка: от гендерной идентификации родителей и других членов семьи до их личностных, эмоциональных, когнитивных особенностей и воспитательных стратегий, применяемых к ребенку.

Исследование социальных путей формирования симптоматики гендерной дисфории, в частности, изучение возможного вклада социальных сетей и интересов подростковой субкультуры в развитие гендерной дисфории, может быть одним из немаловажных направлений предотвращения подросткового психологического дистресса из-за проблем гендерной идентификации.

Список литературы

1. Виноградова, К.С. Гендерная неконформность как проблема ментализации / К.С. Виноградова // Медицинский вестник Юга России. – 2022. – № 3. – С. 7–12.
2. Дьяченко, А.В. Расстройства половой идентификации у детей и подростков в психиатрической практике / А.В. Дьяченко, В.А. Солдаткин, О.А. Бухановская, А.Я. Перехов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – № 2. – С. 69–78.
3. Польская Н.А. Чувствительность к отвержению и психическое здоровье / Н.А. Польская, М.Д. Цейтлина, Д.К. Якубовская // Вопросы психологии. – 2020. – №5. – Т. 66. – С. 119–129.
4. Руководство по детской и подростковой психиатрии: 2 т. Т. 1. / Под ред. Дж.М. Рея; пер. с англ. К. Мужановского. – Киев: Горобец, 2018. – 772 с.
5. Хаким, А. TRANS: Исследование гендерной идентичности и гендерной дисфории: Практическое руководство. – Москва: Когито-Центр, 2018. – 270 с.
6. Цукер, К.Дж. Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков / К. Дж. Цукер, С. Дж. Брэдли. Москва: Городец, 2021. – 640 с.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 992 p.
8. de Vries, A.L.C. et al. Poor peer relations predict parent-and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis //European child & adolescent psychiatry. – 2016. – Vol. 25. – №. 6. – pp. 579–588.
9. Dora, M. et al. Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence—changes and challenges in diagnosis //Psychiatr Pol. – 2021. – Vol. 55. – №. 1. – pp. 23–37.
10. Levitan, N. et al. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning //European child & adolescent psychiatry. – 2019. – Vol. 28. – №. 11. – pp. 1487–1498.
11. Littman, L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports //PloS one. – 2018. – Vol. 13. – №. 8. – pp. e0202330.
12. Steensma, T.D. et al. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study //Clinical child psychology and psychiatry. – 2011. – Т. 16. – №. 4. – pp. 499–516.

13. Steensma, T. et al. Gender dysforie //Leerboek seksuologie. Bohn Stafleu van Loghum. – 2019.
14. Thoma B.C. et al. Suicidality disparities between transgender and cisgender adolescents //Pediatrics. – 2019. – Vol. 144. – №. 5. – pp. e20191183
15. Zucker K.J. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues //Archives of Sexual Behavior. – 2019. – Vol. 48. – №. 7. – pp. 1983–1992.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И ФЕНОМЕН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АПАТИИ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ РАБОТЕ С ОНКОБОЛЬНЫМИ

Д.Е. Горлова, Н.Н. Вишнякова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия

Аннотация. С целью оценки особенностей профессионального выгорания и феномена профессиональной апатии у медицинского персонала при работе с онкобольными проведено исследование особенностей профессионального выгорания медицинского персонала различных отделений онкологического диспансера.

В результате исследования было выявлено, что медицинский персонал, работающий в онкологическом диспансере подвержен феномену профессионального выгорания и связанного с ней апатией. Между данными категориями обнаружена статистически значимая корреляционная связь, свидетельствующая о том, что при росте уровня профессионального выгорания, включающего в себя компоненты эмоционального истощения, деперсонализации и редукцию профессиональной деятельности будет постепенно расти и уровень апатии.

Ключевые слова: медицинский персонал, эмоциональное выгорание, профессиональная апатия, онкобольные.

Актуальность. В последние годы в России, также как и в других странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме профессионального выгорания. Согласно МКБ-11 Всемирной организации здравоохранения профессиональное выгорание является последствием непреодоленного длительного хронического стресса на рабочем месте [7].

Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом [2].

Впервые термин «эмоциональное выгорание» был введен в 1974 году американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом, для характеристики психологического состояния здоровых людей, оказывающих профессиональную помощь клиентам, пациентам в эмоционально нагруженной атмосфере. В настоящее время синдром выгорания признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и внесен в «Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения» [5, 8].

Профессия медицинского работника относится к сложным видам труда, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент наличия стрессовых факторов [1]. Медицинский персонал онкологического отделения принадлежит к одной из профессиональных групп, для которых специфика профессиональной деятельности является дополнительным фактором, определяющим структуру симптоматики, при формировании синдрома профессионального выгорания. Они регулярно сталкиваются с такими стрессорами, как непосредственное наблюдение за страданиями других, психологическим давлением со стороны пациентов и их родственников, риском совершения медицинских ошибок, напряженным графиком и т.д. В то же время профессиональные роли медицинских работников требуют демонстрации заботы и сочувствия к пациентам, а также контроля над эмоциями. Разница между требованиями к ролям и объективными условиями труда является предпосылкой для формирования синдромов эмоционального выгорания [3].

Согласно данным Минздрава России, количество онкологических заболеваний неумолимо растет. По расчетам Росстата в период за 2006 – 2022 года взято на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественные новообразования» в среднем 511,1 тысяча человек. Ежегодно на 100 тысяч человек населения заболевших в среднем 340 человек, а летальность заболевания с момента установления диагноза может достигать 60% [6].

Анализ современных научных исследований в области клинической психологии свидетельствует о том, что в настоящее время в России все еще недостаточно развита служба психологической поддержки онкологическим больным, врачу-онкологу, а также среднему медицинскому персоналу приходится брать на себя несвойственные им функции медицинских психологов. Из-за чего медицинские работники начинают испытывать значительную психоэмоциональную нагрузку, которая впоследствии может привести к истощению психических и эмоциональных ресурсов, что и будет проявляться в синдроме выгорания. Именно поэтому своевременная диагностика и коррекция поведения при эмоциональном выгорании медицинских работников (врачей, медицинских сестер) очень актуальна.

Цель исследования - изучение особенностей профессионального выгорания и феномена профессиональной апатии у медицинского персонала при работе с онкобольными.

Материалы и методы. База исследования: КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского».

Описание выборки: медицинский персонал различных отделений (онкоурология, онкогинекология, голова-шея, паллиативное отделение), – 12 медсестер, – 5 врачей онкологов, – 2 ординатора.

Теоретические методы: анализ, синтез, структурирование материала, обобщение результатов.

Эмпирические методы: «Опросник профессионального выгорания Маслач, МВІ/ПВ» (в адаптации Н. Е. Водопьяновой,); «Шкала профессиональной апатии, JAS» Г. Шмидт (в адаптации А. А. Золотаревой).

Результаты и обсуждение. При анализе данных, полученных в результате использования психодиагностической методики «Опросник профессионального выгорания Маслач, МВІ/ПВ» можно сделать вывод, о том, что у медицинских работников больше всего выражены показатели уровня эмоционального истощения, которое рассматривается как основная составляющая выгорания на средних значениях (52,63%). Эмоциональное истощение на этих значениях уже может проявляться в виде физического истощения, которое будет присутствовать даже после отдыха, нарушениями сна, потере мотивации, пессимистическим настроением и склонностью сводить все к негативу, склонностью к изоляции, то есть уход от социального взаимодействия и снижение работоспособности. Помимо этого, низкие значения выявлены у 21,05% и высокие у 26,32% респондентов.

На уровне деперсонализации низкие и высокие значения распределились поровну по 26,32%. Большинство распределения находится на условно средних значениях (47,37%). Это свидетельствует о том, что во взаимоотношениях медицинского персонала с пациентами при выполнении профессиональных обязанностей проявляется безразличие, эмоциональное отстранение, а в отдельных случаях негативное и циничное отношение к пациентам. На поведенческом уровне «деперсонализация» может проявляться в высокомерном поведении, в использовании медицинскими работниками профессионального сленга, юмора, ярлыков для больных.

По показателю редукции профессиональной деятельности большинство медицинских работников (52,63%) удовлетворены собой как личностью и как профессионалом. Средние значения данного показателя выявлены у 26,32% и высокие значения у 21,05% респондентов, что отражает тенденцию к негативной оценке своей компетентности и продуктивности и, впоследствии может привести к нарастанию негативизма в отношении профессиональных обязанностей, тенденции к снятию с себя ответственности, к изоляции от окружающих, избегание работы сначала психологически, а затем физически.

При оценке общих показателей «системного индекса синдрома перегорания», который позволяет объединить основные параметры, соучаствующие в его формировании, и их распределение между испытуемыми, мы видим, что более половины медицинских работников, принявших участие в исследовании, имеют средний (47,37%) и высокий (5,26%) показатели. Низкий уровень системного индекса перегорания выявлен у 47,37% респондентов.

Для сопоставления данных с синдромом профессионального выгорания была выбрана методика «Шкалы профессиональной апатии JAS» (Г. Шмидт в адаптации А. А. Золотаревой). Полученные данные свидетельствуют о том, что при низком уровне апатичных мыслей у большинства респондентов (84,21%), тем не менее преобладает средний уровень выраженности апатичных действий (57,89%). То есть можно предположить, что большинство обследуемых медицинских работников имеют интерес и удовлетворены своей работой, но при этом не стремятся к реализации действий для успешного решения рабочих задач и имеют достаточно низкие стандарты, достижение которых гарантирует им отсутствие санкций за недобросовестную работу. Одновременно с этим средние показатели выраженности апатичных мыслей имеют 10,53% респондентов и высокие показатели 5,26%. И так же низкие значения апатичных действий имеют 36,84% респондентов, а высокие 5,26%.

Тем не мене по шкале профессиональной апатии данные распределяются таким образом, что низкие значение выраженности апатии имеют 63,16% респондентов, средняя выраженность у 31,58% и высокие значения имеет лишь 5,26%.

Далее для проведение корреляционного анализа был посчитан критерий Шапиро-Уилка, по результатам которого обе выборки имеют нормальное распределение, в связи с этим для корреляционного анализа был выбран критерий Пирсона. Зная, что коэффициент корреляции принимает значения от -1,0 (строгая отрицательная корреляция) до +1,0 (строгая положительная корреляция) можно говорить о том, что связи между переменными могут быть как слабыми, так и сильными. В нашем случае r_{xy} равен 0,807 соответственно, если оценивать такой результат критерия по шкале Е.П. Голубкова можно говорить о том, что между сравниваемыми критериями имеется значимая корреляционная связь (H₀ – отвергается). Это означает, что при росте уровня профессионального выгорания, включающего в себя компоненты эмоционального истощения, деперсонализации и редукцию профессиональной деятельности будет постепенно расти и уровень апатии.

Вывод: из проведенного исследования следует, что медицинский персонал, работающий в онкологическом диспансере подвержен феномену профессионального выгорания и связанного с ней апатией, которые могут быть вызваны постоянными нагрузками и высокой личностной ответственностью. Между данными категориями обнаружена статистически значимая корреляционная связь, свидетельствующая о том, что при росте уровня профессионального выгорания, включающего в себя компоненты эмоционального истощения, деперсонализации и редукцию профессиональной деятельности будет постепенно расти и уровень апатии. Так же медицинский персонал вынужден брать на себя роль психолога при работе с онкобольными, которые в связи с тяжестью заболевания являются «тяжелыми» личностями.

Таким образом, можно сделать вывод, что в профильных лечебно-профилактических учреждениях необходимо внедрение системы психологической диагностики и профилактики синдрома профессионального выгорания и связанных с ним апатичных состояний. Проведение различных групповых тренингов и индивидуальных консультаций, подобранных медицинским психологом индивидуально, помогут стабилизировать эмоциональное состояние, развить необходимые копинг-стратегии и стрессоустойчивость медицинского персонала.

Список литературы

1. Бойко, Р. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / Р. В. Бойко. – Москва : Филинь, 2006. – 256 с. – ISBN 5-900855-60-0. – Текст: непосредственный.
2. Веселкина, Н. Е. Исследование феномена социальной апатии и его проявления в обществе / Н. Е. Веселкина. – Текст: электронный // СМАЛЬТА. – 2022. – № 2. – С. 77-89. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?edn=ahhwjc>. – Дата публикации: 12.05.2022. – Режим доступа: научная электронная библиотека eLIBRARY.RU.

3. Мозолевская, Н. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания медицинского персонала онкологического отделения / Н. В. Мозолевская, Е. В. Зайцева. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2019. – № 30 (268). – С. 103-105. – URL: <https://moluch.ru/archive/268/61793/> (дата обращения: 03.05.2024).
4. Никифоров, Г. С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. – Санкт-Петербург : Речь, 2002. – 370 с. – ISBN 5-318-00668-X. – Текст: непосредственный.
5. Позняк, В. П. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения / пер. с англ. ; под общ. ред. В. П. Позняка. – Киев : Сфера, 2001. – 398 с. – ISBN 966-7841-25-1. – Текст: непосредственный.
6. Федеральная служба государственной статистики – Текст электронный // Российский статистический ежегодник : [сайт]. – 2023. – URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ejegodnik_2023.pdf (дата обращения 28.04.2024)
7. Mental Health UK. – Текст электронный // "Burnout" : [сайт]. –2023. – URL: <https://mentalhealth-uk.org/burnout/> (дата обращения 28.04.2024)
8. Freudenberger, H. Burn-out bei Freuen / H. Freudenberger, G. North. – 2nd ed. – Frankfurt: Anchor Press, 1992 214 p. – ISBN 0385156642.9780385156646. – Текст: непосредственный.

ГЕНДЕРНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ КАК ПАТОЛОГИЯ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

И.В. Добряков, Ю.А. Фесенко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; Санкт-Петербургское Государственное казенное учреждение здравоохранения Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина; Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Половое влечение – комплекс субъективных переживаний, связанных со специфическим сексуальным возбуждением и стремлением к его снятию путем половой близости с тем, на кого влечение направлено. В основе полового влечения лежит инстинкт репродукции (воспроизведения потомства). По определению Всемирной Организации Здравоохранения сексуальность – интегративное понятие, включающее пол, гендерные идентичности и роли, ориентацию, эротизм, удовлетворение, интимное и духовное единство и воспроизводство [3]. Это определение отражает приверженность к биопсихосоциальному подходу в понимании сексуальности. Половой диморфизм проявляется не только на биологическом, но и на социальном, и психологическом уровнях. На формирование иерархии мотивационных линий личности, на социальные позиции и установки влияют полоролевые нормы общества, этнокультурные традиции воспитания, структура социально значимой деятельности [1].

Гендер (англ.: gender; лат.: genus – род) – это социальный пол, который определяется манерами человека, паттернами поведения и прочими признаками, характерными для определенного пола. Термин появился в связи с необходимостью преодоления ограниченности понимания исключительно с биологических позиций различий между мальчиками и девочками, юношами и девушками, мужчинами и женщинами. Гендерная идентичность – это отождествление индивида себя с определенным полом, отношение к себе как к представителю определенного пола, освоение соответствующих ему форм поведения и формирование соответствующих личностных особенностей. Осознание половой принадлежности формирует целостное представление о себе и презентацию себя как субъекта сексуальности и представителя гендерной группы [5].

Длительное время нормально развивающегося ребенка считали асексуальным. Любые сексуальные проявления у него расценивались как патологические, указывающие на «дегенеративность», «развращенность». Уверенность в отсутствии сексуальности у ребенка может приводить к непониманию и неправильной трактовке ее проявлений, а также к ненамеренной ее стимуляции взрослыми. В результате неправильное отношение родителей, педагогов, психологов, врачей к сексуальности ребенка нередко являются причиной личностных, эмоциональных, коммуникативных и иных проблем как ребенка, так и повзрослевшего человека. Либерализация сексуальной морали сегодня привела к попыткам пересмотра взглядов на ряд явлений, считавшихся ранее отклонением.

Расстройства полового влечения проявляются нарушениями сексуальности. Согласно принятому в 2000 году Всемирной Организацией Здравоохранения (WHO) определению, под сексуальным здоровьем понимается переживание психического, психологического и социо-культурального благополучия, связанного с половым влечением, проявляющееся свободным и ответственным выражением сексуальности, которое укрепляет личное и сексуальное здоровье, обогащает личную и социальную жизнь [3].

Согласно DSM-5 обязательными признаками сексуальной дисфункции являются наличие дистресса и межличностного напряжения в течение, как минимум, 6 месяцев (за исключением сексуальной дисфункции, вызванной веществами или лекарствами) [12]. В процессе подготовки новой редакции в Международной классификации болезней 10 пересмотра [9] были сделаны значительные изменения в

классе, включающем в себя рубрики F52 "Сексуальные дисфункции, не обусловленные органическими нарушениями или болезнями"; F64 "Расстройства половой идентификации"; F65 "Расстройства сексуального предпочтения" и F66 "Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией". «Нарушения развития и ориентации полового влечения» были удалены, а категорию В новой редакции в Международной классификации болезней 11 пересмотра [10] "Расстройства половой идентификации" решено назвать «Половым несоответствием» и вывести в отдельный блок [14]. Декларируется принцип синергизма соматического и психического факторов в формировании сексуальной дисфункции. Согласно этому принципу сексуальные проявления есть результат сложного взаимодействия психологических, межличностных, социальных, культурных, гендерных и физиологических факторов. Любой из компонентов сексуального ответа может влиять на сексуальную дисфункцию, которая, в свою очередь, понимается как полиэтиологический синдром [14].

Традиционно принято выделять качественные и количественные расстройства полового влечения. Количественные нарушения полового влечения связаны с интенсивностью переживаний сексуальных желаний и проявляются наличием и степенью выраженности сексуальных фантазий, побуждений, а также активностью, направленной на их реализацию. Сложности структурировано описывать клинические нарушения полового влечения, особенно качественные, связаны с тем, что общепринятая международная классификация для идентификации важных клинических характеристик сексуальных дисфункций опирается лишь на два сбалансированных критерия – временного и ситуативного, существующих вне каких-либо категорий. В ней утверждается, что не существует никаких нормативов сексуальной активности. «Удовлетворительной» сексуальной активностью предлагается считать ту, которая в буквальном смысле удовлетворяет данного конкретного человека, т.е. индивид способен участвовать в половой жизни настолько, насколько он этого желает [14]. Такая установка порождена тенденцией к смешению естественно-научных и гуманитарных понятий, подменой смыслов и манипуляцией фактами в угоду актуальной политической и культурной ситуации. Она привела к возникновению большого количества научно необоснованной терминологии, некорректному использованию имеющихся обозначений.

Учитывая современные реалии, целесообразно выделить еще одну группу, включенную в МКБ-11: отклонения половой идентификации. Отклонение половой идентификации проявляется несоответствием гендера акушерскому полу, отношением индивида к себе, как к представителю противоположного пола, стремлением освоить соответствующие формы поведения. Это приводит к значительным сложностям в социальной сфере, включая общение, формирование семейных отношений, получение образования, обучение профессии, приводит к проблемам удовлетворения полового влечения, реализации репродуктивной функции и пр. При отклонении половой идентификации у индивида возникает стремление игнорировать, а лучше изменить базовую идентичность, так как она препятствует формированию полоролевого поведения и персональной идентичности. Стабильность базовой идентичности обеспечивает гармоничность процесса идентификации на ролевом и персональном уровнях и способствует формированию устойчивого гендера. Люди с изменчивым гендером предпочитают гибкость в вопросах идентификации и смешанную гендерную идентичность в виде континуума [2]. Устойчивые варианты гендера формируются при соответствии внешних и внутренних условий. Изменчивые варианты гендера – результат их несоответствия.

В МКБ-11 в классе «Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью» выделен блок «Гендерное несоответствие». Он включает 2 подрубрики: «Гендерное несоответствие в детском возрасте» и «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте» [5]. МКБ-10 содержала категорию «Расстройство сексуального созревания», включающую неопределенность в отношении половой идентификации

или сексуальной ориентации, вызывающую тревогу и депрессию [4]. Из МКБ-11 весь блок F64 «Расстройства половой идентификации» заменен термином «Гендерное несоответствие» и перенесен из раздела «Психические расстройства и расстройства поведения» в раздел о сексуальном здоровье. Против включения диагностических критериев гендерного несоответствия в детском возрасте выступали многие специалисты. Главным аргументом были опасения возможной стигматизации, которая ассоциируется с постановкой затрагивающего психическое здоровье диагноза в детском возрасте. «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте» имеет два варианта гендерного несоответствия: 1) частичная и преходящая транспозиция половой идентичности, которая «не является врожденной и проявляет себя как временная аномалия при нормальной половой ориентации индивидуума в дальнейшем»; 2) тотальная транспозиция половой идентичности (transsexualismus) – врожденная и единственно возможная для осуществления половой функции [8]. К частичной и преходящей транспозиции половой идентичности относятся дети и подростки, испытывавшие затруднения при гендерном самоопределении в детстве и в пубертатном периоде (гендерфлюиды), но в последствии определившиеся с выбором и сформировавшие устойчивый гендер. Формируется этот вариант под влиянием преимущественно внешних причин, особенностей воспитания, событий, оставивших в жизни глубокий след, изменивших ее, повлиявших на становление сексуальности появление идеи перемены пола. В последние годы у ряда подростков отмечается достаточно стойкая имитация транссексуального поведения, связанная с социально обусловленными трудностями усвоения своей половой роли, с влиянием моды, информации из Интернета. с увлечением японскими мультипликационными фильмами и пр. Тотальная транспозиция половой идентичности (transsexualismus) – врожденная и единственно возможная для осуществления половой функции. Транссексуализм был официально включен в Международную классификацию болезней 10 пересмотра под шифром F64.0. Были выделены его характерные признаки: желание жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного пола, ощущение дискомфорта от своего анатомического пола; чувство неуместности своей половой принадлежности. Также отмечалось желание подвергнуться хирургическому вмешательству или получить гормональное лечение с тем, чтобы достичь, насколько это возможно, соответствия предпочитаемому полу (МКБ-10). При разработке МКБ-11 было решено изменить название подрубрики «Транссексуализм» (МКБ-10 – F64.0) на «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте» и поместить ее, как уже говорилось, в блоке «Гендерное несоответствие» класса «Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью». Поводом для этого послужило мнение, что идентификации их состояния в качестве психического расстройства приводила к стигматизации и способствовала развитию вдвойне обременительной ситуации для этой группы населения, нарушала права человека [13]. При этом характерные проявления у них, якобы «здоровых», дисморфомании, дисфории, их потребность в комплексном лечении игнорировались. Исследования показали, что у транссексуалов еще во внутриутробном периоде происходят грубые нарушения дифференцировки гипоталамуса, преоптической области и миндалевидного тела, то есть структур головного мозга, ответственных за половое поведение выражены расстройства функционирования эмбриональных гонад [7]. Течение транссексуализма практически не зависит от влияний психологического климата, микросоциальной среды. Транссексуалы категорически отказываются от предложений психотерапевтической, медикаментозной помощи, направленной на коррекцию полового самосознания, требуя у врачей только содействия в проведении

операции. Транссексуализм манифестирует очень рано, поэтому рассмотрение его в МКБ-11 только в разделе «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте» некорректно.

Сегодня существует два основных подхода специалистов к формированию гендерной идентичности у детей [16]. Эти подходы отражают их приверженность к либеральной этике или к этике «золотой середины». Первый подход (либеральный): ребенку предлагают сделать выбор любого пола, что, как правило, приводит его самого и его родителей в замешательство, так как игнорируется биологически обусловленный половой диморфизм. Именно такой подход часто порождает формирование изменчивого гендера, так как становлению персональной идентичности, ее устойчивости препятствуют противоречия смысловых установок развивающегося ребенка и существующих в культуре представлений о половых ролях и стереотипах поведения [6]. Сверстники, как правило, негативно относятся к воспитанным таким образом гендерфлюидам, что затрудняет их социализацию, порождает тревогу. Второй подход («золотой середины») способствует принятию своего тела и развитию соответствующих гендерных ролей. При этом подходе поведение и установки, соответствующие полу, приписанному при рождении, одобряются и поддерживаются.

Мы придерживаемся подхода «золотой середины», позволяющего оказывать детям адекватную психологическую и психотерапевтическую помощь в рамках мультидисциплинарного подхода. Большое значение должно уделяться и психопрофилактике, направленной на предотвращение закрепления признаков половой неконгруентности и на развитие у ребенка гендера, соответствующего его анатомическим особенностям. Грамотно построенная профилактика позволяет предотвратить необходимость таких тяжелых медицинских вмешательств, как гормональная терапия, brutальные хирургические операции [4].

Все сказанное, разумеется, не относится к транссексуалам, особенно к ядерным, которые в МКБ-11 определены в подрубрику «Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте». Учитывая, что в DSM-V, в отличие от МКБ-11, категории, имеющие отношение к нарушениям гендерной идентификации, относят к психическим расстройствам, не оправдано игнорирование мнения психиатров в решении вопроса о необходимости оперативного лечения. А вот вмешательство в решение этого вопроса непрофессионалов неправомерно. Интересно, что представители либерального направления обвиняют своих оппонентов-специалистов не в недостаточном профессионализме, а в «недостаточной культурной осведомленности», которая препятствует получению помощи людям с гендерным несоответствием [15].

Мы разделяем авторитетное мнение Американской педиатрической коллегии, считающей, что внушение детям идеи о возможности перевоплощения в особу другого пола посредством гормональной терапии или хирургической операции, а также о том, что эти практики нормальны и здоровы, – это насилие над детьми [11].

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. 3 изд. испр. и доп. М.: Смысл: изд. центр «Академия», 2007. 528 с.
2. Ватсон Д.Б., Сайдль Х. Эволюция взглядов на гендерную идентичность: расстройство или «новая» норма? // Российский психиатрический журнал. 2017. №5. С. 33-39.
3. ВОЗ: Исследование и определение сексуального здоровья, Женева, 2002.
4. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
5. Исаев Д.Д. Психологическое понимание и измерение пола. Учебное пособие. Издание СПб ГГМУ, 2012. 63 с.
6. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. М.: Педагогика, 1991. 256 с.

7. Калинин С.Ю. Транссексуализм. Практическая медицина. 2006. 192 с.
8. Крафт-Эбинг Р. фон (Krafft-Ebing R.) Преступления любви. Половая психопатия. М.: Изд. ООО «ТД Алгоритм», 2017. 624 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ 10) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. СПб.: ВОЗ, АДИС, 1994. 304 с.
10. Международная классификация болезней (11 пересмотр) (МКБ 11) Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с.
11. Coleman E., Bockting W., Botzer, M., Cohen-Kettenis P., De Cuypere G., Feldman J., Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. International Journal of Transgenderism, 2012, 13. P. 165-232.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), Arlington, VA, American Psychiatric Association (APA), 2013. P. 451-459.
13. Drescher J., Cohen-Kettenis P.T., Reed G.M. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. Lancet Psychiatry; Lancet Psychiatry, 2016; 3. P. 297-304.
14. Reed G.M., Drescher J., Krueger R.B. et al. (Рид Дж.М. и др.). Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях. World Psychiatry 2016; 15. P. 205-219.
15. Taliaferro L.A., McMorris B.J., Rider G.N., Eisenberg M.E. Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth // Arch. Suicide Res. 2019. Vol. 23(2). P. 203-221.
16. Wallace R., Russell H. Attachment and shame in gender-nonconforming children and their families: Toward a theoretical framework for evaluating clinical interventions. International Journal of Transgenderism, 14, 2013. P. 113-126.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РИСУНОЧНЫХ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Екина Д.В., Вишнякова Н.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования особенностей выполнения проективных методик пациентами с диагнозом шизофрения, находящимися на стационарном лечении в психоневрологическом диспансере. При сравнении с результатами, полученными в группе здоровых лиц выявлены отличительные признаки: сложность подбора образов для запоминаний слов, особенно имеющих абстрактный смысл; нечеткость и отрывистость линий; слабый нажим при рисовке; искажение формы линий; распад формы; незаконченность и незамкнутый контур; разорванность фрагментов рисунка; неполное выполнение инструкции (либо ее игнорирование).

Ключевые слова: психодиагностика, рисуночные проективные методики, пациенты, шизофрения.

Актуальность. В связи с развитием различных областей психологической практики в настоящее время наблюдается усиление интереса к психодиагностике и ее методикам [1]. Психодиагностика как инструмент изначально разрабатывалась для выполнения конкретных задач и исследования только строго определенных качеств или черт, однако на сегодняшний день многие из методик могут использоваться не только в частной практике и в различных социальных сферах, но и в клинических условиях (больницах, стационарах и т.д.).

Одним из важных направлений развития психодиагностики является апробация и внедрение в психологическое исследование проективных методов. Согласно мнению исследователей (А. А. Ревина, Т. А. Шова), результаты, полученные в ходе диагностики с помощью проективного метода, можно рассматривать через призму личностного смысла [3, 4]. То есть проективная методика диагностирует личностные особенности через нестандартные задания, которые являются «безопасными» для личности.

Актуальность данной темы состоит в том, что проективные рисуночные методики позволяют исследователям исключить рациональный подход к их выполнению, что повышает достоверность результатов, а также дает персонифицированный результат, что отражает особенности личности пациентов. Это дает нам полагать, что проективные методики будут успешны для обследования пациентов с различными нозологиями, в том числе и шизофренией.

Рисуночные проективные тесты широко используются в патопсихологическом исследовании и психодиагностике, однако в литературе мы можем увидеть, что их интерпретация в большей части не включает в себя признаков патологии, что усложняет оценку результатов.

Для более полноценного анализа результатов исследования нам необходимо опираться не только на оценку характерную для людей без психических или невротических заболеваний, но и на особенности выполнения, характерные для психических патологий, чтобы предупредить или начать профилактику заболевания.

Целью данного исследования является выявление особенностей выполнения рисуночных проективных методик, характерных для пациентов с шизофренией.

Методы и материалы. Исследование было организовано на базе Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1. Количество выборки составило 43 человека, из них 23 пациента с шизофренией (4 мужчины и 19 женщин), возрастной диапазон которых составил от 20 до 65 лет и группу сравнения составили 20 здоровых испытуемых в возрасте от 19 до 21 года (студенты КрасГМУ). Данный выбор возрастного диапазона обусловлен особенностями протекания заболевания – дебют заболевания зачастую приходится на 18-21 год, а к 60 годам происходит нарастание негативной симптоматики.

Для исследования были использованы следующие проективные методики:

1. Методика «Пиктограмма», А. Р. Лурия.
2. Методика «Рисунок несуществующего животного», М.З. Дукаревич.
3. «Психографический тест: конструктивный рисунок человека из геометрических форм», А.В. Либин [2].

Результаты. По результатам данных методики «Пиктограмма» у большинства пациентов с шизофренией выражена склонность к микрографии, искажению пропорций предметов и образов. Важно отметить, что чем сильнее нарастание негативной симптоматики или если лечение началось относительно недавно, искажение пропорций более выражено.

Отличительным признаком в сравнении с группой здоровых лиц можно считать сложность подбора образов для заповинаний слов, особенно тех, которые имеют абстрактный смысл (дружба, справедливость, развитие). Дополнительные инструкции также не стимулировали выполнение задания пациентами. Это доказывает, что особенности и аномалии мышления напрямую связаны с любой деятельностью и могут проявляться в рисуночных методиках, не требующих аналитической деятельности от самого пациента.

Данные результатов проективной рисуночной методики «Рисунок несуществующего животного» дают нам большой спектр рассмотрения рисуночных паттернов, отражающих и отношения к деятельности больных.

На основании сравнительного анализа рисунков пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых, можно выделить определенные формальные рисуночные особенности: нечеткость и отрывистость линий, слабый нажим при рисовке, искажение формы линий.

Отличительным рисуночным паттерном является и распад формы, незаконченность и незамкнутый контур, что не встречается ни у одного здорового обследуемого. При этом распад формы может иметь и совсем хаотичный характер – персеверации линий лишены структуры или оторванные друг от друга линии и штрихи.

По итогам методики «Психографический тест: конструктивный рисунок человека из геометрических форм» можно проследить несколько особенностей рисунков испытуемых с шизофренией. Во-первых, неполное выполнение инструкции (либо ее игнорирование) сопровождается потерей элементов, либо наоборот увеличением числа элементов в сравнении с инструкцией. Проявляются и выраженные стереотипии.

Во-вторых, разорванность фрагментов рисунка друг от друга. Они никак не пересекаются и не стыкуются, чтобы образовать единую фигуру, как это проявляется у здоровых испытуемых в рисунках. У некоторых пациентов это настолько выражено, что элементы отделены друг от друга, даже не образуют фигуру.

Выводы. Изучив теоретические аспекты, мы можем сказать, что проективные рисуночные методики являются одним из перспективных векторов психодиагностики патологической личности.

На основании качественного анализа рисунков пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых, можно выделить основные рисуночные особенности испытуемых с шизофренией:

1. склонность к микрографии рисунков;
2. стереотипии, т.е. повторение мотивов, направлений, интервалов, для которых характерны легкость и подвижность;
3. большая схематичность и упрощенность рисунков, отсутствие дополнительных деталей;
4. нарушение пропорций рисунка и незавершенность композиции;
5. распад формы вплоть до хаотичных и несвязанных линий;
6. незаконченность и незамкнутый контур фигур.

Таким образом, выявление и описание в рисунках больных шизофренией специфических признаков, составляющих их психологические портреты, косвенно подтверждает их диагноз.

Это может быть использовано в качестве дополнительного психодиагностического критерия выявления индивидов с отклонениями психического здоровья при психологическом консультировании и в общей врачебной практике, а также служить уточняющим диагностическим инструментом для специалистов.

Список литературы

1. Акимова, М. К. Психодиагностика. Теория и практика. В 2 ч. Часть 1 : учебник для академического бакалавриата / под ред. М. К. Акимовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2019. – 301 с.
2. Либина, А. В. Психографический тест Либиных. Конструктивный рисунок человека из геометрических форм : учебное пособие / А. В. Либина, В. В. Либин, А. В. Либин. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 339 с.
3. Ревина, А.А. «Место рисуночных методик в диагностике шизофрении» / А. А. Ревина, Г. М. Поладова // Скиф. Вопросы студенческой науки, – 2019 – Т. 10, № 38. – С. 95-99.
4. Шова, Т. А. Достоинства и недостатки применения проективных методик в психодиагностике / Т. А. Шова // Психологические и биологические особенности нарушенного поведения : Материалы всероссийского научно-практического круглого стола с международным участием / Под редакцией Т.А. Шиловой. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Ритм», 2021. – С. 83-86.

БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Живора Е. А.

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

Актуальность. Онкологические заболевания щитовидной железы – одни из распространенных заболеваний в настоящее время, это является актуальной проблемой в сфере онкологии. Согласно исследованиям, особенно остро стоит данная проблема как следствие аварии на ЧАЭС; до сих пор регионы с загрязнением среды являются лидерами по возникновению рака щитовидной железы [3]. Помимо всего, большую роль в течении и развитии заболевания играет и психологическая составляющая. Высокий уровень стресса может приводить к началу онкологического заболевания, которое само по себе является сильнейшим стрессогенным фактором [7]. Проблемам, связанным с психологическим состоянием и личностными особенностями больных онкологическими заболеваниями, стоит уделять внимание, так как это является неотъемлемой составляющей течения заболевания. Пациенты с онкологией переживают сильнейший стресс, который несомненно отражается на состоянии. А оценка психологической стороны заболевания поможет дать прогноз лечения и предупредить возникновение рецидивов как со стороны соматики, так и психики [6].

Таким образом, проведение библиометрического анализа поможет проанализировать актуальность исследований в сфере данной проблемы с целью дальнейшего углубления в неё.

Цель исследования – изучение освещенности проблемы психологических особенностей личности больных с онкологическим заболеванием щитовидной железы в послеоперационный период.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось при помощи использования научных электронных библиотек Elibrary.ru, Cyberleninka.ru. Обзор публикационной активности данной проблемы был осуществлен при помощи метода библиометрического анализа по следующим критериям: база данных, год публикации, тематические направления временного периода 2014-2024 годы.

Результаты исследования. При помощи библиометрического анализа на базе электронной библиотеки Elibrary.ru и Cyberleninka.ru мы провели анализ проблемы «психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями щитовидной железы в послеоперационный период». В результате анализа ключевых «онкологическое заболевание щитовидной железы», «психологические особенности» в период за 2009-2024 годы найдено 8 статей по теме проблемы, которые удовлетворяли условия поиска. Проанализировав публикационную активность по годам, выяснили, что наблюдается стабильно небольшой интерес именно к проблеме изучения психологических особенностей личности больных с онкологическим заболеванием щитовидной железы в послеоперационный период. Пик исследовательской активности наблюдается в 2009-10 годах. Наибольшую активность имеют следующие авторы: З.А. Афанасьева, М.В. Федоренко, И.Ф. Сибгатуллина, Р.Н. Миначева, а так же И.В. Григорьева, С.А. Игумнов.

В своих исследованиях З. А. Афанасьева, М.В. Федоренко, И.Ф. Сибгатуллина, Р.Н. Миначева установили, что у больных раком щитовидной железы отмечаются

депрессивные состояние, характеризующиеся высоким уровнем пессимизма, психастения, боязливость, нерешимость и склонность к избегающему поведению [1]. Так же исследователями выявлены «повышенный уровень ситуативной и личностной тревожности, снижение порога толерантности к стрессу ,а также снижение жизнелюбия и активности» [2].

И.В. Григорьева, С.А. Игумнов выяснили, что у пациентов с онкологией щитовидной железы в послеоперационный период преобладает органическое астеническое расстройство, органическое депрессивное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство [5]. Так же были выявлены «повышение уровня личностной и ситуативной тревожности, появление вегетативных нарушений, снижение адаптационных возможностей» [5]. Помимо этого были выявлены тревожный и неврастенический варианты реагирования на болезнь [4].

Выводы. Таким образом, по результатам исследований психологические и личностные особенности пациентов с раком щитовидной железы должны обязательно учитываться как лечащим врачом, так и специалистами психологического профиля. Это важно для адаптации к нормальной жизнедеятельности в послеоперационном периоде. Также было выявлено, что данная проблема интересует ученых в сравнительно небольшом количестве, а следовательно, требует углубленного изучения.

Список литературы

1. Афанасьева З. А. Особенности стрессоустойчивости больных раком щитовидной железы на этапе восстановительного лечения / З. А. Афанасьева, И. Ф. Сибгатуллина, М. В. Федоренко // Вестник восстановительной медицины. – 2010. - №1(35) – С.30-32
2. Афанасьева З. А. Психологические особенности больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения / З. А. Афанасьева З. А., М.В. Федоренко, И.Ф. Сибгатуллина, Р.Н. Миначева // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. - №1 – С.71-74
3. Беннет Б. Медицинские последствия Чернобыльской аварии и специальные программы здравоохранения. Доклад экспертной группы «Здоровье» Чернобыльского форума ООН. Женева 2006. [под общ.ред. М. Балонova] 2006. - 190 с.
4. Григорьева И. В. Особенности внутренней картины болезни пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / И.В. Григорьева, С.А. Игумнов // Здравоохранение Чувашии. – 2009. - №4 – С.37-44
5. Григорьева И.В. Клинико-психопатологические и социально-психологические особенности у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / И.В. Григорьева, С.А. Игумнов // Российский психиатрический журнал. – 2009. - №1 - С.73-76
6. Гульдман В. В., Назаренко Ю.В. Психологическая служба в системе здравоохранения: состояния и перспективы// вопросы психологии. – 1991. - №3., с.5-9.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс, 1999. — 587 с.

НОРМАЛЬНЫЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ НАРЦИССИЗМ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ

Завгородняя И.В., Лемешко А.А.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Воронежский государственный университет», Воронеж,
Россия**

Актуальность. Феномен нарциссизма в современном обществе приобретает особую актуальность. В последнее время в социуме нарциссизм завуалировано представлен как востребованная характеристика личности, без которой можно затеряться и показаться слабым, что неосознанно подталкивает людей к развитию нарциссических черт. Стремясь быть востребованным, человек сосредотачивается на достижении больших высот и демонстрации своих успехов, ориентируется на постоянную реализацию потенциала за счет расширения сфер собственной значимости. В подобных обстоятельствах нередко происходит заикливание на себе, что затрудняет установление социальных контактов и построение межличностных отношений.

Современное общество порождает человека нового типа, получившего название *Homo perfectus*, или Нарцисс, которое отражает безудержное стремление к богатству, успеху и власти [4]. Социум и культура навязывают людям идеальные стандарты, в соответствии с которыми человек становится успешным, лучшим по сравнению с другими. Значительную роль в этом играют информационные технологии (блоги, селфи-культура, форумы, социальные сети и т.п.), позволяющие человеку довольно легко демонстрировать конструируемый образ идеального Я. Последний часто существенно отличается от реального Я. Подобная практика самопрезентации дает возможность человеку некритично позиционировать себя как наделенного выдающимися способностями, а потому претендующего на сверхценное отношение окружающих и их восхищение. В таких случаях на первый план выходит сконструированный, искусственный персонаж, а не сущность человека.

Все больше исследователей говорят о появлении в современном обществе специфической культуры нарциссизма, так называемом «неонарциссизме» или «групповом нарциссизме» [2; 4; 5; 6; 7 и др.]. В отличие от традиционного понимания нарциссизма как самовлюбленности для нового нарциссизма характерны противоречивые нормы: с одной стороны, лихорадочная, безостановочная активность с повышенными ожиданиями, заикленностью на самом себе и на своих силах, а с другой стороны, фрагментарность «Я», нарушенная идентичность и безуспешность попыток заполнить внутреннюю пустоту. Это приводит к озабоченности человека саморазвитием, излишним стремлением к проявлению своей уникальности, на фоне чего наблюдается пренебрежение этикой и моралью во взаимодействии с другими людьми, манипулятивное поведение, трудности с установлением стабильных эмоционально открытых взаимоотношений, основанных на доверии и заботе друг о друге.

Происходящие социальные трансформации создают профессиональную потребность в пересмотре признаков патологического нарциссизма как проявления личностного расстройства, отличающих его от общественно стимулируемых к развитию черт личности, носящих ситуативный характер и ориентированных на соответствие модным тенденциям. Может ли нарциссизм быть нормальной характеристикой личности, не выводящей человека за пределы социальной

адаптации и не нарушающей его критическое отношение к себе, или он приобретает исключительно патологический характер, сопряженный с социальной дезадаптацией?

Цель исследования состоит в выявлении на основе анализа литературных источников дифференцированных признаков нормального и нарциссизма, проявляющихся в современных социальных условиях.

Первые упоминания термина «нарциссизм» относятся к началу XX века в контексте изучения Эго в рамках психоанализа. З. Фрейд предлагал различать первичный и вторичный нарциссизм [8]. Первичный нарциссизм является проявлением нормального развития человека в младенческом возрасте, характеризуясь тем, что ребенок видит самого себя во всем окружающем мире, и, прежде всего, в матери. Поскольку все внимание взрослых сосредоточено на нем, то у младенца возникает ощущение, что он всемогущий и способен управлять миром. По мере развития психики ребенка у него формируется адекватное самовосприятие, самооценка и объективное отношение к окружающему миру, на фоне чего первичный нарциссизм теряет свою актуальность.

Однако в случае нарушений психического развития или психологической травматизации в раннем детстве формируется вторичный нарциссизм. Согласно З. Фрейду [8], данный вид нарциссизма приобретает негативное значение, поскольку носит патологический характер. Вторичный нарциссизм становится устойчивой чертой личности, проявляющийся в исключительной сосредоточенности на себе, преувеличении своих возможностей и обесценивании других людей.

Причины формирования вторичного нарциссизма как патологического проявления личности большинством исследователей прослеживаются в отношении родителей к ребенку и его воспитании в период от 8 до 15 месяцев [1].

Мать, как правило, доминирующая, низко эмпатийная, слишком рано и чрезмерно настойчиво предъявляет социальные требования к ребенку, не обращая внимания на потребности и чувства малыша. Требовательность матери может быть обусловлена ее стремлением реализовать свои собственные неосуществленные мечты через ребенка.

Отец в подобной семейной структуре реально или эмоционально отсутствует. В силу этого он не может дать матери ощущение безопасности, стабильности и доверия, что нарушает установление гармоничных отношений в системе «мать-ребенок». Ребенок бессознательно вместе с матерью переживает ее раздражение и душевный дискомфорт, что обостряет у него переживание чувства отверженности и собственной ненужности [1].

В таких условиях ребенок вынужденно подавляет свои переживания, основу которых составляет «первичное чувство вины» и низкая самооценка на фоне большой индивидуальной ответственности. В результате собственная личность ребенка заменяется тем сконструированным образом, который ожидают видеть его родители, и к которому он будет безрезультатно стремиться в течение своей последующей жизни. Становясь взрослым, человек выстраивает свой социальный образ в соответствии с ожиданиями окружающих и привычно подавляет свои истинные чувства [1].

Основными причинами формирования нарциссизма выступают: 1) нарушения внимания к желаниям и решениям человека; 2) отсутствие справедливого отношения к нему со стороны другого; 3) отсутствие признания ценности человека значимым другим [1; 3; 7].

Дальнейшие исследования нарциссизма сосредоточились на его проявлениях у взрослого человека. Традиция трактовки нарциссизма как нормы и патологии

возникла в 1970-е годы в работах психоаналитика Г. Розенфельда и продолжилась О. Ф. Кернбергом [3]. В 1968 году американские психиатры выделили патологический нарциссизм в нарциссическое расстройство личности (НРЛ). Американская классификация болезней DSM IV определила нарциссическое расстройство личности как всеобъемлющий паттерн грандиозности (в фантазиях или поведении), потребности в восхищении и недостаточной способности к эмпатии, начинающийся в юности. Согласно принятой в последнее время в США классификации болезней DSM V, нарциссическое расстройство личности относится к кластеру В, проявлениями которого является эмоциональное, неустойчивое и драматическое поведение индивида [6]. В МКБ-10 нарциссическое расстройство личности представлено в разделе F 60 Специфические расстройства личности в части F 60.8 Другие специфические расстройства личности и называется самовлюбленная (нарциссическая) личность.

Анализ исследовательских работ [3; 5; 7] позволяет рассматривать нарциссизм как континуум проявлений:

1) от наличия нарциссических черт в структуре взрослой личности, которые обеспечивают ее стремление к самореализации, к социальной успешности, к достижениям и признанию. Подобные отдельные черты рассматриваются как проявления нормального (здорового, оптимального) нарциссизма, основанного на стабильности Образа Я, способности принимать требования социума, сформированных морально-этических ценностях. Он является адаптивным способом регуляции самооценки и самоотношения. Нарциссические черты личности могут усиливаться в кризисные периоды ее развития. Однако в целом они не нарушают социальную адаптацию человека, способствуя его адекватной перестройке отношения к себе в изменившихся социальных обстоятельствах. Такой нарциссизм обеспечивает выживание человека;

2) до крайне выраженных, заостренных черт личности, приобретающих форму патологии, определяемых термином «нарциссическое расстройство личности». Оно характеризуется деформацией Образа Я, диффузной идентичностью, сопряженной с полярностью и уязвимостью самооценки, неустойчивым отношением к общественным ценностям и наличием своей системы морали, ощущением собственной уникальности, грандиозности и негативными проекциями на других людей. Такой нарциссизм называется патологическим и нарушает социальную адаптацию личности, излишне возвеличивая ее и обособляя в своем уникальном, иллюзорно самодостаточном мире.

В основе патологического нарциссизма находится страх перед жизнью в обществе [1; 4], поскольку не осуществлен процесс поиска и обретения своей внутренней сущности, а, следовательно, не достаточно сформированы функции Я. Противоречивость личности с патологическим нарциссизмом многоаспектна: между ограничением и открытостью, между уязвимостью и грандиозностью, между представлением о себе как об исключительной личности и болезненными переживаниями неполноценности, между зависимостью от общества и стремлением освободиться от этой зависимости [1; 5].

В современных условиях доминирования ценностей эпохи потребления и необходимости более активного самопродвижения в социуме как показателя социальной адаптации личности признаки нормального нарциссизма, на наш взгляд, приобретают более выраженную степень, но все-таки отличаются от патологического нарциссизма. Можно проследить следующие актуальные проявления нормального нарциссизма:

- 1) выделение своих реальных достижений и придание им адекватной ценности, удерживание от переоценки своей роли в происходящем;
- 2) сохранение самооценки независимо от позитивных или негативных оценок других людей;
- 3) признание ценности других людей, их достижений, интереса к их пути самореализации без стремления включиться в соревнование ради подтверждения собственного превосходства;
- 4) принятие критики в свой адрес без ее агрессивного отвержения и самостоятельное определение целей и путей дальнейшего саморазвития;
- 5) активное самовыражение в разных сферах жизнедеятельности при отсутствии стремления переделать окружающий мир под свои потребности и ожидания;
- 6) включение во взаимодействие с людьми и социумом, интерес к ним с возможностью ухода от дискомфортного общения без агрессии и/или чувства вины;
- 7) способность пересматривать тиражируемые идеалы социальной успешности через призму собственных ресурсов и выстраивать индивидуальные приоритеты в жизни;
- 8) открытость собственным эмоциям как основным показателям своих истинных потребностей, восприятие и понимание эмоциональных нюансов, отсутствие стремления к быстрым, поверхностным эмоциональным реакциям;
- 9) способность к логичности размышлений и объективности интерпретации окружающей реальности, основанных на возможности децентрироваться и рассматривать происходящее с разных сторон;

Выводы

Таким образом, нарциссизм играет важную роль в жизни человека и является его неотъемлемой частью. В последнее время в обществе создаются более благоприятные условия для его развития и проявления, поскольку стремление к успешности и уникальности позиционируется как особая социальная ценность и утверждается идеология превосходства.

Отличия нормального и патологического нарциссизма позволяют проследить его позитивное и негативное влияние на личность. Если нормальный нарциссизм способствует социальной адаптации, обеспечивая безопасное существование, и является движущей силой для самореализации, то патологический нарциссизм носит разрушительный характер для личности и ее социального взаимодействия. В современных условиях проявления нормального нарциссизма становятся более выраженными, что создает необходимость их дифференциации от патологического нарциссизма.

Список литературы

1. Аспер, К. Психология нарциссической личности. Внутренний ребенок и самооценка / К. Аспер. – Москва : «Добросвет», «Изд-во КДУ», 2015. – 366 с.
2. Заковоротная, М. В. Идентичность человека. Социально-философские аспекты : автореф. дис. ... док. филос. н. / М. В. Заковоротная. – Ростов-на-Дону, 1999. – 31 с.
3. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг. – Москва : Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
4. Напсо, М. Д. концепция социального нарциссизма Э. Фромма и современность / М. Д. Напсо // Известия СКГА. – 2019. – № 1. – С. 2–8.

5. Польшкая, Н. А. Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самоотношения в молодежной выборке / Н.А. Польшкая, Ю. А. Соловьянова // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Том 8., № 4. – С. 74–92.

6. Пономарев, И. А. Нарциссическое расстройство личности: феноменология и диагностические критерии в МКБ-11 / И. А. Пономарев, Л. Т. Баранская // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : Материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий, Екатеринбург, 08–09 апреля 2021 года. Том 2. – Екатеринбург: ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», 2021. – С. 667–671.

7. Соколова, Е. Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен / Е. Т. Соколова // Вопросы психологии. – 2009. – № 1. – С. 67–80.

8. Фрейд, З. Очерки по психологии сексуальности / З. Фрейд. – Минск : БелСЭ, 1990. –361 с.

ОСОБЕННОСТИ СОБЫТИЙНОГО КОНТЕКСТА ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ «ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ»

И.Н. Земзюлина

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

Актуальность. Проблема бесплодия не теряет своей актуальности, несмотря на достижения современной медицины. Сегодня известны разные формы нарушения репродуктивной функции женщин. Существует множество причин и факторов бесплодия, также выделяют различные его виды. В центре нашего внимания вторичное бесплодие у женщин репродуктивного возраста. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вторичное бесплодие определяется как "неспособность женщины родить ребенка из-за ее неспособности либо забеременеть, либо доносить и родить живого ребенка" уже после того, как у нее либо была предыдущая беременность, либо она смогла ранее доносить и родить живого ребенка. Поэтому, тех женщин, у которых происходит спонтанный выкидыш или рождается мертвый ребенок, но при этом у них была предыдущая беременность или они смогли ранее доносить и родить живого ребенка, можно назвать "вторично бесплодными". На формирование любого вида бесплодия оказывают влияние множество факторов.

Целью исследования выступило изучение событийного контекста жизненного пути у женщин репродуктивного возраста с диагнозом «вторичное бесплодие».

Материалы и методы.

1. Структурированное интервью;

2. Психодиагностические методы:

– тест «Смыслжизненные ориентации» Д.А. Леонтьева;

3. Проективные методы:

– проективная методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте, разработанном Т.Д. Василенко.

Результаты. Мы предположили, что контекст жизненного пути личности влияет на развитие вторичного бесплодия. В результате статистической обработки по критерию χ^2 Пирсона проективной методики исследования жизненного пути личности «Линия жизни» Т.Д. Василенко, нами получены статистически значимые различия при $p\text{-level}=0,028$.

Анализируя события в сфере здоровья у женщин с диагнозом «вторичное бесплодие», мы можем отметить, что они более ориентированы на состояние своего здоровья, чем женщины с нормально протекающей первой беременностью. Можно сказать, что ситуация вторичного бесплодия является сенситивной для рефлексии событий, связанных со своим здоровьем. Следует отметить, что вторичное бесплодие для женщины несёт особый смысл, а установка на неспособность реализации себя как матери впервые или во второй раз накладывает отпечаток на весь её жизненный путь и личность в целом.

Контекст жизненного пути влияет на особенности переживания диагноза «вторичное бесплодие» у женщин в настоящий момент времени, трансформируя жизнь женщины в негативном ключе. Жизненный путь личности наполняется негативным смысловым переживанием ситуации невозможности реализации материнской роли, переживаниями относительно состояния здоровья, снижением перспективы жизни и ориентацией на прошлое.

При анализе смыслового компонента переживания ситуации вторичного бесплодия нами получены различия между группами женщин с нарушением репродуктивной функции и нормой по параметрам теста СЖО Д.А.Леонтьева.

Полученные статистически значимые различия по большинству показателей осмысленности жизни у женщин в ситуации нарушения репродуктивной функции значительно ниже, чем у женщин с нормально протекающей первой беременностью. У женщин с вторичным бесплодием средние показатели по общей шкале

«осмысленность жизни», а также по шкалам «процесс жизни», «результат жизни» и «цели в жизни» ниже, чем у беременных женщин. Таким образом, неспособность к дальновидному планированию собственной жизни, сверхконтроль, детерминируют принятие нарушения репродуктивной функции как наказание за собственные промахи и ошибки. Женщина, принимая свой диагноз как «наказание судьбы», ощущает собственное бессилие в сложившейся ситуации. Это, в свою очередь, приводит к тому, что она не видит себя в будущем в роли матери, происходит трансформация ценности материнства как таковой. Мы делаем вывод о том, что смысловая сфера женщин с диагнозом «вторичное бесплодие» менее наполнена смысловым содержанием, характеризуется отсутствием целей и перспектив.

У женщин со вторичным бесплодием показатель «Локус контроля – Я» ниже, чем у женщин с нормально протекающей беременностью. Таким образом, у женщин с нарушением репродуктивной функции отмечается тенденция к контролю своей жизни, свободе выбора, в отличие от женщин с нормально протекающей беременностью. Женщины в ситуации вторичного бесплодия убеждены, что их жизнь неподвластна контролю. Они воспринимают жизненные события как судьбоносные, предпочитают жить настоящим. В целом, женщины с данным диагнозом в большей степени склонны брать ответственность за события своей жизни на себя, анализируя свой прошлый опыт, они с осторожностью ставят цели и строят планы на будущее.

При исследовании временного компонента переживания ситуации вторичного бесплодия с помощью методики «Линия жизни» Т.Д. Василенко, нами получены значимые различия по таким параметрам жизненного пути личности как «Точка настоящего» и «Временная ориентация на прошлое», при $p\text{-level} = 0,003$ и $p\text{-level} = 0,041$.

Точка настоящего – это показатель, который отражает текущий отрезок жизненного пути личности женщины. Анализируя результаты, можно говорить о том, что женщины с диагнозом «вторичное бесплодие» склонны оценивать свою жизненную ситуацию на данный момент времени более негативно, чем женщины, чья первая беременность протекает без осложнений. Таким образом, негативный опыт беременности, ситуация невозможности реализации социальной роли матери сказывается на оценке точки настоящего, которое характеризуется низким аффективным зарядом. Женщина с нарушением здоровья репродуктивной сферы озабочена своим состоянием, поэтому видит свою жизнь негативных тонах.

Таким образом, временной компонент переживания ситуации вторичного бесплодия имеет особенности, которые заключаются в том, что в структуре жизненного пути женщин с нарушением репродуктивной функции обнаруживается больший удельный вес событий прошлого по сравнению с женщинами, чья первая беременность протекает без осложнений, что говорит о выраженной ориентации на прошлое и меньшей ориентации на будущее. Женщины, имеющие диагноз «вторичное бесплодие» не ставят долгосрочные цели, предпочитают жить прошлым опытом, ориентированы на прошлое в целом, при том, что настоящее в большей степени окрашено в негативные тона. Анализируя свой жизненный путь, женщины с нарушением репродуктивной функции, склонны большее значение придавать событиям прошлого, где они находят причины своего репродуктивного неблагополучия.

Выводы

1. Контекст жизненного пути личности выступает фактором нарушения репродуктивной функции у женщин, имеет специфические особенности у женщин с диагнозом «вторичное бесплодие» и характеризуется значительным сужением перспективы будущего, низким эмоциональным зарядом настоящего этапа жизненного пути, а также переживанием наиболее негативных событий собственной жизни, которых значимо больше, чем событий будущего.

2. Переживание ситуации вторичного бесплодия у женщин репродуктивного возраста выступает фактором нарушения репродуктивной функции и представлено смысловым и временным компонентами. Смысловая сфера женщин с нарушения репродуктивной функции менее наполнена смысловым содержанием, характеризуется отсутствием целей и перспектив, снижением общей осмысленности.

У женщин с вторичным бесплодием отмечается низкая смысловая наполненность жизни. Временной компонент переживания характеризуется негативным отношением к будущему, повышенной ориентацией на негативное прошлое и «застреванием» на ситуации нарушения репродуктивного здоровья.

Список литературы

1. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопросы психологии. 2002. №3. С.110-118.
2. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – К.: КГУ, 2009. - 26 с.
3. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. //Вопросы психологии. 2001. №2. С.22 – 37.
4. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новые области исследования в психологии, электронное периодическое издание 1/2010 «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы».

**УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ И ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ,
СТРАДАЮЩИМ ОТ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-
ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В
ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ И СОВРЕМЕННЫХ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Зинков В.Ю., Кузина С.А. Потапова Е.А.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения, Санкт-Петербург,
Россия**

Актуальность. По данным ВОЗ, на данный момент туберкулез является второй по значимости причиной смерти от инфекционных заболеваний после COVID-19 [3]. Несмотря на существующие методы профилактики и лечения, данное заболевание остается крайне распространенным и опасным. Климатические особенности Санкт-Петербурга и Ленинградской области делают туберкулез серьезным профессиональным риском, поскольку повышают вероятность заражения вне зависимости от сферы деятельности человека.

Больные туберкулезом часто подвержены социальной дезадаптации и осуждению по причине недостаточной осведомленности населения о данном заболевании [1]. Негативные, неадекватные представления о болезни могут стать причиной чрезмерной, необоснованно жесткой реакции со стороны коллег и начальства больного, сделать опыт болезни и лечения крайне травматичным. Всё вышеуказанное делает туберкулез важной мишенью для программ улучшения профессионального здоровья личности. Понимание уровня осведомленности населения о социально значимых заболеваниях играет немаловажную роль при изучении вопросов, связанных с профессиональной психогигиеной и психопрофилактикой, а также формированием отношения к людям с диагнозом. Изучение психологических особенностей интериоризации социальных представлений о туберкулезе может способствовать разработке адресных программ информирования, снижения стигматизации и повышения качества проводимых психопрофилактических и психогигиенических мероприятий [2].

Цель исследования – определить степень осведомленности жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области о туберкулезе, их отношение к туберкулезу и людям, болеющим им.

Материалы и методы. Сбор данных происходил с помощью очного и заочного стандартизированного анкетирования. Авторская анкета из 23 вопросов включала следующие блоки: общая информация о респонденте (вопросы 1-5: пол, возраст, сфера деятельности, уровень образования, наличие несовершеннолетних детей), отношение испытуемого к болезни (9 – оценка эмоциональных переживаний, которое вызывает туберкулез, 11 – туберкулез – болезнь только, 17 – ваше отношение к больным туберкулезом), общая осведомленность о болезни (8 – является ли туберкулез опасным для жизни заболеванием, 10 – способы распространения туберкулеза, 12 – симптомы туберкулеза, 13 – излечим ли туберкулез, 14 – согласны ли вы, что лечение от туберкулеза должно быть длительно, 15 – что будет, если туберкулез не лечить, 16 – обязательно ли изолировать больного, 19 – опасен ли туберкулез для детей, 20 – нужно ли обследовать детей на туберкулез, 21 – что дает вакцинация детей против туберкулеза вакциной БЦЖ), озабоченность собственным здоровьем (18 – обязательно ли обследовать людей на туберкулез, 22 – как часто вы делаете флюорографию).

Были проанализированы: общая осведомленность о болезни, отношение к заболеванию, людям, от него страдающих, вакцинам и профилактическим мероприятиям, озабоченность собственным здоровьем. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.4.1.2.

В анкетировании приняли участие 496 женщины и 246 мужчины. Основная часть - лица 24-34 лет с высшим образованием.

Результаты. 41,9% респондентов оценивают свой уровень осведомленности о туберкулезе как «средний», 35,7% — как «низкий». Не выявлено различий в уровне осведомленности в зависимости от пола, возраста, уровня образования респондентов и сферы деятельности. Выявлены различия в зависимости от наличия у респондентов несовершеннолетних детей. Так, участники, имеющие детей, считают, что туберкулез опасен для детей, в той же мере, как и для взрослых и даже сильнее ($p=0,012$), и необходимо ежегодно проводить обследования детей ($p=0,012$). Они также выше оценивают свою информированность о данном заболевании ($p<0,001$) и более регулярно делают флюорографию ($p=0,047$), что может говорить о большей осознанности и повышенном чувстве ответственности за свое здоровье и здоровье ребенка.

87% респондентов положительно относятся к профилактике туберкулеза для взрослых в виде флюорографии. Также отмечалось, что регулярно проходят обследование на наличие туберкулеза люди, от которых это требуется на работе, и практически не охвачены профилактическими мероприятиями самозанятые, безработные и работники в частных компаниях.

Молодые люди, не имеющие детей, склонны сомневаться в пользе вакцины БЦЖ ($p<0,001$), что может быть связано как с низкой осведомленностью о её пользе, так и с высоким уровнем тревоги, вызываемой большим количеством информации о вреде вакцин и вакцинации [2]. Не менее важен фактор опыта: многие молодые люди не сталкивались с вакциной БЦЖ в сознательном возрасте, потому не имеют о ней достаточной информации и судят, скорее исходя из общего представления о вакцинах. Анализ шкал эмоциональных переживаний, связанных с туберкулезом, показал, что в целом большинство не испытывают отвращение, презрение, стыд и вину, что может говорить об отсутствии негативного отношения к пациентам с данным заболеванием. Сильное отвращение (оцениваемое в 4-5 баллов) испытывают около 14% испытуемых, презрение - 6%, стыд - 6%, вину - 5%.

На вопрос «Туберкулез — это болезнь только...» подавляющее большинство респондентов (около 94%) дали ответ «Любой может заболеть». Некоторые испытуемые отвечали на вопросы неоднозначно: одновременно выбирали варианты «Любой может заболеть...» и «Туберкулез — болезнь только...». Сравнивая ответы, данные представителями разного пола, было обнаружено, что 14,2% мужчин считают туберкулез — болезнью только заключенных, тогда как женщины только в 7% случаях отвечали подобным образом.

Самым распространенным стереотипом о заболевании оказалось утверждение «туберкулез — болезнь только заключенных».

Выводы.

1. Выявлена недостаточная информированность взрослого населения о туберкулезе: способах заражения, путях передачи, особенностях протекания и лечения.

2. При положительном отношении к профилактическим мероприятиям в целом, более 40% респондентов нерегулярно проходят обследования на туберкулез.

3. Существуют различия в представлении о заболевании и отношении к профилактическим мероприятиям в зависимости от наличия детей.

4. Около 14% опрошенных испытывают сильное отвращение по отношению к заболеванию туберкулез.

5. Подавляющее большинство респондентов (94%) считают, что любой может заразиться туберкулезом, что говорит о низком общем уровне стигматизации людей, страдающих от данного заболевания.

6. Необходима разработка профилактических программ, направленных на повышение осведомленности и приверженности профилактическим мероприятиям с учетом возрастных особенностей и семейного статуса.

Благодарность.

Выражаем благодарность кафедре фтизиатрии СПбГПМУ и лично заведующей М.Э. Лозовской за помощь в создании анкеты и подготовку к исследованию.

Список литературы

1. Гечас А.А., Шалин В.В., Сараева А.К., Голикова А.С. Поствакцинальные осложнения прививок против туберкулеза у детей // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – No 1. - С. 46 ;URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30508> (дата обращения: 09.03.2024).

2. Пьянзова Т.В. Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом при неблагоприятном прогнозе и течении заболевания в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции: дис. доктор наук мед. наук: 14.01.16, 19.00.04. - Кемерово, 2020. - 323 с.

3.Туберкулез // Всемирная организация здравоохранения URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (дата обращения: 01.03.2024).

ТЕОРИЯ ГУМАНИТАРНОГО УПРАВЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Зубов С.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель данной публикации – выразить отношение автора, как специалиста по гуманитарному управлению, к некоторым проблемам нашего народа, общества, социума, явно или неявно присутствующим в нашей жизни в течение длительного времени. Автор уже в течение нескольких лет развивает теорию гуманитарного управления, предлагая и теоретикам, и практикам применять разрабатываемые подходы к социальным, жизненным задачам, возникающим в нашем социуме. Если говорить совсем коротко, гуманитарное управление – это просто правильное, справедливое управление большими и малыми группами людей, и даже отдельными индивидами, максимально учитывающее интересы всех сторон, участвующих в управлении. В противоположность привычной всем нам административно-командной, авторитарной системе управления. На основании публикаций [1-2] можно достичь некоторого понимания содержания теории гуманитарного управления. Вот в своей недавно подготовленной к печати работе автор осуждающе высказывался по поводу некоторых массовых жизненных стереотипах поведения сограждан. Например, критике были подвергнуты такие массовые привычки и стили поведения, как просмотр завлекательных сериалов по телевизору и увлечение компьютерными играми, и еще плюс к тому же на фоне легкого (или не очень) алкогольного опьянения. Некоторое время спустя, поразмыслив, почему так происходит, почему в нашем обществе люди считают такое поведение нормой, а не исключением, автор пришел к следующим сначала вроде бы и неочевидным выводам. Да это мои сограждане спасаются от стресса, от нервного перенапряжения, это они релаксируют в домашних условиях, без использования каких-либо лекарств, препаратов и без того, чтобы пользоваться услугами медицины. Просто отдыхают, как могут, в той степени эффективности, качества и продвинутости, какую они себе могут позволить. Проще выражаясь, в соответствии со степенью своего развития, своей культуры, своего образования, а также в соответствии со своими доходами. То есть автор пришел к выводу, что не нужно осуждать такое поведение сограждан, надо сначала понять, каковы причины. Но, рассматривая этот вопрос более масштабно, и по количеству «действующих лиц», и по продолжительности, автор пришел к тому выводу, что нужна подвижка в сторону большей цивилизованности указанных процессов «релаксации». Иначе и впрямь можно скатиться в дикость, в деградацию, в процессы, которые в последнее время принято называть «расчеловечиванием».

Затронем здесь еще один аспект такого «народного» способа противодействия стрессу и другим подобным заболеваниям. Есть ведь еще так называемые «наши меньшие друзья» или «наши меньшие братья». Имеется ввиду домашняя живность. В основном в городских условиях это собаки и кошки, с общей со своими хозяевами территорией проживания. То есть хозяева содержат этих своих питомцев в тех же квартирах, где и сами проживают. Наличие этой живности, уход за ней, кормление, уборка и кажущееся общение с ней вносят некоторый вклад в антистрессовую, антикризисную профилактику духовного состояния хозяев. Мы пишем здесь термин «кажущееся общение», потому что у этой живности нет интеллекта, а также того, что мы называем «душой». Хозяева кошек и собак, наблюдая своих питомцев, переносят свои качества, свои свойства на этих своих подопечных. Ну не может собака быть «доброй», «внимательной», «отзывчивой», «ласковой». Это все человеческие

свойства, это качества какого-то человека, которые хозяин переносит в своем воображении на своего питомца. У собаки только рефлексы и инстинкты, разума, воображения и души нет. Автор вообще негативно относится к наличию в городских квартирах такой живности, для которой в деревенских условиях есть будка на улице или сеновал в сарае. Но поскольку это все-таки лучше, чем алкоголизм или наркомания, придется эту ситуацию принять.

В процессе подготовки данного материала удалось найти очень полезные источники информации, содержащие, в частности, жизненные советы по поведению, по отношению к происходящему вокруг, а также по восстановительным действиям, целью которых является выход из ситуации стресса. Очень хорошая, полезная статья [3]. У этой статьи коллективный автор, и писалась она, по-видимому, в основном иностранцами. Тем не менее, приведенные там советы годятся и для наших российских условий. Автор дает совет заинтересовавшимся читателям больше внимания уделить российскому медицинскому portalу MEDПОРТАЛ, там много подробной и хорошо изложенной информации о предмете, причем по содержанию она вполне доступна лицам, не имеющим медицинского образования. Например, статья [4], там пишется про депрессию и про стресс вполне научно, но в то же время языком понятным и не медикам.

Какие же наши предложения с точки зрения подходов теории гуманитарного управления? Ну раз наши люди в массовом порядке и так смотрят телевизор, предлагается организовать в каждом крупном городе, где есть свой местный телеканал, ежедневную (или реже) часовую передачу (беседу, лекцию) проводимую местными врачами, медиками, специалистами по указанным заболеваниям. Это чтобы было больше доверия к их словам. И при желании любой зритель этой передачи мог бы записаться на прием к этим ведущим передачи врачам. Такая просветительская работа будет очень уместной, и конечно же, принесет огромную пользу. Большинству наших сограждан очень трудно заставить себя сесть за компьютер или за книгу в поисках ответов на вызовы, на сигналы своего организма. Скорее всего, это происходит в вынужденной ситуации, когда не действовать, не реагировать уже будет невозможно. Но лучше не дожидаться удара клювом в голову со стороны «жареного петуха», поэтому предлагается такая массовая просветительская работа.

Несомненно, возникнет финансовый вопрос – кто и как эту просветительскую деятельность будет финансировать? Если телеканал частный, владелец телеканала потребует оплаты эфирного времени, Также нужно учесть необходимость выплаты гонорара ведущим занятия врачам. Если телеканал муниципальный, может быть, они выпустят передачи в эфир и бесплатно (как благотворительная деятельность администрации города или администрации губернатора, если этот город – областной или краевой центр). Насчет оплаты лекций-бесед ведущим передачи специалистам-медикам нужно обратиться в отдел здравоохранения в ту же упомянутую администрацию. Скорее всего, у них есть статьи расходов на такую деятельность.

Подведем некоторые итоги всему вышеизложенному. Строго говоря, мы (наш народ, население страны) находимся (не много, ни мало) под постоянными ударами Жизни, под постоянным жизненным стрессом, выбросами (отдельными явными случаями) занимаются уже профессионалы, врачи-медики. Остальным нам всем (у кого случай не медицинский), нужно уж самостоятельно заботиться о своем психическом здоровье. Для этого в нашем социуме есть все возможности.

Список литературы

1. Зубов С.В. Некоторые вопросы гуманитарного управления процессом образования // Национальная научно-практическая конференция «Образование. Транспорт. Инновации. Строительство»: сборник трудов конференции (Омск, 19-20 апр. 2018 г.). Омск, 2018. С. 669-673.
2. Зубов С.В. Размышления об улучшении качества жизни как о задаче гуманитарного управления // Труд в современной российской экономике: социальное измерение. Сборник трудов форума «IV Санкт-Петербургский международный форум труда». (СПб., 27-28 февр. 2020 г.). СПб., 2021. С. 64-82.
3. Как справиться со стрессом // Статья на сайте wikiHow, интернет-ресурс: <https://ru.wikihow.com/справиться-со-стрессом> (дата обращения: 30.04.2024).
4. Смирнов А.А. Депрессия: лечиться или само пройдет. 18.06.2020 // Статья на сайте МЕДПОРТАЛ, интернет-ресурс: <https://medportal.ru/enc/psychology/reading/15/> (дата обращения: 30.04.2024).

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ КГМУ

Ивенков М.П., Левченко Е.В.

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

Актуальность. Депрессия относится к числу самых распространенных расстройств, встречающихся в практике первичной врачебной помощи, и является серьезной медико-социальной проблемой. В настоящее время нераспознанное и нелеченное депрессивное расстройство признается серьезной проблемой общественного здоровья, поскольку около половины всех случаев депрессивных расстройств не распознается ни врачом, ни пациентом. Депрессивные состояния являются наиболее частой формой психической патологии у пациентов, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети. В некоторых случаях депрессивное расстройство может быть как проявлением самого соматического заболевания, так и реакцией личности на болезнь. Кроме того, депрессия может способствовать развитию соматического заболевания, а также утяжелить течение основного заболевания и ухудшить его прогноз [1-3].

Цель исследования – оценить распространенность и степень тяжести депрессивных расстройств в студенческой среде КГМУ.

Материал и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование среди студентов разных факультетов КГМУ. В состав респондентов вошли 1041 человек – 25% мужчин и 75% девушек. Для оценки депрессивных расстройств использовались вопросы, отобранные на основе шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ осуществлялся в программах «Statistica 13.1».

Результаты исследования. Распределение по форме обучения выглядит следующим образом – 743 студент бюджетной формы обучения (71%) и 298 студент коммерческой формы обучения (43%).

В ходе анализа встречаемости депрессивных состояний было зарегистрировано, что у 758 опрошенных (72,8%) нет подобных психоэмоциональных нарушений. У 178 студентов (17,1%) выявлены субклинически выраженная депрессия, в то время как у 105 обучающихся (10,1%) – клинически выраженная депрессия. Максимальный балл был зафиксирован у 2 человек.

Оценивая частоту встречаемости депрессии в студенческой среде КГМУ среди мужчин и девушек, были выявлены следующие закономерности: у девушек субклинически выраженная депрессия регистрировалась в 17,9% случаев, в то время как у мужчин подобные отклонения – в 16,8% случаев. Клинически выраженная депрессия была зафиксирована у 10,2% представительниц женского пола, тогда как у мужчин данный показатель был равен 9,8%. Статистически значимые различия в распространенности субклинической и клинической форме депрессии между мужчинами и женщинами выявлено не было ($p=0.05$).

У 17,2% обучающихся бюджетной формы обучения выявлена субклинически выраженная депрессия, в то время как у обучающихся коммерческой формы это показатель был более чем в 2 раза ниже составил 8%. При этом клинически выраженная депрессия встречалась у 10,4% бюджетных и 9,4% коммерческих студентов. Однако указанная разница в субклинической и клинической формах депрессии между студентами бюджетной и коммерческой формах обучения статистически не значима ($p=0.05$).

Анализируя взаимосвязь между академической успеваемостью и уровнем депрессии мы получили следующие результаты: 15,8% студентов, оценивающих свои знания на «отлично» и «хорошо», имеют субклиническую форму депрессии, в то время как 5,9% – субклиническую форму. При этом у студентов, обучающихся на «хорошо» и «удовлетворительно», субклинически выраженная депрессия была выявлено в 19,7% случаев, а клинически выраженная депрессия – в 13,7% случаев ($p=0.05$).

Выводы. В ходе исследования были выявлены следующие закономерности: более 27% опрошенных имеют депрессивные расстройства, при этом у 0,2% регистрировался максимальный уровень депрессии. Связи между полом и степенью распространенности депрессивных состояний зафиксировано не было ($p=0.05$). Субклинически выраженная депрессия встречается в 2 раза чаще у студентов бюджетной формы обучения. Студенты с оценками «хорошо» и «удовлетворительно» более подвержены депрессии ($p<0.01$). У студентов клинических кафедр (4-6 курсы) отмечается снижение показателей депрессии по сравнению с показателями студентов, обучающихся на доклинических кафедрах (1-3 курсы).

Список литературы

1. Кузнецова В. Б. и др. Роль личности и стресса в развитии депрессивных расстройств у студентов //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2016. – Т. 116. – №. 12. – С. 114-118.
2. Москаленко О. Л. и др. Депрессивные расстройства среди обучающихся медицинских высших учебных заведений //Russian Journal of Education and Psychology. – 2021. – Т. 12. – №. 4-2. – С. 382-390.
3. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Ильина Е. С. Психопатологическая характеристика и профилактика тревожно-депрессивных расстройств у студентов медицинского ВУЗа //Психическое здоровье. – 2020. – №. 4. – С. 56-62.

СВЯЗЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Казумова А.Б.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Актуальность. С каждым годом появляется все больше свидетельств того, что мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни положительно коррелируют с улучшением психического здоровья людей и их самочувствия.

Цель. Целью данного исследования явилось изучение влияния мероприятий по ведению здорового образа жизни на психическое благополучие.

Материалы и методы. Был проведен компьютерный поиск литературы с использованием баз данных PubMed, EMBASE, Medline, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar и Web of Science по ключевым словам, внимание сосредоточено на вмешательствах в образ жизни и результатах в области психического здоровья и благополучия. Исследования, которые соответствовали критериям и являлись проспективными, многоцентровыми и рандомизированными, были систематически изучены.

Введение. Здоровый образ жизни – это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде и активное долголетие.

Здоровье – это состояние полного духовного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

По данным Всемирной организации здравоохранения люди осознают важность здоровья, но, несмотря на это, по-прежнему ведут нездоровый образ жизни. В Европе 26% взрослых курят, почти половина (46%) никогда не занимаются спортом, 8,4% ежедневно употребляют алкоголь и более половины (51%) имеют избыточный вес. Такое нездоровое поведение было связано с неблагоприятными последствиями для здоровья, такими как ранний риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, респираторных заболеваний, заболевания опорно-двигательного аппарата и психических расстройств.

Нестабильное психическое здоровье является серьезной проблемой общественного здравоохранения, особенно у подростков. Половина всех проблем с психическим здоровьем начинается к 14 годам, что делает подростковый возраст решающим периодом для укрепления психического здоровья. По статистическим данным, во всем мире 10-20% подростков испытывают эмоциональные проблемы (определяемые как проблемы с психическим здоровьем с явными, чрезмерными и стойкими признаками депрессии, тревоги, паники, фобии или других эмоциональных проблем), из которых 80,9% в возрасте от 2 до 18 лет не сообщают о них. Основанные на фактических данных методы лечения проблем психического здоровья, такие как психотерапия и фармакотерапия, являются краеугольным камнем медицинской помощи. Однако такие методы имеют свои ограничения: у большой группы пациентов были обнаружены лишь незначительные эффекты лечения, молодые люди часто неохотно обращаются за профессиональной помощью, лечение обходится дорого отдельным лицам и системам здравоохранения, и такие методы лечения могут иметь ряд нежелательных побочных эффектов. В этом контексте профилактика проблем с психическим здоровьем имеет первостепенное значение.

Результаты и обсуждение. Имеются убедительные фактические данные, что мероприятия по изменению поведения, нацеленные на физические результаты приносят пользу психическому благополучию как здоровых групп населения, так и лицам с проблемами физического или психического здоровья.

Несмотря на то, что связь между образом жизни и показателями здоровья была тщательно исследована, патогенетические механизмы, объясняющие наблюдаемые явления, еще не до конца поняты. Одним из возможных механизмов, который можно предположить, является биологическое старение.

В Бельгии ученым Hautekiet et al. проведено исследование, оценивавшее 739 участников с помощью молекулярно-генетических методов: полимеразная цепная реакция в реальном времени выявляла содержание митохондриальной ДНК, дополнительно регистрировался уровень лейкоцитов. Показатели психического здоровья и благополучия включали тяжелый психологический дистресс, жизнеспособность, удовлетворенность жизнью, самооценку здоровья, депрессивное и генерализованное тревожное расстройство и суицидальные мысли. Был создан и валидирован показатель образа жизни, включающий диету, физическую активность, статус курения, употребление алкоголя и индекс массы тела (ИМТ). Уровень лейкоцитов ассоциирован с хроническим воспалением организма, а изменения митохондриальной ДНК являются одним из наиболее значимых биомаркеров старения клеток. На группе достоверно показано, что увеличение показателя здорового образа жизни на один балл связано с более низкими шансами (в диапазоне от 0,56 до 0,74) для всех изученных параметров в области психического здоровья и с более низкой степенью альтерации митохондриальной ДНК, в то время как при психологическом стрессе и суицидальных мыслях степень альтерации достигла 4,62% и 7,83% соответственно.

В многоцентровом исследовании подростков в США установили связь между здоровым образом жизни и психическим здоровьем с помощью регрессионного анализа, а также подтвердили роль семейного достатка. Программы, которые помогают подросткам управлять своим психическим здоровьем путем улучшения повседневного поведения, расширяют возможности, способствуют дестигматизации и могут оказать большое влияние на популяционном уровне при низких затратах. У подростков было выявлено несколько модифицируемых факторов риска и защиты: достаточный сон и физическая активность, а также здоровое питание были связаны с лучшими показателями психического здоровья, такими как снижение уровня депрессии, беспокойства, стресса и более высокая самооценка; в то время как высокое потребление алкоголя и курение были связаны с менее благоприятными последствиями для психического здоровья, такими как более высокий психологический дистресс, депрессия, беспокойство и более низкая самооценка. Меньшая продолжительность сна достоверно (84,3%) связана с более низким уровнем психического здоровья по всем изученным показателям. Курение оказывало основное влияние на большее количество симптомов депрессии, тревоги и стресса в 73,4% случаев. Потребление алкоголя не было достоверно связано ни с одним из последствий для психического здоровья. Не было обнаружено влияния семейного достатка на психическое здоровье, но показано его значение как основного предиктора самооценки. Ежедневное потребление завтрака ассоциировано с улучшением психического здоровья по всем показателям (89,7%). Более высокие уровни физической активности показали значительный основной эффект только на один из показателей психического здоровья: снижение чувства депрессии (65%).

Выводы. Реализация стратегий по включению здорового образа жизни в повседневный рацион населения может быть полезна для общественного здравоохранения и может компенсировать негативное воздействие факторов стресса, связанных с окружающей средой. Однако необходимы дальнейшие ассоциативные и высококачественные исследования для формирования лучших возможностей в будущем.

Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека. Здоровье – это непереносимое условие благополучия человека и его счастья.

Список литературы

1. World Health Organization. 2021 Physical Activity Factsheets for the European Union Member States in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Ofce for Europe; 2021.

2. Incollingo Rodriguez AC, Polcari JJ, Nephew BC, Harris R, Zhang C, Murgatroyd C, Santos HP Jr. Acculturative stress, telomere length, and postpartum depression in Latinx mothers. *J Psychiatr Res.* 2022 Mar;147:301-306. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.01.063. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35123339; PMCID: PMC8882151.

3. Cerveira de Baumont A, Hoffmann MS, Bortoluzzi A, Fries GR, Lavandoski P, Grun LK, Guimarães LSP, Guma FTCT, Salum GA, Barbé-Tuana FM, Manfro GG. Telomere length and epigenetic age acceleration in adolescents with anxiety disorders. *Sci Rep.* 2021 Apr 8;11(1):7716. doi: 10.1038/s41598-021-87045-w. PMID: 33833304; PMCID: PMC8032711.

СТРЕСС В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Карселадзе Н.Д., Никанорова Е.С., Глибко К.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

В современном мире человек постоянно подвергается воздействию стресса. Стресс – это событие, которое вызывает биохимические, физиологические, психологические и поведенческие изменения. Это может быть воздействие окружающей среды, физическое насилие, негативные жизненные события. В зависимости от характера, продолжительности и воздействия на организм стресс разделяют на острый и хронический. Хронический стресс может быть не такими сильными, как острый, но при этом сопровождается более значительными изменениями в организме [1]. Стресс может приводить как к психическим, так и к физическим проблемам. Человек, испытывающий стресс, сталкивается с такими симптомами, как головные боли, проблемы со сном, боль в груди, приступы удушья, приступообразный кашель, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, изменения либидо [1, 2]. Со стрессом связывают развитие соматических заболеваний, таких, как стенокардия, сахарный диабет, бронхиальная астма, синдром раздраженного кишечника, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественные новообразования и др. [2]. Воздействие стресса запускает сложную физиологическую реакцию, с помощью которой организм преодолевает нежелательную физическую или психологическую ситуацию. Одной из задач преодоления воздействия стресса является поддержание гомеостаза. В реакцию на стресс участвуют нервная и эндокринная системы. Гипоталамус активирует вегетативную нервную систему, стимулирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, высвобождая кортикотропин-рилизинг-гормон, секретирует антидиуретический гормон. Происходит мощный выброс из надпочечников гормонов стресса: кортизола, норадреналина и адреналина, что сопровождается расширением артерий в работающих мышцах и сужением сосудов в нерабочих мышцах, расширением зрачков и бронхов, учащением частоты сердечных сокращений, гипергликемией, повышением артериального давления [3]. В многочисленных исследованиях подтверждается взаимосвязь развития артериальной гипертензии под воздействием хронического стресса. В рекомендациях ESC / ESH 2018 года по лечению артериальной гипертензии выделяют гипертензию «белого халата», как одну из форм, связанную со стрессом. Артериальная гипертензия является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и приводит к фатальным и нефатальным сердечно-сосудистым событиям [4]. Артериальную гипертензию связывают с метаболическими нарушениями и генетическими факторами [5-7]. Патологические механизмы, связанные со стрессом, включают не только дисрегуляцию нейроэндокринных путей, но также приводят к распространению у лиц, находящихся под воздействием стресса, таких факторов, как нездоровый образ жизни, курение, употребление алкоголя, ожирение. Появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что психосоциальные факторы также могут играть важную роль в развитии артериальной гипертензии. Известно, что артериальная гипертензия связана с различными психическими заболеваниями. Пациенты с артериальной гипертензией чаще страдают от депрессии и тревоги по сравнению с населением в целом [1]. Кроме развития гипертензивной

реакции под воздействием каскада синтезируемых гормонов при воздействии стресса, происходит запуск воспалительных реакций. Увеличивается синтез цитокинов и других факторов воспаления, что сопровождается повышением жесткости сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункцией. Эти процессы приводят к повреждению органов мишеней –почек, сердца, головного мозга, органов зрения [8, 9]. Исследования подтверждают развитие артериальной гипертонии при воздействии профессионального стресса, например, у машинистов локомотивов, полицейских, врачей-хирургов и реаниматологов. Стресс на работе или стресс, связанный с работой, или профессиональный стресс определяется Национальным институтом безопасности и гигиены труда, как вредные физические и эмоциональные реакции, которые возникают, когда требования работы не соответствуют возможностям, ресурсам или потребностям работников. Амбулаторные исследования по мониторингу артериального давления у рабочих показывают, что самое высокое давление часто наблюдается во время телефонных разговоров, особенно когда это связано с некоторыми противоречиями. При длительном стрессе адаптационные возможности (физические и биологические) остаются ограниченными, и когда стрессоры накапливаются чрезмерно, человек чувствует себя все более подавленным, что может быть вредным и вызывать проблемы со здоровьем у работников [10, 11]. К развитию артериальной гипертонии могут приводить стрессовые ситуации, связанные со смертью или тяжелой болезнью близких людей, судами, разводами, увольнением с работы и другими кризисными ситуациями. Повышенная тревожность, как правило, присутствует у людей, у которых был подтвержден смертельный диагноз, такой как рак или СПИД, в преддверии проведения сложных оперативных вмешательств [3]. Стрессовые аспекты социальной среды и низкий социально-экономический статус были изучены во взаимосвязи развития сердечно-сосудистых заболеваний с психологическим статусом трудовых мигрантов [12]. Одной из причин артериальной гипертонии, обусловленной стрессом у пожилых людей, может являться низкий социально-экономический статус и одиночество. Ряд исследований демонстрирует, что одиночество является основным фактором риска гипертонии у пожилых людей [13]. Кроме риска развития осложнений артериальной гипертонии, таких, как острый инфаркт миокарда и инсульт [8], у данной категории больных выражено снижается качество жизни, что, в свою очередь, может усиливать состояние хронического стресса, создавая «порочный круг» [14]. В качестве дополнения к медикаментозной терапии такие пациенты нуждаются в социальной и психологической поддержке: внимании и общении с близкими людьми; физической активности, которая также снимает психическое напряжение. Управление стрессом может помочь улучшить здоровье и другими способами. Умение справляться со стрессом может привести к снижению артериального давления. Медитация, йога, физическая активность и другие немедикаментозные стратегии снижения стресса могут принести пользу и должны рассматриваться наряду с использованием лекарственных успокоительных средств [15-17]. В нашей стране действуют программы, направленные на сохранение активности, улучшения качества жизни, профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Действующие в амбулаторном звене Школы здоровья помогают пациентам отказаться от вредных факторов, организовать здоровый образ жизни, помочь справиться со стрессом [17]. Для пожилых людей функционирует Программа «Активное долголетие», предлагающая различные мероприятия, включая спортивные секции, учебные программы, посещение музеев, театральные студии и др. Одной из положительных сторон «Активного долголетия», является борьба со

стрессом и одиночеством [13]. Эти мероприятия снижают бремя хронического стресса и являются эффективными мерами профилактики артериальной гипертензии.

Список литературы

1. Сторожаков Г.И. Поликлиническая терапия/ М.: ГЭОТАР, 2011. – 640 с.
2. Чукаева И.И. Бронхообструктивный синдром / Лечебное дело. 2008. № 2. С. 27-31.
3. Орлова Н.В., Старокожева А.Я., Тимощенко А.В. Психоземotionalный стресс в обзоре рекомендаций ESC / ESH 2018 года по лечению артериальной гипертензии и результатов клинических исследований / Медицинский алфавит. 2019. Т. 2. № 30 (405). С. 44-47.
4. Орлова Н.В. Воспаление и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: Дис. ... д.м.н.: 14.01.05 / Москва, РГМУ.- 2008. – 234 с.
5. Солошенкова О.О. Дислипидемии в клинической практике. Часть 1 / Лечебное дело. 2009. № 3. С. 12-17.
6. Чукаева И.И. Изучение генетической обусловленности развития солечувствительной артериальной гипертензии / Медицинский алфавит. 2017. Т. 2. № 34 (331). С. 33-38.
7. Чукаева И.И. Гендерные отличия жесткости стенки артерий у больных артериальной гипертензией и высоким суммарным сердечно-сосудистым риском/ Вестник современной клинической медицины. 2014. Т. 7. № 3. С. 35-38.
8. Корочкин И.М. Клинико-прогностическая значимость мониторинга белков острой фазы у больных инфарктом миокарда / Кардиология. 1990. № 12. С. 20.
9. Чукаева И.И. Оценка маркеров воспаления и эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией на фоне достижения целевого уровня артериального давления / Клиническая лабораторная диагностика. 2018. Т. 63. № 6. С. 337-340.
10. Старокожева А.Я. Изучение факторов риска развития прогностически неблагоприятных нарушений ритма у работников локомотивных бригад / Медицинский алфавит. 2020. № 2. С. 58.
11. Орлова Н.В., Милушкина О.Ю., Гололобова Т.В. Условия труда и профессиональные заболевания медицинских работников / М.: Кнорус, 2022. – 268 с.
12. Щепетин Н.В. Анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у трудовых мигрантов с острым коронарным синдромом / Медицинский алфавит. 2023. № 26. С. 31-34.
13. Спирыкина Я.Г. Программа «Активного долголетия»; как важный элемент реабилитации пожилых пациентов в первичном звене здравоохранения / Медицинский алфавит. 2021. № 11. С. 50-54.
14. Орлова Н.В. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией / Кардиоваскулярная терапия и профилактика; Специальный выпуск. - 2015. С. 7а-7б.
15. Спирыкина Я.Г. Возможности фиксированной комбинации амлодипина / лизиноприла / розувастатина в улучшении приверженности современной терапии пациентов с артериальной гипертензией / Медицинский алфавит. 2018. Т. 1. № 12 (349). С. 25-30.
16. Филатова М.Н. Общественное мнение и роль информационных ресурсов в формировании отношения к социальному дистанцированию и

индивидуальным мерам профилактики COVID-19 / Russian Economic Bulletin. 2021. Т. 4. № 6. С. 59-64.

17. Арутюнов Г.П., Кисляк О.А., Рылова А.К. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / М.: РНИМУ, 2021. – 200 с.

ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ ПСИХОЛОГА – КОНСУЛЬТАНТА НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Н.В. Ключева

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный университет им Г. Демидова», Ярославль, Россия

Профессиональная подготовка психологов-консультантов предполагает освоение студентами базовых психологических знаний, знакомство с основными консультативными подходами (модальностями) и инструментарием (технологиями, методами и методиками), используемыми в работе с клиентами. Требования к подготовке отражены в Профессиональном стандарте «Психолог-консультант» (2022) [8]. Основное внимание при подготовке будущих консультантов фокусируется именно на этих составляющих.

В то же время, аксиоматичным является утверждение, что личность консультанта – основное условие эффективности консультирования и психотерапии. В подготовке консультанта собственно образовательная составляющая не является решающей, хотя, безусловно, без нее не обойтись. По мнению Братченко С.Л., уровень профессионализма зависит, прежде всего, от собственного личностного роста специалиста, его становления как человека, приобретения им житейской мудрости, глубины, знания самого себя, владения своими возможностями, навыками и способностями [2].

Следует констатировать дефицит исследований различий между отдельными психологами консультантами и психотерапевтами по сравнению с множеством исследований, сравнивающих отдельные подходы психотерапии. При этом метаанализы показывают, что различия между специалистами в 3—7 раз превосходят различия между методами психотерапии [1].

Есть исследования, в которых доказано, что на клиентов и оценку ими терапевтического альянса влияет уровень качества жизни специалистов. Чем ниже уровень качества жизни у психотерапевтов, согласно их самоотчету, тем ниже клиенты оценивают уровень альянса с ними [10]. В работах Anderson Т. и др. показано, что специалист обладает определенными навыками, связанными с общением, убеждением, межличностной и внутриличностной чувствительностью. Эти навыки чаще всего не связаны с профессиональным обучением, но их можно развивать. Эффективные терапевты более критичны к своей работе и считают, что они сделали больше ошибок при просмотре видеозаписей сессий. Они больше сомневаются в себе как в специалистах и одновременно с этим хорошо относятся к себе как к человеку [9].

В работах Кочюнаса Р., Овчаровой Е.В., Лютовой-Робертс Е.К., Немова Р.С. и др. представлены списки умений консультанта [4,5,6,7].

На кафедре консультационной психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова под руководством профессора Н.В. Ключевой в течение нескольких лет ведется работа по выявлению и классификации умений, необходимых для успешной профессиональной деятельности консультанта [3]. В диссертационном исследовании Дмитриенко Е.В., выполненной под руководством Н.В. Ключевой, доказано, что по мере обучения в вузе возрастает осознанность в понимании необходимости развития многообразных и вариативных стратегий поведения, фокусировка на развитии таких умений как эмпатическое понимание, открытость и гибкость. В магистерском исследовании Диденко Д.Н. выявлены возможности самораскрытия психолога консультанта в работе с клиентом. Гаращенко О.Ю. исследовала связь самооэффективности консультанта и толерантности к неопределенности. В указанных выше работах убедительно доказана необходимость целенаправленного формирования умений будущего консультанта.

Закономерно возникает вопрос – какие методы обучения в вузе могут использоваться для формирования личностных качеств, ценностных установок, профессиональных умений и навыков будущего психолога-консультанта?

На основе анализа литературы по психологическому консультированию, результатов проведения фокус-группы (группового интервью с привлечением в качестве экспертов опытных психологов-консультантов, членов НП «Региональная Ассоциация психологов-консультантов», сотрудников кафедры консультационной психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова) и последующей экспертной оценкой сформирован необходимый и достаточный перечень базовых умений и навыков, необходимых консультанту. Умения и навыки соотнесены со структурой психологического консультирования.

Так, установление психологического контакта с клиентом и ориентирование клиента на работу предполагает владение умениями вступать в контакт, формировать нормы взаимодействия (контракт), создавать доверительную атмосферу на сессии, побуждать к повествованию, использовать технику нормализации, отражать чувства клиента (эмпатическое понимание), безусловно принимать клиента.

На этапе сбора информации о проблеме особое внимание уделено различным техникам постановки вопросов, расширяющих и углубляющих представление клиента о проблеме и путях ее решения в контексте его жизни в целом. Умения, которые были выделены: наблюдать за вербальными, невербальными и паравербальными проявлениями, использовать нерефлексивное и рефлексивное слушание, эхотехника, перефразирование, резюмирование, умение использовать техники постановки вопросов и конфронтации, интерпретировать и выдвигать гипотезы, давать клиенту обратную связь.

Для поиска способов решения проблемы клиента и выработки альтернативных решений необходимы умение исследовать ресурсы клиента, активизировать сильные стороны для решения проблемы, оказывать помощь при разработке плана решения проблемы, предоставлять информацию, значимую для решения проблемы клиента

На завершающем этапе консультирования важны умение подводить итоги сессии и завершить ее на позитивной ноте

В качестве отдельного блока выделены умения, способствующие сохранению профессиональной позиции консультанта: регулировать собственное эмоциональное состояние, использовать самораскрытие, конструктивно реагировать на позитивную и негативную обратную связь, проявлять этическую зоркость, заниматься преднамеренной практикой (анализировать свою работу между сессиями и тренировать умения).

Для формирования умений психолога консультанта на кафедре консультационной психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова используются следующие методы и методики:

- самооценка студентом сформированности основных умений (до начала прохождения каждого учебного курса и по его окончании);
- совместное (преподаватель и студент) формирование ясных и конкретных образовательных задач, которые специфичны для каждого студента и группы в целом;
- ролевая игра и тренировка умений в тройках (учебный клиент, консультант, наблюдатель);
- видеотренинг, который позволяет увидеть себя со стороны, получить обратную связь от преподавателя и группы;
- психологический анализ сессий, широко представленных на различных Интернет ресурсах. Студентам предлагается описать и проанализировать качество работы консультанта, выделить умения, которые он использовал в работе с клиентом;
- приглашение для проведения мастер-классов опытных консультантов, работающих в разных консультативных подходах, что позволяет студентам получить опыт наблюдения за разными стилями работы с клиентами, обнаружить различия в способах установления и поддержания альянса и контакта с клиентом;

- выступление студентов с презентациями для отработки таких умений как поддержание контакта с аудиторией, вербальные, паравербальные и невербальные навыки, необходимые для успешной работы с группой;

- разбор этически сложных ситуаций из практики психологов-консультантов;

- психологический анализ художественных фильмов, в которых представлены различные аспекты профессиональной деятельности консультантов и психотерапевтов;

- формулировка каждым студентом задач (конкретных, привлекательных, достижимых) для дальнейшего развития умений.

На базе Психологической службы ЯрГУ им. П.Г. Демидова магистрантам, специализирующимся в психологическом консультировании, предоставлена возможность проведения диагностических сессий для студентов вуза. Магистранты работают под супервизией опытных консультантов, при проведении которых специальное внимание обращается на умения, необходимые психологу для успешной работы с клиентом.

Данные методы, используемые при формировании умений будущих психологов-консультантов в рамках получения академического образования, формируют у студентов целостное представление о путях дальнейшего развития и совершенствования себя в профессии.

Список литературы

1. Богомолов В. Мастерство психотерапевта. Эффективная практика и обучение/ Н. Кисельникова, В. Конкин, Н. Крысько — М.: Издательские решения, 2023. — 196 с.

2. Братченко С.Л., Леонтьев Д.А. Психолог: личность и ремесло //Личность в современном мире: от стратегии выживания к стратегии жизнотворчества / Под ред. Е.И.Яцуты. Кемерово: ИПК «Графика», 2002, с. 91-118.

3. Ключева, Н. В. Этика в психологическом консультировании: учебник для вузов / Н. В. Ключева, Е. Г. Руновская, А. Б. Армашова; под редакцией Н. В. Ключевой. — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — 186 с

4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования и групповой психотерапии. – 2-е изд., стереотип. – М.: Академический проект; ОППЛ, 2003. – 464 с.

5. Лютова-Робертс Е. К. Тренинг начинающего консультанта: ведение доверительной беседы. — СПб.: Речь, 2007. — 307 с.

6. Немов Р.С. Основы психологического консультирования. Учебник для студентов педвузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999 – 384 с.

7. Овчарова Е.В. Основы психологического консультирования: Учебно-методическое пособие. - Волгоград: Волгоградское научное издательство – 2015. — 99 с.

8. Приказ Министерства труда и социального защиты Российской Федерации от 14.09.2022 № 537н «Об утверждении профессионального стандарта «Психолог-консультант». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202210140015?ysclid=lrkhygvgtv446752676>

9. Anderson T., Ogles B. M., Patterson C. L, Lambert M. J. Vermeersch D. A. Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success // Journal of Clinical Psychology. 2009. V. 65 Pp. 755 – 768.

10. Nissen-Lie H. A., Havik O. E., Høglend P. A., Monsen J. T., Rønnestad M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance // Journal of counseling psychology. 2013. V. 60 (4). Pp. 483–495.

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Конищева Е.В.

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

Актуальность. Профессиональное здоровье педагогов, осуществляющих профессиональную деятельность в высшей школе, все чаще становится предметом пристального внимания исследователей различных научных направлений. Объясняется это необходимостью сохранения профессионального долголетия в условиях недостатка квалифицированных сотрудников, способных грамотно сочетать качественное выполнение обязанностей с точки зрения научной, методической и образовательной составляющей. Не менее важным аспектом профессиональной деятельности состоявшихся в профессиональном плане педагогов выступает потребность в наставничестве по отношению к начинающим профессиональный путь педагогам. Актуальность исследования определяется потребностью в систематизации представлений о профессиональном здоровье преподавателей вузов в условиях интенсивно меняющихся условий профессиональной деятельности.

Цель исследования заключается в обобщении представлений о профессиональном здоровье преподавателей высшей школы.

Результаты исследования. Профессиональное здоровье преподавателей вузов подвергается анализу с точки зрения различных научных направлений. По мнению Г.А. Малофеевой [4], компонентами профессионального здоровья педагогов выступают физическое, психологическое и социальное благополучие.

Анализ содержания деятельности по сохранению и поддержанию физического благополучия, как компонента профессионального здоровья педагога высшей школы, позволяет обозначить ее следующие составные части. Профессиональное здоровье имеет не только личностную ценность, но и значимо для государства в целом. Направления государственной поддержки профессионального здоровья педагога в современных обстоятельствах различны. В частности, речь об обязательной ежегодной (после 40 лет) диспансеризации, на прохождение которой работодатели обязаны предоставить обязательный оплачиваемый выходной день. Диспансеризация направлена на выявление, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, заболеваний органов дыхания и эндокринной системы. Это право профессорско-преподавательского состава и обязанность работодателя представляется необходимой мерой, так как, например, по данным исследований М.А. Лисняк и Н.А. Горбач заболевания органов зрения, систем кровообращения, дыхания и пищеварения занимают лидирующие позиции в перечне заболеваний [3]. Рисками сохранения физического компонента профессионального здоровья педагогов на индивидуальном уровне выступают генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям, режим дня и отдыха, особенности питания, ненормированные интеллектуальные и эмоциональные нагрузки и др. Реализации государственных программ диспансеризации в полном объеме могут препятствовать недобросовестность работодателей, нехватка средств и другие обстоятельства. Очевидно, что это направление требует усиленного контроля и, возможно, дополнительного регулирования на различных уровнях.

Социальный аспект профессионального здоровья определяется необходимостью полноценной жизни в обществе, установлением и поддержанием многочисленных взаимодействий [5]. Ведущими обстоятельствами осуществления профессиональной деятельности в вузе, способными влиять на здоровье современного педагога, выступают интенсивные, сложно прогнозируемые социальные условия, которые трансформируют высшую школу. Эти изменения стимулируются общемировыми трендами, связанными с массовизацией, персонализацией, цифровизацией, сетевизацией образовательного пространства в целом и образовательной средой конкретного учебного заведения в частности. К примеру, возрастающая роль цифровой составляющей вынуждает опытных педагогов перестраивать апробированные практики, изменять сложившиеся форматы взаимодействия. Все это в условиях ограниченного времени приводит к эмоциональному напряжению, повышенной загруженности, снижает уверенность в своих силах. Рисками сохранения социального благополучия, как составной части профессионального здоровья, выступают деформация социального статуса преподавателя, отсутствие социального одобрения результатов деятельности, неточность социальных прогнозов относительно тенденций развития образовательной системы в целом и др.

Психологическая составляющая профессионального здоровья определяется индивидуальными особенностями педагогов. Личностный компонент профессионального здоровья призван определять субъективные характеристики преподавателя. Эти особенности выступают факторами, способствующими или препятствующими развитию личности. К ним можно отнести работоспособность, эффективность деятельности, стрессоустойчивость и др. Изучению обозначенных особенностей посвящены работы Н.П. Абаскаловой, А.Ю. Зверковой [1], М.М. Безруких [2]. В результате профессионально-личностное здоровье педагога дополняется значимой составляющей, определяемой как духовно-нравственный компонент. Реализация профессиональной деятельности осуществляется в строго регламентированных условиях, определяющих ролевые позиции и ожидания. Ответственность за реализацию ролевых ожиданий несет педагог, как сотрудник организации, отвечающий за результативность образовательного процесса, направленного на подготовку к будущей профессиональной деятельности. Необходимость реализовывать ролевые ожидания с течением времени приводит к деформациям и, как следствие, требует от педагогов большего эмоционального, интеллектуального, поведенческого напряжения для выполнения того же самого объема профессиональных обязанностей.

Необходимо отметить, что особое значение в сохранении и поддержании профессионального здоровья отводится саморегуляции, которая в самом обобщенном варианте определяется, как способность упорядочивать и корректировать свои действия в различных ситуациях взаимодействий.

Выводы. Профессиональное здоровье преподавателей вузов складывается из физической, социальной и психологической составляющих при значительной роли саморегуляции. Расширяющийся функционал профессиональной деятельности и интенсивно меняющиеся социальные условия ее осуществления требуют более пристального внимания к анализу потенциальных рисков ухудшения профессионального здоровья педагогов, что позволит минимизировать отрицательное влияние на него различных факторов.

1. Абаскалова, Н.П., Зверкова, А.Ю. Современные технологии разработки программы здоровья в образовательной организации // Научный результат. Педагогика и психология образования. – 2015. – № 2(4). – С.42-47
2. Безруких, М.М. Здоровьесберегающая образовательная среда и факторы, препятствующие ее созданию // ЧиО. – 2012. – № 2. – С.10-17
3. Лисняк, М.А., Горбач, Н.А. Здоровье профессорско-преподавательского состава вузов // Сибирское медицинское обозрение. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-professorsko-prepodavatelskogo-sostava-vuzov> (дата обращения: 13.05.2024)
4. Малофеева, Г.А. Профессиональное здоровье педагога в современном образовательном процессе // Вестник науки. – 2022. №7 (52) – Т. 3. – С. 18-23
5. Шатрова, Е.А. Профессиональное здоровье педагога: социальный аспект // Russian Journal of Education and Psychology. – 2010. – №1. – С.95-98

**ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ОДНОСТОРОННЕЙ
ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ АГНОЗИИ (НЕГЛЕКТА)**

Кузминчук Д.Е., Жемчужникова А.А., Донская Е.Н.

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Лискинская районная больница», Воронеж, Россия

Актуальность. Инсульт - одна из самых распространенных причин повреждений головного мозга, приводящая к различным нарушениям высших психических функций человека. Из общего числа острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), геморрагический инсульт занимает долю менее 18% [4]. Одной из специфических и малоизученных патологий является синдром зрительно-пространственного игнорирования, к которому относят гомонимную гемианопсию и зрительный неглект. Данные синдромы приводят к снижению эффективности реабилитации пациентов и становятся одним из факторов физической и социальной дезадаптации [5].

Учитывая, что оба этих расстройства связаны с нарушением восприятия информации из противоположного зрительного поля, то их дифференциация вызывает затруднения. Однако, верное определение данной патологии крайне важно для построения прогноза состояния пациента и формирования верной траектории реабилитации [3].

Гемианопсия - это частичная потеря полей зрения в обоих глазах, которая возникает при повреждении зрительных путей постхиазмальной области: зрительного тракта, наружного коленчатого тела, зрительной лучистости, стриарной коры и наблюдается у 8–25% пациентов, перенёсших инсульт [6].

Неглект – нарушение осознания пространства, при котором пациенты не воспринимают информацию и не реагируют на различные стимулы или условия, возникающие со стороны, контралатеральной стороне поражения головного мозга, как правило, в левой [6]. Данный синдром отмечается у 33-85% больных с правополушарным инсультом.

Анозогнозия является одним из симптомов неглект-синдрома и проявляется в когнитивных и двигательных дефектах [2].

Выделяют ряд клинических признаков неглекта: геминевнимание (невозможность адекватно отреагировать на раздражающие стимулы извне); тактильное угасание (отсутствие возможности чувствовать тактильные предъявления стимулов при параллельном тактильном стимулировании нескольких сторон); зрительное угасание (невозможность отвечать на зрительные стимулы при одновременном стимулировании обоих полей зрения); поведенческим признаком является произвольный поворот головы в неповрежденную сторону; аллоэстезия (ощущение сенсорных стимулов на стороне, на которой не осуществлялась стимуляция); анозогнозия (игнорирование нарушений физиологических симптомов); отрицание принадлежности конечностей одной стороны своему телу [1]. При наличии хотя бы одного из перечисленных признаков, можно сделать вывод о наличии неглект-синдрома.

Цель исследования. Актуализация информации об особенностях проявления неглекта, методах диагностики и реабилитации.

Методы диагностики. В основе обследования лежит схема нейропсихологического исследования высших психических функций, разработанная А.Р. Лурия. Выявление синдрома игнорирования проводилось с помощью тестов деления линии пополам, тест на вычеркивание колокольчиков, вычеркивания букв, тест Альберта, копирование геометрических фигур. Нарушение полей зрения изучалось ориентировочным методом.

Клинический случай. Пациент Ю., мужчина, 61 год. Образование – среднее. Перенёс ОНМК по геморрагическому типу с формированием внутримозговой гематомы в правой гемисфере головного мозга от 10.10.2023 года. Психический статус: на момент обследования пациент ориентирован в месте и собственной личности, ориентировка во времени нарушена. Жалобы на периодические головные

боли. Критика к своему состоянию снижена, дефекты и ошибки в обследовании не замечает. Наблюдается игнорирование стимулов различной модальности в левом поле зрения. Ориентировка в пространстве нарушена. Эмоциональный фон снижен с проявлениями лабильности.

При выполнении проб отмечается высокая истощаемость психических функций. Чувствительность в обеих верхних конечностях не нарушена. Левосторонняя гемиплегия. Предметный, лицевой и цветовой гнозис не нарушены. Пространственный и квазипространственный гнозис нарушены. При обследовании кинестетического праксиса выявлены снижение темпа выполнения пробы, нарушения в дифференцировании и координировании движений. Кинетический и динамический праксис – выполнение проб затруднено неудержанием двигательной программы. При обследовании артикуляционного праксиса нарушения не выявлены. Импрессивная и экспрессивная речь не нарушена. Автоматизированное письмо не нарушено, в спонтанном письме отмечаются персеверации и смещение к правой стороне листа. Чтение нарушено, наблюдается игнорирование левой стороны листа и частая потеря строчки. Пересказ текста недоступен. Понимание переносного смысла пословиц нарушено, материал трактует, опираясь на конкретные признаки. Наблюдается снижение кратковременной и долговременной памяти. Кривая запоминания 10 слов 6–7–6–5, отсроченное воспроизведение 3 слова.

В тесте на деление горизонтальной линии пополам, тесте на вычеркивание колокольчиков, вычеркивания букв и тесте Альберта наблюдается игнорирование левой стороны, и частичное верное выполнение задания в правой части. При копировании геометрических фигур выявлено игнорирование левой стороны листа, а также левой части самих фигур. При обследовании полей зрения выявлено игнорирование левого поля зрения обеими глазами. В ходе диагностики отмечаются геминевнимание, тактильное и зрительное угасание, анозогнозия. Полученные результаты обследования подтверждают наличие неглект-синдрома.

В результате проведенной нейропсихологической диагностики были выявлены нарушения когнитивно-мнестических функций: пространственного и квазипространственного гнозиса, снижение кратковременной и долговременной памяти в сочетании с неглект-синдромом.

Пациент проходил курс медицинской реабилитации на втором этапе в стационаре в течение 21 дня. С пациентом работали члены мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), в том числе были проведены индивидуальные коррекционно-восстановительные занятия.

Результаты. На момент выписки из стационара у пациента отмечалась положительная динамика, в первую очередь, в восстановлении пространственного гнозиса и уменьшении степени выраженности зрительного неглекта. Пациент стал самостоятельно передвигаться на короткое расстояние и лучше ориентируется в пространстве. Это значительно повышает степень возможности самообслуживания, облегчает социальную адаптацию пациента и дальнейшую реабилитацию.

Выводы. При ОНМК различного генеза, в том числе при геморрагическом инсульте, могут возникать специфические нарушения, такие как неглект-синдром. Для успешной реабилитации пациентов с данной патологией необходимо своевременное выявление и раннее начало восстановительного обучения, направленного на снижение степени выраженности неглекта, а также информирование всех участников МДРК об особенностях таких пациентов.

Список литературы

1. Григорьева, В.Н. Анозогнозия у больных острым полушарным ишемическим инсультом / В.Н. Григорьева, Т.А. Сорокина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2016. – Т. 2, №8. С. 31 - 35.
2. Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – 2-е изд. - М.: изд-во БИНОМ, 2016. - 304 с.
3. Социально-экономическое бремя инсульта в Российской Федерации / В. И. Игнатьева, И.А. Вознюк, Н.А. Шамалов и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2023. – Т. 82, №123. – С. 5 - 15.

4. Русских, О.А. Синдром игнорирования и возможности нейропсихологической реабилитации пациентов / О.А. Русских // Человек. Искусство. Вселенная. – 2021. – №2. - С. 152–157.

5. Шурупова, М.А. Гомонимная гемианопсия и зрительный неглект / М.А. Шурупова, А.Д. Айзенштейн, Г.Е. Иванова // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2022. - Т. 4, № 4. - С. 244-258.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кузнецова А.А., Маякова В.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия

Актуальность. Поддержание здоровья в контексте онкологических заболеваний является немаловажной областью современных исследований, особенно в области клинической медицины и психологии. Это связано с высокой распространенностью и ростом заболеваемости раком как внутри страны, так и во всем мире. Ежегодно среди российских граждан диагностируется около 600 тысяч новых случаев рака – эта цифра ежегодно увеличивается примерно на 5%. Такой прирост связывают с реализацией федерального проекта "Борьба с онкологией", запущенным в 2019 году, который направлен на содействие раннему выявлению, комплексному лечению и снижению смертности от онкологических заболеваний [4].

Рак щитовидной железы, также известный как РЩЖ, в среднем составляет 3% от всех онкологических заболеваний в мире. Отмечается тенденция к увеличению частоты данного заболевания. Отмечается тенденция к увеличению заболеваемости этим заболеванием, причем, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние 20 лет заболеваемость удвоилась. У большинства пациентов данные опухоли выявляют на I и II стадиях (72,6%), и у женского пола в молодом возрасте [5].

Диагноз онкологической патологии может представлять серьезную проблему не только для физического, но и психического благополучия пациента. Тяжесть заболевания, госпитализация, изменение привычного окружения и социального статуса, оперативные вмешательства, сложные лечения, возможная инвалидизация, угроза смерти – эти факторы могут нарушить привычный уклад его жизни, существенно изменить систему ценностей, убеждений, а также самоощущение пациента и потребовать адаптации к новым обстоятельствам. Психологическое состояние пациента, его ошибки мышления и внутренняя картина болезни могут существенно повлиять на течение заболевания и результаты лечения, а также на качество его жизни и членов их семей. У больных, страдающих раком щитовидной железы, существует высокая потребность в медицинской реабилитации в силу возникающих осложнений и последствий противоопухолевой терапии. Врачи жалуются, что на этапе ремиссии, такие больные перестают посещать больницы, выполнять предписания и вовсе пропадают из их поля зрения [3,7].

«Онкологические заболевания - это тип злокачественного новообразования, которое возникает из эпителиальных клеток в органах и тканях человеческого организма». Эти клетки обладают способностью быстро делиться и размножаться, что приводит к образованию аномальных новообразований. Раковые заболевания развиваются, когда нормальные клетки превращаются в опухолевые.

Как отметила Н.А. Русина: «Рак - это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство». Неоднозначность его этиологии, потенциальная возможность летального исхода, сложность лечения и не всегда успешные результаты, а также влияние информации о заболевании на членов семьи и друзей - все это существенно влияет на психическое благополучие пациентов [2].

Когнитивные ошибки, которые рассматриваются как искажения суждений, возникающие в результате неправильной интерпретации смысловых контекстов,

могут быть вызваны самим заболеванием. Многие авторы подчеркивают неизбежность этих ошибок, которые могут привести к искажениям реальности и неверным оценкам, решениям, выводам и действиям [1].

В результате осознания человеком своего состояния формируется определенное отношение к нему. Это отношение, известное как «внутренняя картина болезни» или «тип отношения к болезни». Адаптация к болезни в целом и к раку в частности определяет его отношение к болезни. Отношение к болезни – это интегративная личностная характеристика человека в ситуации заболевания, которая формируется в процессе болезни и лечения и состоит из различных элементов [6].

Цель исследования. Выяснить актуальность изучения взаимосвязи когнитивных ошибок и отношения к болезни у больных с онкологией щитовидной железы.

Материалы и методы. Аналитический и библиометрический методы.

Результаты. На базе электронной библиотеки Elibrary.ru с было проведено исследование с использованием библиометрического анализа для публикационной активности за 10 лет (2014-2024 гг.). Поисковый запрос содержал «онкологические заболевания». В общей сложности была обнаружена 71 221 статья, в том числе 10 024 исследования в области психологии. 6 647 статей, непосредственно связанных с раком щитовидной железы, из которых в психологической рубрике 751 публикация. Однако научных статей о «когнитивных ошибках у онкологических больных»; обнаружено не было, несмотря на то, что это явление ранее изучалось при тяжелых соматических заболеваниях, и две статьи были опубликованы в 2018 году. Было опубликовано 16 исследований, посвященных «типу отношения к болезни у больных с онкологией», при этом наибольшее количество публикаций было опубликовано в 2017 (5 статьи) и 2023 (4 статьи) годах, а наименьшее - в 2018 году (1 статья). Не было обнаружено исследований, в которых рассматривалась бы взаимосвязь между этими особенностями.

На основе данных электронной библиотеки Cyberleninka.ru был проведен аналогичный анализ, который выявил 30 025 публикаций по теме «онкологические заболевания»; в рубрике психологические науки 578 статей. Всего исследований онкологии щитовидной железы 2046, из которых с упоминанием «психология» 96 из них 3 публикации в психологических науках. Научных статей «когнитивные ошибки у больных онкологическими заболеваниями» - найдено не было. Исследований «типа отношения к болезни у больных с онкологией» - опубликовано 1. Не было найдено исследований на взаимосвязь этих особенностей.

Выводы. Учитывая отсутствие исследований по вопросу изучения связи между когнитивными ошибками и отношением к болезни у онкологических больных с раком щитовидной железы и наличия запроса об актуальности проблемы от врачей онкологов, эта тема имеет особое значение. В литературе практически нет публикаций, в которых были бы представлены конкретные реабилитационные программы, методики или техники для каждого этапа реабилитации больных раком щитовидной железы, а тем более на их отдаленных этапах, таких как период ремиссии, так и отсутствуют свежие исследования особенностей личности таких больных.

Список литературы

1. Бобров А.Е., Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги/ А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманов // Журнал Доктор.Ру – 2017. – С. 59-65.

2. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Основы общей и клинической психологии. Учебное пособие. - Краснодар: «Советская Кубань». -2000г. - 304с.
3. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов/ под ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.
4. Официальный портал Минздрава России об онкологических заболеваниях: сайт URL: <https://onco-life.ru/> (Дата обращения: 18.03.2024).
5. Рак щитовидной железы: учебное пособие для обучающихся по направлениям подготовки специалитета «Лечебное дело», «Педиатрия» / П. И. Ковчур, А. И. Фетюков, О. И. Ковчур [и др.]; М-во науки и высш. образования Рос. Федерации, Федер. гос. бюджет. образоват. учреждение высш. образования Петрозав. гос. ун-т. — Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2021. — 60 с.
6. Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Филатова Л.В. и др. Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. 2013; 1–2: 17–22.
7. Чулкова В.А. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе / В.А.Чулкова, Е.В.Пестерева //Журнал социальная психология и общество– Москва: ФГБУН ИП РАН, 2015 – С. 117-126.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ПОСЛЕ ОНМК

А.В. Котельникова, А.А. Кукшина

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.С. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

К настоящему моменту острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и его последствия продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой. Инсульт является ведущей причиной смертности и инвалидности в мире, частота его за последние 30 лет увеличилась примерно в два раза, а в России заболеваемость регистрируется на уровне 400–450 тыс. случаев в год [1]. Последствия ОНМК обширны и касаются не только двигательных ограничений, с которыми сталкиваются более 80% выживших [2], но и изменения привычного социального и личного статуса: в 80-86% случаев инсульт инвалидизирует [3], происходят существенные трансформации системы семейных и личных отношений.

Психологические последствия также играют существенную роль в восстановлении утраченных вследствие мозговой катастрофы функций. Эмоциональные нарушения, возникающие после инсульта, широко распространены и представлены рядоположенными, но не перекрывающимися друг друга феноменами: депрессия, тревога, страхи, патологическая гневливость, постинсультная усталость, апатия, кинезиофобия [4].

Относительно когнитивных расстройств есть данные, что 83% выживших имеют нарушения по крайней мере в одной когнитивной области, 50% — в нескольких, а через 3 месяца после инсульта при удовлетворительном результате лечения в 71% случаев у пациентов сохраняются нарушения памяти, зрительно-конструктивных или исполнительных функций [5].

Распознавание когнитивных нарушений (КН) уже в острой фазе после инсульта может дать клиницисту важную информацию для ранней когнитивной реабилитации, однако методические разработки, имеющиеся к настоящему моменту в этой области, наталкиваются на серьезные ограничения. В частности, существенным ограничивающим фактором может явиться наличие у пациентов признаков афазии, при этом известно, что нарушения речи у пациентов, перенесших инсульт, наблюдаются более, чем в 30% случаев и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений [6].

На практике описанный факт приводит к тому, что так называемые «неречевые» пациенты регулярно исключаются из протоколов исследований восстановления когнитивных и/или физических функций после инсульта, что ограничивает обобщение таких исследований и возможность полноценной двигательной реабилитации пациентов с нарушениями речи.

Целью настоящего исследования явился анализ методических возможностей нейропсихологической диагностики состояния когнитивных функций у пациентов с нарушениями речи после перенесенного ОНМК.

Материал и методы исследования: анализ литературных источников с использованием отечественных (Elibrary.ru; Rucml.ru) и зарубежных (PubMed; Medlineplus; The Cochrane Collaboration) баз научного цитирования - изучено порядка 1 500 источников; ретроспективный клинико-статистический анализ данных работы клинического подразделения ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им.С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, стационара восстановительного лечения - филиала №3, за период с 01.01.2023 по 31.12.2023 г.

Результаты: литературные данные свидетельствуют о распространенности речевых нарушений после ИИ на уровне 30-40% [2], при этом четкого представления о соотношении дизартрических и афатических нарушений не обнаруживается. В зарубежных источниках существует явное терминологическое смешение, препятствующее четкому разграничению афазии и дизартрии [7]; отечественные данные приводятся либо в рамках феноменологического подхода [8], либо с опорой

на учрежденческие регистры инсульта [9], спецификация данных в которых не позволяет экстраполировать выявленные закономерности на более обширную когорту пациентов.

Клинико-статистический анализ данных работы стационара восстановительного лечения выявил: всего за 2023 г. реабилитацию проходили 7814 пациентов с диагнозом I 67.8 «Хроническая ишемия головного мозга», среди них 6320 человек перенесли ишемический инсульт (ИИ), 1494 чел. - геморрагический, что соответствует имеющимся литературным данным о процентной представленности видов инсульта [10]. По результатам осмотра медицинским логопедом речевые нарушения были выявлены у 2133 человек, что составило 27,3% от общего числа пациентов, перенесших инсульт.

Далее анализ частоты встречаемости дизартрии и афазии различной степени выраженности, согласно данным историй болезни, производился на выборке пациентов с речевыми нарушениями, возникшими в результате перенесенного ИИ (n=1916 – 30,3%): 843 (44,0%) женщины, 1073 (56,0%) мужчин в возрасте 66,5±11,3 лет (таблица №1).

Таблица №1

Частота встречаемости речевых нарушений среди пациентов, перенесших ишемический инсульт (n=1916)

Вид речевых нарушений	Степень нарушения		
	легкая	средняя	тяжелая
Афазия (n=572) - 29,8%	129 (6,7%)	195 (10,1%)	248 (12,9%)
Дизартрия (n=1344) - 70,2%	949 (9,55%)	344 (18,0%)	51 (2,8%)

Анализ методических возможностей нейропсихологической диагностики состояния когнитивных функций у пациентов с нарушениями речи после перенесенного ОНМК, выявил следующее: к настоящему моменту наивысшей точностью в отношении выявления степени нарушений и топоники постинсультного когнитивного дефекта обладает развернутое нейропсихологическое обследование, к условным «минусам» которого относятся значительное количество времени, затрачиваемое на диагностику, и невозможность реализации процедуры обычным медицинским резидентом, находящимся на переднем крае лечения.

Второй по результативности диагностики может считаться методика «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)» [11]. Тест валидизирован на русско-язычной популяции, обладает известными психометрическими характеристиками, часть заданий предполагает вариации выполнения с учетом возможных речевых нарушений, временные затраты находятся в пределах 30 минут. К недостаткам данной методики применительно к анализируемой проблеме, следует отнести отсутствие специфических интерпретационных нормативов для пациентов с церебро-васкулярной патологией и стандартизации показателей в плане оценки вклада каждого из исследуемых когнитивных доменов (память, внимание, исполнительские функции и т.д.) в структуру общей оценки.

Стандартные скрининговые инструменты «Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)» и «Mini Mental State Examination (MMSE)» обладают известными психометрическими характеристиками, апробированы на русскоязычной популяции [12], но оказываются неподходящими в данном случае, потому что включают в себя вопросы, требующие сохранности импрессивной речи и возможности давать воспроизводимые посредством речи ответы.

Существуют также ряд диагностических методик, которые могут быть использованы для диагностики когнитивных расстройств у пациентов с афазиями: TMT (Trail Making Test) Тест Прокладывания Пути/ Построения маршрута; CLQT (Когнитивно-лингвистический экспресс-тест); CDT (Тест «Рисование часов»); FAS – COWA/тест COWA/FAS- тест (Тест на контролируруемую ассоциацию слов/Тест на беглость речи); ACL (Новая тестовая батарея для оценки афазии и связанных с ней КН); WAB (Западная батарея афазии) и WAB-R (Обновленная версия, включающая дополнительные задания); CERAD/ CERAD – NR/ CERAD – plus (Батарея тестов для

установления нейропсихологических критериев болезни Альцгеймера); BDA (Бостонское диагностическое обследование на афазию); CoBaGa (Батарея когнитивных тестов на глобальную афазию) [13] и тест CASP (Шкала оценки когнитивных функций у пациентов с инсультом) [14]. Все эти методики не проходили процедуру психометрической апробации на отечественной популяции, русскоязычные версии представлены на иноязычных сайтах с возможностью исключительно коммерческого использования, кроме того имеются ограничения к использованию в случае серьезного нарушения понимания речи.

Выводы: каждый третий (30,3%) пациент, перенесший ишемический инсульт, имеет нарушения речи, существенно затрудняющие социальную адаптацию и восстановительное лечение. Для повышения эффективности двигательной и/или когнитивной реабилитации данной когорты пациентов целесообразно использовать нейропсихологическую диагностику состояния когнитивных функций с учетом наличия нарушений речи. В настоящий момент наибольшим соответствием заявленным критериям обладает методика КНОКС, при этом явно выявляется необходимость разработки скринингового инструмента диагностики когнитивного статуса с учетом нарушений речи у пациентов, перенесших инсульт, обладающего доказанными психометрическими характеристиками и предоставляющего возможность быть использованным не только узкими профильными специалистами (нейропсихологом, логопедом), но и любым членом мультидисциплинарной реабилитационной команды.

Список литературы

1. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Домашенко М.А. Инсульт. В кн.: Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. Т. II., ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020:717-733;
2. Гуреева И.Л., Голиков К.В., Гомзякова Н.А. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Медицинская психология в России. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-i-emotsionalnye-narusheniya-u-patsientov-s-ostрым-narusheniem-mozgovogo-krovoobrascheniya> (дата обращения: 09.05.2024);
3. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(11): 99-107, <https://doi.org/10.17116/jnevro202012011199>;
4. Кутлубаев М.А., Ахметова А.И., Озерова А.И. Эмоциональные расстройства после инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023;123(12 вып. 2):30–35. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312312230>;
5. Боголепова А.Н. Постинсультные когнитивные и астенические нарушения. Фармакология & Фармакотерапия. 2021; 2:26-27;
6. Нейрореабилитация: учебное пособие для вузов, ред. Шкловского В.М. М.: Издательство Юрайт; 2023. 401 с.;
7. Ghoreyshi Z, Nilipour R, Bayat N, Nejad SS, Mehrpour M, Azimi T. The Incidence of Aphasia, Cognitive Deficits, Apraxia, Dysarthria, and Dysphagia in Acute Post Stroke Persian Speaking Adults. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Dec;74(Suppl 3):5685-5695. doi: 10.1007/s12070-021-03006-9. Epub 2021 Nov 30. PMID: 36742896; PMCID: PMC9895668;
8. Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии (системный интегративный подход): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 54 с.;
9. Бердникович Е. С. Дифференцированный подход к восстановлению речи у больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта: автореф... дисс. ... канд. пед. наук. – М., 2013. – 24 с.;
10. Мачинский П. А., Плотникова Н. А., Ульяновкин В. Е., Рыбаков А. Г., Макеев Д. А. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультом в России / П. А. Мачинский, Н. А. Плотникова, В. Е. Ульяновкин, А. Г. Рыбаков, Д. А. Макеев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2019. – № 2 (50). – С. 112–132. – DOI 10.21685/2072-3032-2019-2-11;

11. Тонконогий, И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / И.М. Тонконогий // Под. ред. Ю. В. Микадзе. — М.: ПЕР СЭ, 2010. — 69 с.
12. Котельникова А. В., Погонченкова И. В., Костенко Е. В. Психометрическая апробация скрининговых методик диагностики когнитивного статуса постинсультных пациентов: обсервационное когортное исследование / А. В. Котельникова, И. В. Погонченкова, Е. В. Костенко // Вестник восстановительной медицины. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 32-41. – DOI 10.38025/2078-1962-2023-22-2-32-41. – EDN RYHFUZ;
13. Bonini M.V., Radanovic M. Cognitive deficits in post-stroke aphasia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2015;73(10):840-847. doi: 10.1590/0004-282X20150133;
14. Benaim C., Wauquier G., Pérennou D., Piscicelli C., Lucas-Pineau B., Bonnin-Koang H.Y., Vuadens P., Binquet C., Bourredjem A., Devilliers H. Cognitive assessment scale for stroke patients (CASP): A multicentric validation study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2022;65(3):101594. doi: 10.1016/j.rehab.2021.101594.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С КАЧЕСТВЕННЫМ И ТЕМПОВЫМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Н.К.Ледовских

**Казённое общеобразовательное учреждение Воронежской области
«Борисоглебская школа-интернат», Борисоглебск, Россия**

Увеличение количества детей с различными нарушениями интеллекта заставляет повысить внимание ко всем направлениям коррекции их психического развития.

Речь имеет особое значение в дальнейшем общем развитии ребёнка, поскольку она оказывает влияние на все психические процессы.

Качество речевого развития школьников с умственной отсталостью отличается от речевого развития сверстников с задержкой психического развития в сторону увеличения и углубления явлений недоразвития. Однако, отдельные стороны речи, например фонетическое оформление, у школьника с умственной отсталостью может быть вполне благополучным. (Оговоримся, речь в данном материале идёт о школьниках только с лёгкой умственной отсталостью, обучающихся по адаптированным образовательным программам 1 варианта). И, наоборот, у обучающегося с ЗПР может быть нарушено произношение многих звуков.

При обследовании речи у детей обеих категорий обнаруживается недостаточность словарного запаса. Но, если у школьников с задержкой психического развития она связана с бедными и упрощёнными представлениями об окружающем мире, преобладанием игровых интересов, то у умственно отсталых школьников – со слабой способностью к обобщениям, сравнению и сопоставлению.

Понимание обращённой речи умственно отсталыми школьниками зависит от степени нарушения интеллекта и от того, насколько высказывания собеседника связаны с текущей ситуацией. Школьники с задержкой психического развития часто понимают обращённую речь фрагментарно, из-за того, что не понимают отдельных слов, или же ослабления внимания к речи говорящего.

Трудности в овладении грамматическими категориями рода, числа, падежа, времени и т.п. у умственно отсталых детей многочисленнее и устойчивее, чем у сверстников с ЗПР. На это указывали В.Г.Петрова, Р.И.Лалаева, Н.В.Серебрякова и другие.

Дети с умственной отсталостью, как и дети с ЗПР испытывают трудности в оформлении связного высказывания: их затрудняют участие в диалоге, рассказывание по картинке, передача событий из своего опыта, пересказ.

Все недостатки устной речи являются существенным препятствием к овладению письменной речью. Обучающиеся и с качественным и с временным нарушением интеллекта не понимают линейности структуры речи (следования друг за другом звуков, слов, их взаимовлияние), не воспринимают как отдельные элементы каждого элемента, не могут отвлечься от содержания и сосредоточиться на форме. В процессе обучения дети постепенно овладевают формальной стороной речи, но не могут самостоятельно вернуться к содержательной стороне, откуда нарушение понимания смысла прочитанного.

Практика коррекционной работы над речевым развитием школьников названных категорий показывает, что подход к преодолению дефектов произношения, лексико-грамматической стороны, формированию связной речи и обучению письму и чтению различен.

Формирование навыков звукопроизношения требует освоения артикуляционных движений. Освоенные по отдельности артикуляционные движения относительно легко собираются в артикуляционный уклад отрабатываемого звука у школьников с ЗПР. У детей с умственной отсталостью звуки лучше формируются по подражанию в результате многократного предъявления образца.

Автоматизация поставленного звука требует многократных повторений слогов и слов. Дети с задержкой психического развития охотно многократно повторяют слоги

и слова в игровых ситуациях. Школьников с умственной отсталостью игровые ситуации могут утомлять или отвлекать от учебной задачи.

Особую сложность у детей обеих категорий представляет процесс дифференциации поставленного звука со сходным. При ЗПР задания на различение звуков легче выполняются, если звук связывается с наглядным или игровым образом, а со временем с буквой, как зрительной опорой. Умственно отсталые школьники запоминают какой звук произносится в конкретном слове. Они могут безошибочно повторять за учителем-логопедом слоги, чередуя дифференцируемые звуки, но слова, которые они привыкли произносить со звуком-заменителем, очень долго не исправляются. Звук, освоенный ими в произношении какого-либо отдельного слова, в спонтанной речи произносится не правильно в том же слове.

Коррекция речевого развития не возможна без формирования умения слушать речь окружающих, вслушиваться в неё, замечать особенности произношения, осознавать содержание услышанного, выделять непонятые сегменты и т.д.

У школьников с ЗПР процесс переработки речевого материала затруднён из-за совокупности психических особенностей характерных для этого типа развития и в младшем школьном возрасте не обеспечивает успешность обучения. Дети с ЗПР, пересказывая прослушанный текст или воспроизводя стихотворение, скороговорку и т.п., привносят в него ассоциации не всегда соответствующие основному смыслу, плохо запоминают объяснение или рассказ учителя даже после многократного повторения.

Обеспечить понимание речи окружающих и текстов возможно, если восполнить недостающую лексику. Для этого используется рассматривание картинок и обращение к личному опыту, уточнение значения слов через подбор синонимов, антонимов, работа над многозначностью.

У школьников с нарушениями интеллекта любая информация, поступающая из вне, обрабатывается с трудом. Это вызвано трудностью выработки дифференцировок, неспособностью к быстрому и точному различению явлений (Г.Е.Сухарева). Они не правильно понимают инструкции, задания, объяснения учителя, – то есть любой материал, воспринимаемый на слух. Речь педагога, как бы просто он не старался изложить материал или дать указание, состоит из обилия обобщающих понятий, усвоение которых у школьников с нарушением интеллекта замедлено.

Коррекция речи умственно отсталых школьников успешна только если она включена в систему всей образовательной работы. По мере приучения к регулярному обучению, формирования привычек к выполнению указаний, инструкций, к действиям по образцу происходит общее развитие ребёнка, оно включает расширение и активизацию словаря, повышение речевой активности, внимания к своей речи и речи окружающих.

У многих умственно отсталых детей младшего школьного возраста имеют место не достаточно чёткие морфологические обобщения и представления о синтаксических связях слов в предложении, так как снижена способность к восприятию грамматических форм из-за недостаточности фонематического слуха.

Грамматика наиболее абстрактный уровень языка, следовательно, наиболее трудно поддающийся усвоению школьниками с нарушенным интеллектом. Традиционно приёмами обучения являются образец и многократное повторение слова в определённой форме. Добиться многократности позволяют игры «Назови ласково» (усвоение уменьшительно-ласкательных суффиксов), «Что для чего» (усвоение суффикса -ниц: «для хлеба – хлебница»), «Кто у кого» (суффикс -онок), «Окончи предложение» («Часы чинит ... часовщик») и т.п.

Освоение грамматики школьниками с задержкой психического развития может опираться на осознание явлений языка и речи, а работа с ними строиться на основе более высокого потенциала развития этих детей.

Список литературы

1. Воронкова, В.В. Подготовка к обучению грамоте умственно отсталых старших дошкольников/ В.В.Воронкова// Дефектология. – 2015. – №5. – с. 22-38
2. Глаголева, Е. А. Преодоление трудностей при обучении младших школьников чтению и письму / Е. А. Глаголева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. - 2003. - № 4. - С. 27-33
3. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 3. С. 11-16.
4. Кошелева Е.Н., Мартемьянова А.Н. Особенности речевого развития школьников с умственной отсталостью// Успехи современного естествознания. – 2014. – № 1. – С. 19-22; URL: <http://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=33195>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.О. Логинова, Ю.Р. Тихомирова, Д.В. Дождева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия**

В современном мире борьба с онкологическими заболеваниями ставит перед медицинским сообществом и психологами серьезные вызовы (Удачина, 2021). Психологическое сопровождение пациентов с онкологическими заболеваниями становится все более приоритетной задачей, поскольку психологический аспект играет значительную роль в процессе борьбы с болезнью и восстановления здоровья (Щелкова, 2021). Психологическая поддержка помогает больным справляться с эмоциональными и психологическими вызовами, преодолевать страхи и тревоги сначала в терапевтическом альянсе с психологом, а затем самостоятельно (Вагайцева, 2019).

Первым из важнейшим аспектов психологической адаптации при заболевании онкологического профиля являются смысловые жизненные ориентации, которые и определяют восприятие и ценностные установки человека в сложные для него периоды жизни (Шабалина, 2019). У людей с онкологическими заболеваниями смысловые ориентации играют ключевую роль в их способности справляться с болезнью, принимать решения относительно лечения и жизненных приоритетов (Мурашова, 2023). Смысловые жизненные ориентации играют важную роль в психологической адаптации онкологических больных. Понимание своих ценностей, поиск смысла в болезни и поддержка окружающих помогают пациентам справиться с трудностями, стать крепче и находить новые источники поддержки и смысла в своей жизни (Могилатова, 2022).

Вторым не менее важным аспектом является исследование и коррекция экзистенциальной исполненности, которые позволяют глубже понять внутренний мир пациентов, выявить их смыслы, ценности и помочь в поиске нового смысла в жизни, способствуя улучшению психологического благополучия, ресурсного мышления и успешной адаптации к сложной жизненной ситуации (Циринг, 2020).

Изучение смысловых жизненных ориентаций у пациентов онкологического профиля важно для обеспечения комплексного подхода к лечению, улучшения психологической поддержки и повышения качества жизни людей, столкнувшихся с подобными болезнями (Ткаченко, 2022).

Целью исследования является изучение особенностей переживаний больных онкологическими заболеваниями: выявление преобладающих смысло-жизненных ориентаций и их влияния на их психологическое состояние и способность адаптироваться к болезни.

Для изучения были применены следующие методы исследования:

1. Для реализации поставленных целей был использован теоретический метод анализа отечественных и зарубежных литературных источников и проведено практическое исследование.

2. Методы сбора эмпирических данных:

– Шкала экзистенции Лэнгле (адаптация И.Н. Майниной).

Шкала экзистенции - это опросник, который измеряет степень экзистенциального благополучия человека. Она оценивает, насколько человек чувствует себя ответственным за свою жизнь, принимает решения и реализует свои цели.

Опросник состоит из 27 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале от 1 до 5. Более высокие баллы указывают на более высокий уровень экзистенциального благополучия.

Шкала экзистенции используется для диагностики экзистенциальных проблем и для оценки эффективности психотерапевтического вмешательства, направленного на повышение экзистенциального благополучия.

Факторы, измеряемые шкалой экзистенции:

- Решимость
- Ответственность
- Целенаправленность
- Свобода
- Значимость
- Саморегуляция

– Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А.Леонтьева.

Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) - это опросник, который измеряет отношение человека к своей жизни и ее смыслу. Он оценивает три основных компонента смысложизненных ориентаций:

- Поиск смысла жизни: насколько человек активно ищет смысл своей жизни.
- Осмысленность жизни: насколько человек считает свою жизнь осмысленной и наполненной.
- Отношение к прошлому, настоящему и будущему: как человек воспринимает свое прошлое, настоящее и будущее в контексте смысла жизни.

Опросник состоит из 20 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале от 1 до 7. Более высокие баллы указывают на более высокий уровень смысложизненных ориентаций.

Тест СЖО используется для диагностики смысложизненных проблем и для оценки эффективности психотерапевтического вмешательства, направленного на повышение смысложизненных ориентаций.

Факторы, измеряемые тестом СЖО:

- Поиск смысла: стремление найти смысл своей жизни, вера в то, что смысл существует.
- Осмысленность: чувство наполненности и удовлетворенности своей жизнью, ощущение, что жизнь имеет цель и направление.
- Когнитивная осмысленность: способность придавать смысл жизненным событиям и опыту.
- Эмоциональная осмысленность: способность испытывать положительные эмоции, связанные со смыслом жизни.
- Прошлое: восприятие своего прошлого как значимого и осмысленного.
- Настоящее: удовлетворенность своей текущей жизнью и ощущение, что она имеет смысл.
- Будущее: оптимизм и надежда на будущее, вера в то, что оно будет осмысленным.

3. Методы статистического анализа данных: Т-критерий Стьюдента, U- критерий Манна-Уитни.

По результатам полученных данных с помощью теста смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева можно сказать, что в период болезни большинство имеют средний уровень осмысленности жизни (48,6% опрошенных), так же много у кого выявлен низкий уровень осмысленности жизни (31,4%) и высокий составляет всего (20%).

Результаты теста смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева свидетельствуют о том, что у больных в период болезни преобладает средний уровень осмысленности жизни. Однако значительное количество больных испытывает низкий уровень осмысленности жизни.

Проанализировав показатели респондентов, были выдвинуты следующие предполагаемые причины такого процентного соотношения среди результатов.

Возможными причинами низкого уровня осмысленности жизни у больных могут являться следующие жизненные обстоятельства:

- Боль и страдания, связанные с болезнью, могут затруднить нахождение смысла в жизни.
- Болезнь может нарушить планы и цели человека, что может привести к чувству бессмысленности.
- Неопределенность и страх перед будущим могут подорвать чувство осмысленности жизни.

Таким образом, результаты теста СЖО показывают, что больным в период болезни необходима помощь в обретении смысла жизни. Это может быть достигнуто путем психотерапии, которая поможет больным осознать свои ценности, поставить цели и взять на себя ответственность за свою жизнь.

Также, для более полного понимания влияния диагноза на общее представление о жизни была проведена методика «Шкала экзистенции» А. Лангле и к. Орглер. Исходя из полученных данных, большинство (53%) имеют низкий показатель экзистенции (ниже 81), остальные (47%) – средние значения (до 127).

Результаты шкалы экзистенции Лэнгле и Орглера свидетельствуют о том, что у большинства больных (53%) низкий показатель экзистенции. Это указывает на то, что эти больные испытывают трудности с принятием решений, чувствуют себя нерешительными и не уверены в своем "экзистенциальном месте". Они могут быть пассивными, необязательными и не знать, что им делать в жизни.

Средние значения показателя экзистенции у остальных больных (47%) указывают на то, что эти больные более решительны и ответственны за свою жизнь. Они стремятся устроить свой мир и свою жизнь, придают относительно высокую значимость субъективной свободе и могут проявлять нарциссические или гистрионные тенденции.

Возможные причины низкого показателя экзистенции у больных:

- Диагноз и связанное с ним лечение могут вызвать экзистенциальный кризис, который приводит к сомнениям в смысле жизни и своей роли в мире.
- Неопределенность и страх перед будущим могут привести к чувству пассивности и бездействия.
- Социальная изоляция и отсутствие поддержки могут усугубить экзистенциальные проблемы больных.

Результаты шкалы экзистенции показывают, что больным в период болезни необходима помощь в повышении их показателя экзистенции. Это может быть достигнуто путем психотерапии, которая поможет больным осознать свои ценности, поставить цели и взять на себя ответственность за свою жизнь.

У больных в период болезни преобладает средний уровень осмысленности жизни, однако значительное количество больных испытывает низкий уровень осмысленности. Это связано с тем, что у некоторых больных отсутствует стремление к реализации смысла жизни, что может быть связано с неудовлетворенностью прожитой жизнью, неверием в свои силы и низким локусом контроля. Большинство больных также имеют низкий показатель экзистенции, что указывает на трудности в принятии решений и бездействие.

Полученные данные свидетельствуют о том, что больным в период болезни необходима помощь в обретении смысла жизни и повышении показателя экзистенции. Это может быть достигнуто путем психотерапии, которая поможет больным осознать свои ценности, поставить цели и взять на себя ответственность за свою жизнь.

Список литературы

1. Удачина П. Ю., Егикян М. А. Жизненный и бытийный смысл личности онкологического больного: содержательный анализ понятий //Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021. – Т. 27. – №. 3. – С. 83-90.
2. Ткаченко Г. А., Степанова А. М. Психологическая реабилитация онкологических больных: от истоков к современности //Злокачественные опухоли. – 2022. – Т. 12. – №. 4. – С. 36-40.

3. Циринг Д. А., Евстафеева Е. А. Личностные характеристики, копинг-стратегии и качество жизни женщин, больных раком молочной железы [1] //Общество: социология, психология, педагогика. – 2020. – №. 4. – С. 87-91.
4. Могилатова А. А., Сафронова Д. В. Психологические особенности и качество жизни пациентов с онкопатологией //Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2022. – №. 12 (76). – С. 298-304.
5. Вагайцева М. В., Семиглазова Т. Ю., Кондратьева К. О. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов //Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 40-43.
6. Шабалина В. В., Долганина О. А., Руф Р. Р. Экспериментально-психологическое исследование экзистенциальной исполненности больных раком молочной железы //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2019. – Т. 7. – №. 3 (26). – С. 501-512.
7. Мурашова Л. А. и др. Показатели рефлексивности и экзистенции у женщин с доброкачественными и злокачественными новообразованиями молочной железы //Психология. Психофизиология. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 63-72.
8. Щелкова О. Ю. и др. Психологические особенности и качество жизни пациентов с опухолями уrogenитальной сферы: результаты пилотажного исследования на российской выборке //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2021. – Т. 18. – №. 4. – С. 869-892.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И САМОУВАЖЕНИЯ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ (СВО)

Логинова И.О., Федоськина М.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия

Психологическое благополучие представляет собой комплексный показатель, который включает в себя такие аспекты как: социальный, психологический, личностный и физический. Важными составляющими психологического благополучия являются: чувство собственной ценности, удовлетворенность жизнью, позитивные отношения с окружающими людьми, способность к самореализации и прочие аспекты психического здоровья (Данилова, Тарасенко, 2019). Уровень психологического благополучия солдат, которые вернулись после принятия участия в Специальной военной операции (СВО) – это мера, отражающая их общее душевное состояние и способность к социальной адаптации после пережитых стрессов. Специальная военная операция может выступить в роли решающего психогенного фактора, который влияет на снижение уровня психологического благополучия (Шереметьева, Стрганов, 2023).

Уровень психологического благополучия солдат, которые принимали участие в Специальной военной операции является одной из самых актуальных и важных проблем в настоящий момент в сфере клинической и военной психологии, особенно в контексте действующей Специальной военной операции и высокого уровня напряжения в политической ситуации, сложившейся на мировой арене (Дымова, 2020). Это является одним из ведущих направлений в работе клинических психологов, так как высокий уровень психологического благополучия будет благотворно влиять на процесс социальной адаптации и интеграции в общество военных. В условиях службы вооруженных сил участники Специальной военной операции могут столкнуться с различными стрессовыми ситуациями, травмами и потерями, что негативно сказывается на их психологическом благополучии (Кучина, 2022). В контексте Специальной военной операции, психологическое благополучие солдат приобретает особую актуальность для клинических психологов, так как оно влияет на процесс их социальной адаптации и интеграции в общество (Малышев, Малышева, 2021). Понимание специфики и причинно-следственных связей показателей по результатам методики на выявление уровня психологического благополучия Рифф (RPWB) помогает специалистам разрабатывать более эффективные программы по коррекции и стабилизации общего психологического состояния военных.

Целью исследования является изучение уровня психологического благополучия и самоуважения людей, которые принимали участие в Специальной военной операции.

Для изучения этих показателей мы применяем следующие методики: Шкала психологического благополучия Рифф (RPWB), Шкала субъективного благополучия и Шкала самоуважения Розенберга (RSES). Первая из них оценивает уровень психологического благополучия человека через измерение позитивных отношений, автономии, управления средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие, вторая шкала оценивает через удовлетворенность жизнью и эмоциональное состояние. Шкала самоуважения Розенберга фокусируется на субъективном ощущении собственного благополучия человека. Эти инструменты позволяют клиническим психологам получать количественные данные о состоянии участников Специальной военной операции, что является ключом к их успешной реабилитации и возвращению к полноценной жизни.

Исследование проводилось на базе Красноярского Краевого госпиталя для ветеранов войн, и в нем принимали участие 20 мужчин в возрасте от 25 до 53 лет, которые являются участниками Специальной военной операции.

По результатам исследования, только 40 % опрошенных респондентов имеют высокий уровень психологического благополучия, остальные же 60 % – это средний показатель (50 %) и высокий (10 %) уровень данного показателя. Также, 70 % опрошенных имели нормативные значения субъективного благополучия и 30 % опрошенных респондентов имеют низкий уровень данного показателя. Уровень самоуважения высокий только у 40 % опрошенных, у 60 % уровень средний (50 процентов) или низкий (10 процентов). Большинство респондентов имели высокий и средний уровень психологического благополучия. Также, исследование показало, что значительная доля респондентов имеет средний уровень субъективного благополучия. Показатели психологического благополучия средние, или сниженные, но подлежат коррекции. Также, было замечено, что уровень самоуважения напрямую коррелирует с уровнем психологического благополучия, это доказывает, что самоуважение является одной из важных и неотъемлемых частей психологического благополучия.

Исследование уровня психологического благополучия и самоуважения участников специальной военной операции имеет высокую важность по нескольким причинам:

1. Психологическое планирование и поддержка: Полученные данные могут использоваться для разработки индивидуальных и групповых психологических программ поддержки для ветеранов операций, помогая им справляться с послевоенным стрессом и адаптироваться к гражданской жизни.

2. Выявление рисков и потребностей: Исследование позволяет выявить факторы риска для развития психологических проблем, таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также определить потребности солдат в медицинской и психологической помощи.

3. Повышение готовности к действиям: Работа над уровнем психологического благополучия и самооценки может способствовать повышению психологической устойчивости, резервов саморегуляции и адаптивности солдат, что важно для успешного выполнения новых задач и решения проблем.

4. Улучшение качества жизни и адаптации: Повышение психологического благополучия и самоуважения у ветеранов операций способствует их успешной интеграции в общество, улучшению качества жизни, структурированию будущих жизненных целей и достижению гармонии в повседневной деятельности.

Изучение уровня психологического благополучия и самоуважения солдат, которые принимали участие в Специальной военной операции имеет большое значение для разработки эффективных программ психологической поддержки и реабилитации, которые направлены на улучшение психического состояния военных и качества их жизни, а также, социальной и психологической адаптации и интеграции в общество. Также важно помнить, что забота о психологическом благополучии участников СВО является одним из приоритетных направлений в работе клинических психологов и специалистов по военной психологии.

Список литературы

1. Шереметьева И. И. и др. Социально-психологические и клинические особенности течения невротических расстройств у лиц в ситуации специальной военной операции //Бюллетень медицинской науки. – 2023. – №. 1 (29). – С. 37-42.

2. Кучина Т. И. Психологическое благополучие молодых людей в изменяющемся мире //Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – №. 3 (95). – С. 72-80.

3. Дымова Е. Н. Специфика психологического благополучия и психологической безопасности в трудных социальных условиях //Экопсихологические исследования–6: экология детства и психология устойчивого развития. – 2020. – №. 6. – С. 197-201.

4. Малышев К. Б., Малышева О. А. Психологическое благополучие личности //Актуальные проблемы педагогики и психологии. – 2021. – Т. 2. – №. 8. – С. 50-62.

5. Данилова М. А., Тарасенко Е. А. Психологическое благополучие личности: понятие и основные уровни //Форум молодых ученых. – 2019. – №. 4 (32). – С. 285-289.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Логинова И.О. , Фаркова Л.И.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия**

На современном этапе развития психологической науки изучение перфекционизма является как никогда актуальным. Поэтому повседневно возрастает внимание специалистов к этой теме. Это объясняется с тем, что пока недостаточно изучено влияние данного явления на жизнь человека, хотя оно безусловно затрагивает множество ее сфер. Уже имеющиеся исследования говорят о том, что эта личностная черта играет не последнюю роль в развитии множества психологических проблем и психических заболеваний, например, РПП, депрессии, фобий, сексуальных расстройств т.д. [1]. В это же время перфекционизм является одним из параметров влияющих на уровень удовлетворенности жизнью, ведь он способен воздействовать на него, увеличивая или снижая.

Говоря о перфекционизме, чаще всего подразумевают желание быть лучшим во всем и как следствие потребность в постоянном совершенствовании результатов деятельности. Нужно подчеркнуть, что перфекционизм – это стабильная черта личности, имеющая многофакторную структуру, чем и обусловлена неоднозначность его влияния на психическое благополучие личности [2].

Большинством обывателей перфекционизм чаще воспринимается положительно и в первую очередь связывается с ответственностью, аккуратностью и скрупулезностью, а также высокой степенью организованности и самодисциплиной. В понимании большинства эта личностная черта является надёжным ресурсом, побуждающим человека к самосовершенствованию и благодаря которому он способен правильно определять свои возможности и ограничения и опираться на них.

Однако, исходя из различных исследований, данный феномен может быть напрямую связан с неблагоприятными изменениями психологического, а впоследствии и физического состояния индивида. Так, помимо рассмотрения перфекционизма с положительной стороны, как простой потребности человека к самосовершенствованию, также был выделен ряд связанных с ним характеристик, которые могут отрицательно влиять на развитие личности. Например, склонность придерживаться недостижимых эталонов, страх ошибок, неуверенность в себе, тревожность, боязнь перемен и т.д. [3].

Обобщив все вышесказанное, американский психолог Д. Хамачек в 1978 одним из первых выдвинул, и на основе клинических опытов, подтвердил свою теорию о существовании двух типов перфекционизма: адаптивного и дезадаптивного (нормального и невротического).

Адаптивный перфекционизм трактовался автором как тот тип перфекционизма при котором у человека не теряется мотивация к деятельности, а его самооценка не зависит от полученных результатов. У таких людей ошибки не вызывают патологическое чувство вины и разочарования, а заставляют усерднее трудиться и прикладывать больше усилий. Они правильно осознают свои преимущества и слабые стороны, поэтому зачастую ставят реалистичные цели, которые способны видоизменять исходя из различных жизненных ситуаций.

Дезадаптивные перфекционисты же напротив чаще ориентированы на нереалистичные эталоны, а их самооценка меняется в зависимости от имеющихся достижений, из-за чего неудачи часто сопровождаются чувством вины и самобичеванием [4].

Похожую с Д. Хамачеком концепцию разработали и отечественные специалисты. Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова. Опираясь на опыт своей работы в терапии, они также разделили перфекционизм на «здоровый» и «патологический».

Индивиды, имеющие «здоровый» перфекционизм в структуре личности пытаются добиться обозначенных результатов, но при этом способны

концентрироваться не только на полученных результатах, но и на самой деятельности умением принимать свои ошибки и радоваться даже несущественным, маленьким достижениям.

«Патологический» же перфекционизм приносит в жизнь индивида много отрицательных переживаний, усугубляя его самочувствие, т. к. в первую очередь связан с ориентированием на слишком высокие стандарты, что приводит к неудовлетворённости результатом и собой, а также фрустрации, что негативно сказывается личностном благополучии [4].

Множество исследователей за рубежом, такие как П. Хьюитт, Г. Флетт и др. связывают непропорциональное развитие перфекционистских тенденций и их патологическое соотношение с риском развития невротического перфекционизма [5].

Данные авторы также понимали перфекционизм исключительно как многомерный конструкт и выделяли такие его структурные единицы, как: «Я»-адресованный перфекционизм - ориентирование на слишком высокие эталоны и критичная оценка себя; перфекционизм, направленный на других – предъявление высоких стандартов к окружающим и ожидание от них совершенства; социально-предписанный перфекционизм – попытка индивида соответствовать стандартам, установленным извне. Субъективные переживания индивида, выражающиеся в том, что другие, оказывают давление и ставят перед ним требования, которым он не способен соответствовать в полной мере. Ученые также считали, что данные составляющие перфекционизма будут иметь различный уровень выраженности у разных людей [6].

Стоит отметить, что в наше время достаточно полно изучена взаимосвязь различных видов перфекционизма с такими личностными особенностями как: самооценка, фрустрация, мотивационная сфера, соматогнозис, тревожность и т. д. Также, как уже было упомянуто выше, исследовалась взаимосвязь данного феномена с различными психологическими расстройствами и заболеваниями, например, депрессией, пищевыми и сексуальными расстройствами, фобиями и т.п. [3]. Однако, анализ доступных литературных источников показывает, что не все актуальные вопросы, касающиеся этой проблемы, исследованы в равной степени. Например, на сегодняшний день, плохо изучен вопрос об особенностях перфекционизма при наличии различных соматических расстройств. В частности, требует большего внимания перфекционизм в структуре личности пациентов кардиологического профиля, ведь результаты немногочисленных анализов по данной теме вызывают интерес.

Так, можно найти данные о том, что пациенты с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями часто имеют высокий уровень именно социально-предписанного перфекционизма. Это указывает на то, что у таких больных, возможно, имеется сильная потребность в принятии окружающими и чтобы её закрыть они всячески стараются соответствовать тем стандартам, которые к ним предъявляют. Все это часто сопровождается различными негативными эмоциями, что может приводить к невротизации личности, что может влиять на развитие или обострять течение уже имеющихся заболеваний [1].

Резюмируя, можно сказать о том, что для современной психологической науки более детального изучения требуют прикладные вопросы, связанные диагностикой и составлением коррекционных мероприятий по работе с уровнем перфекционизма у пациентов кардиологического профиля. Для этого в первую очередь необходимо провести эмпирическое исследование. Таким образом, учитывая актуальность проблемы, в ближайшее время запланировано осуществить диагностику перфекционизма у пациентов кардиологического профиля на базе ФГБУ «Федеральный Центр сердечно - сосудистой хирургии» для дальнейшего сравнения показателей с условно «здоровыми» людьми, не имеющими сердечно-сосудистых патологий. Ориентировочно выборка исследования составит 20-30 человек кардиологического профиля и 20-30 - «здоровых» исследуемых, не имеющих в анамнезе кардиологических заболеваний.

При проведении планируется использовать следующие опросники: Шкала перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (MPS), Шкала перфекционистской самопрезентации (PSPS), Шкала перфекциониста Р. Фроста (FMPS).

«Многомерная шкала перфекционизма» была разработана уже известными нам П. Хьюиттом и Г. Флеттом. Отечественная адаптация была составлена российским психологом И. И. Грачевой. Данная методика, основана на многофакторной модели и используется для измерения уровня как общего перфекционизма, так и его частных составляющих, например, я-ориентированного перфекционизма, перфекционизма, направленного на других, и социально-предписываемого перфекционизма [7].

Следующая используемая методика - диагностическая шкала предназначенная для исследования уровня перфекционистской самопрезентации. Опросник показывает три аспекта этого явления, а именно: вербальные и поведенческие проявления несовершенства и само перфекционистское самовыражение (проявления совершенства). Оригинальная модель, также разработанная П. Хьюиттом и Г. Флеттом, стала базой для адаптированной методики, созданной А. А. Золотаревой [7].

Опросник «Многомерная шкала перфекционизма» был составлен Р. Фростом. Модификация первоисточника и испытания отечественного варианта были успешно организованы российскими специалистами В. А. Ясной и С. Н. Еникополовой. Исходный вариант был основан на авторской модели понимания перфекционизма как феномена, включающего в себя следующие структурные единицы: личные стандарты и родительские ожидания, беспокойство по поводу ошибок, родительская критика и сомнения, организованность [7].

Запланированное эмпирическое исследование сможет послужить базой, помогающей в разработке коррекционных программ для пациентов кардиологического профиля, имеющих в структуре личности патологический перфекционизм.

Список литературы

1. Березовский, А. В., Улюкин И. М., Орлова Е. С. Перфекционизм у лиц молодого возраста // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2020. – № 2. – С. 195-198.
2. Крапивкина, Н. С. Физический перфекционизм как наиболее актуальная для исследований форма перфекционизма / Н. С. Крапивкина // Молодой ученый. — 2022. — № 27 (422). — С. 148-151. — URL: <https://moluch.ru/archive/422/93854/>.
3. Тарасова, Л. Е. Перфекционизм в контексте субъективного благополучия личности / Л. Е. Тарасова // Ученые записки университета Лесгафта. – 2021. – №4 – С. 520-521.
4. Кононов, А. Н. Исследование феномена перфекционизма в отечественной и зарубежной психологии / А. Н. Кононов, К. Э. Дунькина // Актуальные проблемы теории и практики психологических, психолого-педагогических и педагогических исследований: Сборник трудов Международной научно-практической конференции "XV Левитовские чтения". В 3-х томах, Москва, 15–16 апреля 2020 года / Министерство образования Московской области, Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области Московский государственный областной университет, Факультет психологии. Том 2. – Москва: Московский государственный областной университет – 2020. – Т. 2. – С. 231-235. – EDN LYMSFK.
5. Южакова, И. О. Взаимосвязь показателей перфекционизма и психологического благополучия у студентов экономических специальностей / И. О. Южакова, Н. В. Басалаева, Ю. Н. Желонкина [и др.] // Российский экономический интернет-журнал. – 2019. – № 3. – С. 91. – EDN PYEEQY.
6. Панина, В. В. Перфекционизм как устойчивая черта личности современных студентов / В. В. Панина // Социологический нарратив 2020. Общество в эпоху турбулентности: поиски, угрозы и перспективы: Сборник статей по материалам XIX Всероссийской научной конференции студентов и аспирантов, Москва, 15 мая

2020 года / Под общей редакцией Р.И. Анисимова. – Москва: Российский государственный гуманитарный университет – 2020. – С. 270-275. – EDN LFWSVQ.

7. Мамедова, Л. В. Зарубежные методики определения уровня перфекционизма / Л. В. Мамедова, А. Ф. Иоанили // Современное педагогическое образование. – 2020. – №. 6. – С. 236-239.

ОТНОШЕНИЕ К БРАЧНОМУ ПАРТНЕРУ В СВЯЗИ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ

Малашина М.В., Трошихина Е.Г.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия**

Аннотация. В психологии вопросу отношения к брачному партнёру уделяется особое внимание. В последнее время в обществе усиливается тенденция к независимости, в результате, как мужчины, так и женщины позже вступают в брак и, кроме того, пары чаще разводятся. В связи с увеличением количества разводов встает вопрос изучения факторов, способствующих укреплению семьи, улучшению качества взаимоотношений супругов и усиливающих удовлетворенность браком. Статья посвящена исследованию отношения респондентов к брачному партнёру в связи с психоэмоциональным благополучием. Данное исследование – это попытка понять, какие факторы психоэмоционального благополучия делают отношения крепкими, помогают респондентам чувствовать любовь и удовлетворение семейной жизнью. А также мы исследовали качества, которые могут быть разрушительны для отношений внутри семьи.

Ключевые слова: психоэмоциональное благополучие, созависимость, отношение к брачному партнеру.

Актуальность. Актуальность работы состоит в необходимости получения дополнительных сведений о факторах психоэмоционального благополучия респондентов, способствующих гармоничным отношениям. Изучение отношения респондентов к брачному партнеру в связи с показателями психоэмоционального благополучия представляет особый интерес, так как имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в частности, для оказания результативной психологической помощи личности.

Цель исследования: изучить отношение респондентов к брачному партнеру в связи с психоэмоциональным благополучием.

Материалы и методы. Анкета, построенная по принципу самооценочных шкал, изучающая отношение к супругу и браку; опросник «Шкала любви и симпатии» З. Рубина, в модификации Л.Я. Гозман, Ю.Е. Алешинной; «Анкета на определение созависимости» Д. Аптекаря; методика «Опыт в близких отношениях» Фрэйли, Уоллер, и Бреннан; «Шкала психологического благополучия» К. Рифф, в адаптации Л.В. Жуковской, Е.Г. Трошихиной; «Шкала счастья» М. Фордиса; «Одиночество» С.Г. Корчагиной; «Диагностика уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассел и М. Фергюсон; «Шкала враждебности Кука-Медлей». Обработка данных: описательные статистики, однофакторный дисперсионный анализ, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. На основании проведенного исследования можно сказать, что респонденты в целом удовлетворены отношениями и хотят их сохранить. Мужчины в большей степени удовлетворены отношениями, чем женщины.

Можно отметить низкий уровень напряженности в отношениях и негативных эмоций в целом у респондентов. Уровень страха остаться без партнера выражен в средней степени. Отношения в целом спокойные, и они верят в надежность своих отношений с партнером.

Уровень любви и симпатии у респондентов в целом находится в пределах средней выраженности. При этом уровень любви и симпатии у мужчин значимо выше,

чем у женщин. Это говорит о том, что мужчины в нашей выборке в отношениях чувствуют большую привязанность, интимность отношений и заботу, чем женщины.

Исследование показало, что уровень созависимости как у мужчин, так и женщин в паре довольно высокий. Это свидетельствует о том, что отношения респондентов характеризуются глубокой поглощенностью, сильной эмоциональной, социальной или даже физической зависимостью от партнера.

Состояние тревоги и избегания, как у женщин, так и у мужчин находятся на низком уровне. Несколько большее значение имеет избегание, и у женщин оно значимо выше, чем у мужчин. Респонденты женщины хотят быть в отношениях, но им сложно быть любящими и открытыми при общении с мужчинами, несмотря на стремление к близости. Желание отдалиться продиктовано страхом быть отвергнутой, а также дискомфортом от эмоциональной близости.

Исследование взаимосвязи характеристик отношения к брачному партнеру показало, что уровень любви к партнеру выше, чем выше уровень симпатии. Чем выше степень избегания в отношениях, желание отдалиться, тем меньше уровень любви и симпатии к партнёру, и выше уровень тревоги.

Любовь и симпатия тесно положительно взаимосвязаны с удовлетворенностью отношениями, желанием сохранить отношения, страхом остаться одному. Чем больше у респондентов страх потерять любимого человека и минимально напряжение, тем больше уровень симпатии и любви, удовлетворенность отношениями и желание прожить вместе всю жизнь. Удовлетворенность отношениями снижает уровень тревоги о том, что партнер недостаточно близок, не любит и может оставить. А с возрастом тревоги, что партнер недостаточно близок, усиливается напряженность в отношениях, снижается удовлетворенность ими и усиливается желание расстаться с партнером.

Выраженность избегания в отношениях негативнее сказывается на восприятии своих отношений с партнером, чем проявления тревоги. Чем выше степень избегания, т. е. отстраненность и эмоциональная холодность в отношениях с партнером, тем сильнее выражены негативные эмоции, напряжение, такие отношения приносят меньше удовлетворения, и растет желание расстаться с партнером. Также верно и то, что чем больше удовлетворенность отношениями и желание их сохранить, чем меньше напряженности и негативных чувств, тем меньше степень избегания и дискомфорта от эмоциональной близости.

В нашем исследовании выявлено, что уровень психологического благополучия как для мужчин, так и для женщин довольно высокий. Женщины открыты новому опыту, совершенствуют себя, а также получают удовлетворение от теплых доверительных отношений с другими, способны к сильной эмпатии, понимают необходимость идти на уступки во взаимоотношениях. Мужчины самостоятельны, уверены в своем мнении, имеют близких понимающих людей, занимают активную жизненную позицию, положительно оценивают себя и свое прошлое, открыты новому опыту. Существует статистически значимая разница по шкале «Жизненные цели» у мужчин и женщин. Для мужчин постановка целей является жизненно важной, они активнее женщин двигаются в отношении реализации намеченных планов.

Исследуя эмоциональное состояние, мы выяснили, что мужчины и женщины большую часть времени чувствуют себя счастливыми.

В отношении эмоционально-личностных характеристик выявлено, что у респондентов выборки уровень выраженности враждебности и агрессивности находится в пределах средних значений с тенденцией к низкому. По уровню цинизма у женщин и мужчин значение попадает в диапазон среднего уровня с тенденцией к

высокому. Полученное низкое значение переживания возможного одиночества указывает, что респонденты не испытывают недостатка в дружеском общении, не чувствуют себя изолированными от других, в окружении есть те, кто понимает и разделяет их интересы.

Исследуя взаимосвязи самооценочных шкал с показателями психоэмоционального благополучия, мы выявили, чем больше респонденты имеют целей в жизни, готовность создавать теплые и доверительные отношения с другими, позитивно относятся к себе и своему прошлому, тем больше удовлетворенность отношениями с партнером. А также, чем больше времени испытываемые чувствуют себя несчастными, находятся в состоянии враждебности или переживают внутреннее одиночество, тем выше уровень напряженности в отношениях, что приводит к снижению удовлетворенности отношениями, и, как следствие, уменьшению страха остаться одному без партнёра.

В отношении взаимосвязей характеристик отношения к брачному партнеру с показателями психоэмоционального благополучия выявлено, что уровень любви и симпатии в паре выше, если испытываемые имеют цели в жизни и убеждения, придающие жизни цель и меньше ощущают себя одинокими. Если респонденты ощущают себя несчастными, испытывают раздражение, неприязнь и злость, то уровень тревоги и избегания повышается, т.е. они держатся более отстраненно и холодно в отношениях с партнером.

Исследуя корреляцию созависимости с одиночеством и агрессией, можно сказать, что чем выше уровень агрессии, т.е. чем более свойственно респондентам гневно реагировать, обострять конфликтные ситуации, и чем сильнее чувство субъективного одиночества, тем выше уровень созависимости в отношениях с партнером.

Переживание внутреннего одиночества негативно сказывается на чувствах любви и симпатии к партнеру и повышает степень созависимости, где отношения характеризуются глубокой поглощенностью, эмоциональной, социальной или даже физической зависимостью от партнера. Также интересно, что созависимость в отношениях с партнером усиливает внутреннее чувство одиночества, что ведет к снижению чувств любви и симпатии к партнеру.

Выводы. Среди ценностей, созданных человечеством, за десятки тысяч лет, семья является одной из важнейших. Сейчас семья, кроме традиционных функций, а именно воспитательной и репродуктивной, стала выполнять функцию психологического убежища – места снятия напряжения и создания эмоционального комфорта. Брак все больше рассматривается как союз, основанный на эмоциональных связях, а не только на хозяйственно-материальных задачах. Создание благополучного психологического климата в семье – залог дальнейшей успешной семейной жизни.

В начале нашего исследования мы выдвинули гипотезу о том, что уровень любви и симпатии выше, если мужчины и женщины в большей мере чувствуют психологическое благополучие, проявляют интерес к саморазвитию, имеют цели в жизни и убеждения, придающие жизни цель и меньше ощущают себя одинокими. В целом, наше исследование подтвердило гипотезу.

Интересно, что уровень созависимости как у мужчин, так и женщин в нашем исследовании довольно высокий. Также выявлено, что созависимость в отношениях с партнером усиливает внутреннее чувство одиночества, что ведет к снижению чувств любви и симпатии к партнеру.

Поскольку у исследуемой выборки наблюдался в целом довольно высокий уровень психологического благополучия и удовлетворенности браком, то результаты данного исследования можно использовать в дальнейшем для более детального изучения такого явления как созависимость и факторов, способствующих ее развитию в браке.

Результаты исследования могут быть полезными для практики семейного консультирования.

Список литературы.

1. Айзенк Г. Язык счастья. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
2. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1993.
3. Андреева Т.В. Семейная психология. СПб.: Речь, 2004.
4. Аргайл М. Психология счастья. 2-е изд. СПб.: Питер, 2003. 271 с.
5. Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 227 с.
6. Гришина Н.В. От психологического благополучия к душевному здоровью: экзистенциально-психологический подход // Концепт душевного здоровья в человекознании / отв. ред. О.И. Даниленко. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2014. С. 127–149.
7. Гришина Н.В. Психологическое благополучие в экзистенциальном понимании: эмпирические особенности // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 48. С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 29.07.2017).
8. Гурко Т.А., Босс П. Отношения мужчин и женщин в браке // Семья на пороге третьего тысячелетия. М.: ИС РосАН, Центр ОЦ, 1995.
9. Кислицына О.А. Измерение качества жизни и благополучия: международный опыт. М.: Институт экономики РАН, 2016. 62 с.
10. Лабунская В.А. Бреус Е.Д. Менджерицкая Ю.А. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностик. Коррекция. Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 288 с.
11. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964. 343 с.
12. Манукян В.Р., Трошихина Е.Г. Современные психологические концепции благополучия и зрелости личности: области сходства и различий // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2016. Вып. 2(26). С. 77–85. doi: 10.17072/2078-7898/2016-2-77-85
13. Мацковский М.С. Социология семьи, М.: Наука, 1989.
14. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. 2-е изд., перераб.и доп. М.: ПЕРСЭ, 2004. 336 с.
15. Навайтис Г. Тайны семейного (не) счастья, М., 1999.
16. Прохоров А.О. Пространственно-временная организация психического состояния // Ученые записки Казанского государственного университета, серия «Гуманитарные науки». 2008. Т. 150. Кн. 3. С. 114–128.
17. Сатир В. Как строить себя и свою семью / Пер. с англ. М.: Педагогика-пресс, 1992. 190 с.
18. Сысенко В.А. Молодежь вступает в брак, М., 1986.
19. Сысенко В.А. Устойчивость брака: проблемы, факторы и условия, М., 1981.
20. Уайнхолд Б. Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2002. 224 с.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МОЗГА

Малютина О.П.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Воронежский государственный университет», Воронеж,
Россия**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный университет» Воронеж, Россия

В настоящее время изменения, происходящие в мире, связаны, в большей мере, с милитаризацией настроений, царящими в обществе. Это, естественно, не может не сказаться на эмоциональном состоянии людей, в том числе и на тревожности. В психологическом словаре тревожность трактуется как «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги» [1, с. 311]. В данной работе мы не будем обсуждать отдельно понятия «тревоги» и «тревожности». Акцентируем внимание лишь на последнем. Речь идет о переживании. А. М. Прихожан утверждает «...тревожность понимается как отрицательное эмоциональное переживание, связанное с предчувствием опасности. То, что тревога наряду со страхом и надеждой — особая, предвосхищающая эмоция, объясняет ее особое положение среди других эмоциональных явлений...» [5, стр. 9]. Здесь у тревожности, как переживания появляется негативная эмоциональная окраска. Р. С. Немов же дает следующее определение тревожности «это постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» [4, с. 601]. Обобщая все приведенные высказывания, заметим, что чрезмерное проявление тревожности не может в перспективе не привести к различным психосоматическим заболеваниям. Поэтому рассмотреть возможные варианты минимизации подобных рисков, нам представляется необходимым.

В нашей работе (здесь представлена лишь часть более масштабного исследования, проведенного с сентября по ноябрь 2023 года, в котором участвовали 220 человек - студенты и преподаватели Воронежского государственного медицинского университета имени Н. Н. Бурденко и Воронежского государственного университета в возрасте от 18 до 55 лет [2]) мы приводим результаты, полученные при изучении тревожности у лиц с различной латеральной организацией мозга с помощью следующих методик:

1. Определение индивидуального профиля латеральной организации мозга (ИПЛО) для оценки и классификации моторной, зрительной и слуховой асимметрии у испытуемого, разработанной Е.Д. Хомской и Н.Н. Приваловой;

2. Самооценка психических состояний по Г. Айзенку, позволяющая оценить, насколько испытуемый подвержен тревожности, фрустрации, агрессивности или ригидности.

Начнем с анализа классификаций типов латеральной организации мозга. Индивидуальный латеральный профиль (ИЛП) представляет собой комплексную характеристику, охватывающую функциональные (полушарные, психические), моторные и сенсорные асимметрии. Он играет ключевую роль в определении особенностей восприятия внешнего мира и поступающей информации, стратегий мышления и обработки воспринятых данных, методов запоминания и сохранения информации (памяти), способности применять полученные знания, личностных и

поведенческих характеристик, особенностей эмоциональной сферы и устойчивости к факторам, способным вызывать стресс [7]. Индивидуальный профиль латеральной организации (ИПЛО) у большинства людей стабилизируется примерно к 17–18 годам, однако важно учитывать, что он постоянно развивается и может изменяться на протяжении всего жизненного цикла. ИПЛО представляет собой уникальное сочетание функциональной асимметрии полушарий, моторной и сенсорной асимметрии. Множество вариантов комбинаций перечисленных аспектов формирует целый спектр латеральных профилей, которые и демонстрируют индивидуальность и неповторимость нервных связей у каждого индивида [7]. На сегодняшний день представлен большой разброс разнообразных классификаций типов индивидуального профиля асимметрии. В нашей работе мы воспользуемся вариантом, предложенной Е.Д. Хомской [6]. Она объединила все ПЛО в пять типов: 1) «чистые» правши (ППП) – правостороннее доминирование по всем тестам; 2) праворукие – правостороннее доминирование руки сочеталось с различными вариантами доминирования уха и/или глаза; 3) амбидекстры – симметрия рук сочеталась с различными вариантами доминирования уха и глаза; 4) леворукие – левостороннее доминирование руки сочеталось с различными вариантами доминирования уха и/или глаза; 5) «чистые» левши – левостороннее доминирование по всем тестам. Индивидуальный профиль латеральной организации мозга человека служит основой для классификации индивидуальных психических особенностей здоровых людей в рамках психологии индивидуальных различий [3]. Исследования, проведенные Е.Д. Хомской и ее коллегами, подтвердили, что классификация людей по типам межполушарного взаимодействия отражает различия не только в познавательных процессах, но и в эмоциональной и двигательной сферах.

По результатам нашей диагностики испытуемые были распределены по типам ПЛО на 5 групп следующим образом. «Чистые» левши составили лишь 6,82 % (15 человек) от всех опрошенных (почти самую малочисленную группу). Это испытуемые, проявляющие правостороннее доминирование мозга в организации моторных и сенсорных функций. С другой стороны, почти самая многочисленная - 31,82 % (70 человек) группа чистых правшей, показавших левостороннее доминирование мозга в организации моторных и сенсорных функций. Категория амбидекстров представлена 24,55 % (54 человека). Они обладают равными левосторонними и правосторонними сенсорными и моторными признаками. Кроме того, мы выявили 5,45 % леворуких (12 человек), которые предпочитают левую руку, но также способны использовать правую в некоторых ситуациях, и 32,73 % праворуких (71 человек) с доминированием правой руки, но в отдельных случаях готовы работать левой.

С помощью методики «Самооценка психических состояний» мы выявили уровни тревожности для всех пяти групп. Рассмотрим более подробно полученный результат. Средний уровень тревожности у «чистых» левшей составляет $9,57 \pm 1,70$, что является наивысшим среди всех групп. У «чистых» правшей средний уровень тревожности составляет $7,12 \pm 1,82$. Амбидекстры демонстрируют средний уровень тревожности на уровне $8,77 \pm 1,54$. Леворукие имеют средний уровень тревожности $6,82 \pm 1,60$, в то время как у праворуких этот показатель наименьший и составляет $4,67 \pm 2,44$. Следовательно, «чистые» левши выделяются самым высоким уровнем среди всех групп респондентов. Мы предполагаем, что такой результат связан с тем, что весь социум, особенно в нашей стране, дискриминирует исключительно для «чистых» левшей. Очень долгое время леворуких переучивали, доводя данный процесс до абсурда, когда левую руку ребенка привязывали в начальной школе, тем самым исключали саму возможность писать ею. Конечно, в конце XX века в

отечественной психологии появилась масса публикаций по проблеме межполушарной асимметрии мозга, но попытки переучить леворуких детей сохраняются до сих пор. Мы оказались свидетелями обращения учителя начальных классов к родителям ребенка с просьбой договориться между собой какой рукой ему писать, т.к. девочка переключалась карандаш из одной руки в другую и, как следствие, отставала при письме. В ходе беседы выяснилось, что бабушка, приводящая ребенка на подготовку, пригрозила: «Не будешь писать правой рукой - не буду забирать тебя из школы!» При беседе с психологом она заявила: «Моя внучка будет как все!». Естественно, ситуация, в данном аспекте, из года в год меняется в лучшую сторону, но до конца проблема не решена и психологи не могут остаться в стороне. На втором месте по уровню тревожности находятся амбидекстры. Мы полагаем, что данный результат связан со спонтанным переключением правого и левого мозга из-за незрелости межполушарных взаимодействий. В середине по уровню тревожности находятся «чистые правши». Наименее подвержены тревожности из всех выявленных групп - «праворукие».

Для определения значимости различий показателей тревожности между выявленными группами мы использовали критерий Бартлетта. Результат оказался значимым на уровне $\alpha < 0,05$ (B – статистика равна 11,54). Следовательно, существуют статистически значимые различия в уровне тревожности между группами ИПЛО. Далее мы провели дополнительный анализ с использованием теста Тьюки по шкале тревожности для всех групп ИПЛО. Результаты показывают, что существуют статистически значимые различия в уровне тревожности, причем на высоком уровне значимости ($p < 0,01$) между

- 1) «чистыми» левшами и «чистыми» правшами;
- 2) «чистыми» левшами и леворукими;
- 3) «чистыми» левшами и праворукими;
- 4) «чистыми» правшами и амбидекстрами;
- 5) «чистыми» правшами и праворукими;
- 6) амбидекстрами и леворукими;
- 7) амбидекстрами и праворукими;
- 8) леворукими и праворукими.

Таким образом, можно сказать, что предположение о значимых различиях уровней тревожности у лиц с различной латеральной организацией мозга частично подтверждается результатами исследования. Так у лиц с преобладанием правосторонней латеральной организации мозга, таких как чистые левши и леворукие, выявлен более высокий уровень тревожности и острых негативных эмоций по сравнению с другими группами ИПЛО. Относительно лиц с крайними вариантами латеральной организации мозга (чистые левши и правши) можно сказать, что чистые левши проявляют более высокий уровень тревожности.

Для полного понимания этого явления требуются дополнительные исследования, учитывающие возможные влияния социокультурных и генетических факторов на эмоциональные проявления у лиц с различной латеральной организацией мозга. Полученные результаты могут внести важный вклад в область понимания индивидуальных психологических различий, предоставляя ключевые практические и теоретические основы для будущих исследований и разработки рекомендаций для психологов.

На основе результатов нашего исследования выработан ряд научно обоснованных рекомендаций для практикующих психологов. Эти рекомендации

предоставляют инструментарий для эффективного взаимодействия с клиентами, учитывая их индивидуальные особенности.

Стратегии работы с лицами с преобладанием правосторонней латеральной организацией мозга. Разработка индивидуализированных методов снижения тревожности. Это включает в себя использование психодиагностических методик для выявления индивидуального уровня тревожности и фрустрации. После определения уровня тревожности разрабатываются персонализированные стратегии, учитывающие индивидуальные предпочтения и особенности каждого обратившегося к специалисту с левосторонней латерализацией. Внедрение методов релаксации, таких как дыхательные упражнения или медитация, осуществляется для снижения общего уровня тревожности.

Список литературы

1. Краткий психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского; сост. Л. А. Карпенко. – Москва: Политиздат, 1985. – 432 с.
2. Малютина О.П. Эмоциональные особенности преподавателей и студентов с различной латеральной организацией мозга / О. П. Малютина, О.В.Комиссарова // Вестн. Воронеж. гос. ун-та. Сер. Проблемы высшего образования. – 2024. – Вып 1. – С.55-60
3. Меркулова М. А. Соотношение показателей функциональной латерализации, психодинамических характеристик и физиологической стоимости результата целенаправленного поведения человека при воспроизведении зрительных образов.: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. / М.А. Меркулова - Рязань; 2019. - 24 с.
4. Немов Р. С. Психология: Учеб. Пособие для студентов высш. пед. учеб.заведений: В 3 кн. – кн. 3: Психодиагностика. Введение в научно – психологическое исследование с элементами математической статистики М.: Гуманит. Центр ВЛАДОС, 1998. – 632 с.
5. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. — 304 с.
6. Хомская Е. Д. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия / Е. Д. Хомская, Н. Н. Привалова и др. – М.: Изд-во МГУ, 1995. – 78 с.
7. Храпченкова Н. И. Особенности познавательной сферы учащихся / Н.И. Храпченкова, Н. А. Коростелева // Актуальные проблемы современности. 2018. – № 4(22). – С. 115–119

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ

Мельник Н.В., Семёнова В.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Красноярск, Россия

Аннотация. В данной статье изучаются особенности течения хронической психической травмы у пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы. Исследованы особенности проявлений невротических расстройств у пациентов данной нозологической группы.

Актуальность. В настоящее время научный интерес представляют исследования посвященные возникновению и хроническому течению психические травмы, у пациентов сердечно-сосудистого профиля, определяющие психологическое и физическое здоровье пациента. «Психическая травма – глубокие и мучительные переживания человека, связанные с травматическими событиями его жизни, предельные накопления возбуждения, с которыми он не в состоянии справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов» [3]. Таким травматическим событием в жизни людей могут выступать заболевания сердечно-сосудистого профиля, которые вызывают эмоциональный отклик в виде повышенной напряженности, за которой следует развитие невротоподобных проявлений. «Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной проблемой в большинстве стран современного мира» [4]. «Сердечно-сосудистые заболевания часто сопровождаются разнообразными психопатологическими проявлениями» [1]. «К невротическим расстройствам следует причислять психопатологические симптомы и синдромы непсихопатического уровня» [2].

Цель исследования – определение особенностей течения хронической психической травмы у пациентов сердечно-сосудистого профиля.

Методы и материалы.

База проведения исследования ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Количество выборки составило 30 пациентов, перенесших оперативное лечение в стационаре кардиологического профиля.

Для определения признаков наличия невротических характеристик использовался «Опросник невротических расстройств – симптоматический (ОНР-Си)», «разработанный польским психиатром Е. Александровичем и адаптированный в НИПНИ им. Бехтерева, который позволяет провести количественное определение степени выраженности невротических синдромов у пациента» [5]. В целях количественного и качественного анализа эмпирических данных применялся метод математической статистики – коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Исследование направлено на психологическую диагностику показателей невротических расстройств у 30 пациентов, которые имеют в анамнезе заболевания сердечно-сосудистого профиля более 5 лет.

1. Шкала: Страх, фобии. По результатам исследования высокого и повышенного уровня показателей не выявлено, средний уровень показателя выявлен у 40% пациентов, пониженный уровень показателя регистрируется у 50% больных, низкий уровень показателя у 10%. На основании этих результатов, можно предположить, что для данной группы пациентов нехарактерно появление страхов, а также расстройств тревожного характера, связанных с беспокойством и неконтролируемым страхом в отношении какого-либо объекта или ситуации.

2. Шкала: Депрессивные расстройства. По полученным данным: высокого уровня показателя не выявлено, повышенный и средний уровни показателей равны 40%, пониженный и низкий уровни показателей составляют по 10%, что может свидетельствовать, о тенденции к проявлению таких симптомов, как подавленность, апатия, чувство тоски, идеомоторная и моторная заторможенность, а также нарастание астенических и диссомнических нарушений.

3. Шкала: Беспокойство, напряжение. По полученным данным: высокого и повышенного уровня показателей у пациентов данной нозологической группы не выявлено, средний показатель выявлен у 30% больных, пониженный уровень показателя у 50% пациентов, низкий уровень показателя у 20% обследуемых. Для пациентов нехарактерно состояние эмоционального дискомфорта в виде повышенного напряжения и беспокойства.

4. Шкала: Нарушение сна. Высокого уровня показателя не выявлено, повышенный уровень показателя выявлен у 30% больных, средний уровень показателя также у 30%, пониженный уровень показателя у 20% пациентов, низкий уровень показателя выявлен у 20%. На основании этих результатов, можно предположить, что у пациентов сердечно-сосудистого профиля имеется риск возникновения инсомний, парасомний и гиперсомний.

5. Шкала: Истерические расстройства. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют, что средний уровень показателя у 50%, пониженный уровень показателя у 30% пациентов, низкий уровень показателя выявлен у 20% больных, что свидетельствует о сдержанности в ситуации тяжелой болезни.

6. Шкала: Неврастенические расстройства. По полученным данным: повышенный уровень показателя выявлен у 20% больных, средний уровень показателя у 50%, пониженный уровень показателя у 20% пациентов, низкий показатель выявлен у 10%. Можно предположить, что у пациентов сердечно-сосудистого профиля имеется риск снижения умственной работоспособности: повышенной истощаемости, замедление темпа мышления, нарушение динамики мнестической деятельности.

7. Шкала: Сексуальные расстройства. По полученным данным: отсутствует тенденция к сексуальным расстройствам 30%, низкий уровень показателя выявлен у 40%, средний показатель так же у 30%, высокий, повышенный и пониженный уровни показателей не были выявлены. На основании этих результатов, можно предположить, что для пациентов сердечно-сосудистого профиля нехарактерно проявление нарушений сексуальной деятельности, таких как снижение либидо и половой потенции.

8. Шкала: Дерезализация. По полученным данным: отсутствует тенденция к появлению дерезализации у 10%, низкий уровень показателя у 10% пациентов, пониженный уровень показателя выявлен 70% больных, средний показатель наблюдается у 10% опрошенных, повышенный и высокий показатели не выявлены. Выявленные характеристики свидетельствуют, что пациенты сердечно-сосудистого профиля воспринимают окружающий мир отчетливо и ясно.

9. Шкала: Навязчивости. По результатам обработки данных отсутствует тенденция к навязчивостям у 10% больных, низкий уровень показателя у 50%, пониженный показатель выявлен у 20% пациентов, средний показатель выявлен у 20% больных, что свидетельствует о нехарактерных проявлениях обсессивно-компульсивного синдрома.

10. Шкала: Трудности в социальных контактах. В результате исследования выявлено отсутствие трудностей в социальных контактах у 30% больных, пониженный уровень показателя выявлен у 30%, средний уровень показателя определен у 40% пациентов, что свидетельствует о проявлениях экставертивных черт личности в поведении.

11. Шкала: Ипохондрические расстройства. По полученным данным: высокий уровень показателя выявлен у 10% опрошенных, повышенный и средний уровни показателей выявляются у 30% больных. У больных сердечно-сосудистого профиля имеется тенденция к повышенному тревожному опасению за своё здоровье, что проявляется в усиленном наблюдении за изменениями самочувствия, такие пациенты предъявляют большое количество жалоб, иногда не имеющих достаточного соматического обоснования.

12. Шкала: Психастенические расстройства. По результатам обработки статистических данных отсутствует тенденция к психастеническим расстройствам у 10% больных, выявлен низкий уровень показателя у 30% пациентов, пониженный показатель выявлен у 30%, средний показатель выявлен у 30%, повышенный и

высокий показатели не выявлены. На основании этих результатов, можно предположить, что для пациентов сердечно-сосудистого профиля характерно проявление зрелых черт личности с адекватным уровнем самооценки и притязаний.

13. Шкала: Соматические нарушения. По полученным данным: низкий показатель у 3х человек (30%), пониженный показатель выявлен у 7х человек (70%), высокий, повышенный и средний показатели не выявлены (0%). На основании этих результатов, можно предположить, что для пациентов сердечно-сосудистого профиля нехарактерно проявление жалоб соматического характера.

Вывод. В данной статье мы изучили особенности течения хронической психической травмы у пациентов сердечно-сосудистого профиля. Нашей гипотезой выдвигалось следующее: у пациентов сердечно-сосудистого профиля, переживающих хроническую психическую травму, клинические симптомы которой переводят к депрессивно-ипохондрическому синдрому.

Была проведена диагностика показателей невротических расстройств. В результате проведенного исследования получены данные, которые подтверждают значительную распространенность депрессивных и ипохондрических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. С помощью метода математической статистики выяснилось, что между ипохондрическими расстройствами и соматическими нарушениями присутствует обратная взаимосвязь, т.е. чем меньше соматических нарушений у пациента, тем больше его беспокойность и заикленность в отношении состояния своего здоровья. Также выявлен риск возникновения неврастенических расстройств и нарушений сна. В меньшей степени данная группа пациентов подвержена страхам и фобиям, беспокойству и напряжению, дереализации, навязчивостям, трудностям в социальных контактах, соматическим нарушениям, истерическим, психастеническим расстройствам и расстройствам в сексуальной деятельности. Следовательно, выдвинутое нами предположение о том, что хроническая психическая травма у пациентов сердечно-сосудистого профиля проявляется преимущественно в виде депрессивно-ипохондрического синдрома, подтверждается.

Список литературы

1. Афлетунова, Л. Э. Распространенность тревожно - депрессивных расстройств у пациентов с заболеваниями сердечно - сосудистой системы / Л. Э. Афлетунова, И. Д. Макаров // Интеграция, эволюция, модернизация: пути развития науки и образования : Сборник статей Международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 10 января 2023 года. – УФА: Общество с ограниченной ответственностью "Аэтерна", – 2023. – С. 233–235.
2. Ладина, Д. Л. Неврозы: Этиология, патогенез, основные формы / Д. Л. Ладина, Л. В. Сивакова // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 4. – С. 3.
3. Лазаренко, Л. А. Феномен психотравмы: теоретический аспект / Л. А. Лазаренко // На пересечении языков и культур. Актуальные вопросы гуманитарного знания. – 2022. – № 3. – С. 378–384.
4. Мухамадиева, Н. Б. Психоэмоциональные расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях / Н. Б. Мухамадиева // Новый день в медицине. – 2020. – № 4. – С. 722–725.
5. Современные возможности для объективного скрининга факторов риска и ранней диагностики невротических расстройств / А. В. Агейкин, В. Л. Мельников, Т. А. Караваева [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – № 4–2. – С. 52–59.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА: БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Л.Н. Молчанова., А.И. Калмыкова

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

Актуальность. Научная и историческая основа проблемы исследования интеллекта имеет большое значение. В рамках понятия интеллекта, можно рассмотреть ряд других понятий: рассудок, ум, мышление и другие. Причиной трудностей в адаптации подростков к самостоятельной жизни является социально-экономическая нестабильность, разрушение старой системы воспитания и трудности с созданием новой системы воспитания. В современном обществе социальный интеллект является одним из важнейших факторов для достижения успеха. Он помогает людям строить конструктивные отношения, преодолевать возникающие препятствия и управлять своими эмоциями, что напрямую влияет на будущее развитие.

Для того чтобы подростки могли эффективно общаться между собой, им необходимо овладеть различными способами межличностного общения и приобрести навыки, которые будут служить основой для дальнейшего совершенствования и совершенствования этого общения.

Адаптивные способности подростка к новой социальной обстановке включают в себя не только его способность к быстрому приспособлению, но и умение влиять на других через убеждение, объяснения и привлекательность. Открытость в общении также играет важную роль в этом процессе. В этот период жизни подростки активно развивают такие ценные качества, как трудолюбие, инициативность и другие, которые связаны с умением налаживать взаимоотношения с людьми, включая способность устанавливать контакты, планировать совместные действия и распределять обязанности, что способствует улучшению социального взаимодействия и закладывает основу для развития организаторских навыков [1]. Из-за сложности и особенности развития подростков, я считаю необходимым изучить данную тематику именно у подросткового возраста.

По мнению экспертов и ученых, важность проблемы диагностики и развития социального интеллекта в детском возрасте, начиная с дошкольного и заканчивая подростковым периодом, неоспорима. Особое внимание исследователей привлекает влияние взаимоотношений между ребенком и его сверстниками на его социальную адаптацию как в настоящем, так и в будущем. Исследования показывают, что положительный опыт взаимодействия с одноклассниками в детстве является ключевым фактором успешной социализации в долгосрочной перспективе. В то же время, недостаток такого опыта может привести к проблемам в адаптации и негативному поведению во взрослом возрасте [2].

Согласно взглядам Н. Кэнтора, социальный интеллект представляет собой умственную способность, благодаря которой индивид способен легко осмысливать социальные процессы и использовать их в свою пользу. В современном мире социальный интеллект выступает ключевым качеством, позволяющим человеку лучше понимать себя и окружающих, а также налаживать взаимоотношения так, чтобы они были гармоничными и приятными для всех участников [3].

Целью является обзор литературы за последние десять лет для выявления актуальности темы особенностей социального интеллекта у слабослышащих детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Проведение библиометрического анализа по проблеме особенностей социального интеллекта у слабослышащих детей подросткового возраста в период с 2014 по 2024 год на базе научной электронной библиотеки «eLibrary». Выявлена проблема недостаточной изученности важной темы в отечественном научном сообществе.

Результаты: В рамках библиометрического анализа публикаций, по объекту «социальный интеллект подростков», было выявлено 9 научных работ в научной

электронной библиотеке «eLibrary». Уровень интереса к данной тематике очевидно невысок, что подтверждается нестабильной динамикой публикаций, характеризующейся волнообразными изменениями. Особо высокий интерес к проблематике проявлялся в 2017, 2020 и 2022 годах, когда было выпущено по две работы каждый год, что указывает на ограниченное внимание исследователей, однако не свидетельствует о полном игнорировании вопроса. В процессе библиометрического анализа, посвященного отечественным исследованиям в сфере социального интеллекта подростков, было выявлено, что основной фокус ученых лежит в области психологии, что составляет 77,8% от общего количества исследований. Исследования включают анализ социального восприятия, особенностей общения, развития социального интеллекта в историческом контексте, эмоционального и познавательного развития детей, а также социального интеллекта студентов. Область образования занимает второе место по количеству исследований - 22,2%. Одно из исследований посвящено развитию социального интеллекта у детей с ограниченными возможностями, другое - у детей с задержкой психического развития. Не обнаружено публикаций в области медицины и здравоохранения, что свидетельствует о низком интересе исследователей к изучению социального интеллекта подростков с учетом медицинских аспектов. После этого была выполнена библиометрическая оценка на российской платформе научных электронных библиотек «eLibrary», по ключевым словам, «социальный интеллект у слабослышащих детей подросткового возраста» за период с 2014 по 2024 год. Общий вывод анализа показывает ограниченный интерес исследователей к изучению социального интеллекта подростков в психологическом, образовательном и медицинском контекстах. В ходе проведения исследования не было найдено ни одной статьи, посвященной данной проблематике. Это свидетельствует о том, что отечественная наука еще не достигла должного уровня в изучении проблемы. Выводы. После проведенного библиометрического анализа литературы, можно сделать вывод о том, что в России мало внимания уделяется социальной активности и интересу к проблемам социального интеллекта у подростков с нарушением слуха, что может говорить о недостаточной изученности данной проблемы и высокой её актуальности.

Список литературы

1. Райзвих, Е. Г. Особенности социального интеллекта подростков, учащихся в общеобразовательной школе / Е. Г. Райзвих. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 12 (116). — С. 797-800. — URL: <https://moluch.ru/archive/116/31702/>
2. Ясюкова Л. А., Белавина О. В. Социальный интеллект детей и подростков. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. — 181 с. ISBN 978-5-9270-03532
3. Фатихова Л.Ф., Харисова А.А. Практикум по психодиагностике социального интеллекта детей дошкольного и младшего школьного возраста: учебно-методическое пособие. — Уфа: Изд-во Уфимского филиала ГОУ ВПО "МГУ им. М.А. Шолохова", 2010. — 69 с.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Молчанова Л. Н., Слукина В.О.

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

Аннотация. В статье рассматривается проблема развития мелкой моторики у детей с диагнозом умственная отсталость. Освещение данной проблемы носит актуальный характер на сегодняшний день, так как органическое поражение головного мозга приводит к нарушению сложно-координированных движений рук, вследствие чего дети сталкиваются с трудностями в овладении базовыми движениями, которые играют немаловажную роль в развитии навыка письма. Развитая мелкая моторика непосредственно связана с познавательной сферой психики. Таким образом, можно сделать вывод о том, что мелкая моторика оказывает существенное влияние на процесс обучения, а в первую очередь на его эффективность. В данной статье уделяется внимание анализу публикационной активности как отечественных, так и зарубежных авторов, рассматривающих вопросы особенностей координационных способностей у детей с диагнозом умственная отсталость.

По данным статистики за последние годы наблюдается большой рост заболеваемости диагнозом умственная отсталость. Распространенность данного заболевания в России при суточной рождаемости, которая составляет 5000 детей, 50% приходится на различные психические отклонения. По данным Всемирной организацией здравоохранения показатели распространенности заболевания варьируются от 3,04 до 24,6 на одну тысячу населения. Таким образом, количество детей с диагнозом умственная отсталость составляет 1% от общего населения страны.

Под умственной отсталостью понимается гетерогенная группа состояний, которая обусловлена врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики. Заболевание характеризуется выраженной недостаточностью интеллекта. Проявляется в виде следующих нарушений: когнитивных, речевых, двигательных, социальных способностей.

Одним из двигательных нарушений при умственной отсталости является недоразвитие мелкой моторики. Мелкая моторика представляет комплекс скоординированности действий мышечной, костной, нервной систем человека. Иными словами, мелкая моторика – это ловкость рук. Развитая мелкая моторика играет большую роль в жизни каждого человека, так как она оказывает влияние на другие психические функции. Именно развитие пальцев рук является началом умственного развития ребенка.

Н. А. Бернштейн говорил о том, что моторика – это двигательная активность организма или его отдельных органов. Моторика, по мнению автора, включает в себя комплекс последовательных движений для осуществления какой-либо задачи. [2]

М. С. Певзнер описывал мелкую моторику, как комплекс умений, навыков, последовательных движений и реакций. [3]

А. Л. Сиротюк рассматривала сенсомоторные навыки, главная функция которых заключалась в адекватных двигательных ответах на внешние стимулы. [4]Целью данной работы является рассмотрение публикационной активности как отечественных, так и зарубежных авторов, изучающих вопросы особенностей координационных способностей у детей с диагнозом умственная отсталость.

Для изучения данной проблемы использовался метод библиометрический анализ публикаций в электронной информационной среде eLIBRARY. [5]

В качестве ключевых слов были определены следующие: мелкая моторика, умственная отсталость, особенности координационных способностей у детей с диагнозом умственная отсталость. Глубина поиска публикаций составила 10 лет (2014–2024 гг.)

Общее количество публикаций по теме «особенности координационных

способностей у детей с диагнозом умственная отсталость» было в размере 0 публикаций. Это говорит о том, что за период с 2014 года по 2024 год данная проблема не была на пике публикационной активности, не изучалась вовсе.

Общее количество по теме «мелкая моторика» составило 4742 публикаций. Первая публикация по данной теме была опубликована в 2014 году. Пик публикационной активности наблюдался в 2023 году.

Общее количество по теме «умственная отсталость» было в размере 8442 публикации. 2014 год выпал на публикацию первой работы по данной теме. Пик публикационной активности связан с 2024 годом.

Публикации были представлены преимущественно на русском языке. Повышение исследовательского интереса наблюдались с 2015 года по 2020 год, а спад интереса был в 2021 года. С 2022 года по 2023 год актуальность проблемы вызвала внимание ученых.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что изучение данной темы имеет высокий спрос к изучению особенностей к координационных способностей у детей с диагнозом умственная отсталость.

Список литературы

1. Бернштейн, Н. А. Построение движений [Текст] / Н. А. Бернштейн. – М.: Наука, 1990. – 174 с.
2. Бернштейн, Н. А. Физиология движений и активность [Текст] / Н. А. Бернштейн – М.: Академия, 2010. – 284 с.
3. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов [Текст] / Т. Г. Визель. – М.: АСТ: Транзиткнига, 2005. – 384 с.
4. Сиротюк А.Л. Коррекция развития интеллекта дошкольников – М: ТЦ Сфера, 2001. - 48 с.
5. Фокеев В. А. Библиографическая наука и практика: терминологически словарь / Под науч. ред. Г. В. Михеева. СПб.: Профессия, 2008. 272 с.

ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Недурева Т.В., Кустова М.Ю.

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

Актуальность. Имеются различные варианты трактовки термина «конструктивная деятельность». Традиционное значение латинского слова «construere» содержит в себе главный принцип конструирования – создание конкретного взаимного расположения различных элементов, частей, предметов относительно друг друга. Но определенно значимым является факт указания конечного результата практической деятельности, которым является разработка и воплощение определенного, заранее задуманного реального продукта, соответствующего его функциональному назначению [1]. Дети с умственной отсталостью отличаются общим стойким недоразвитием познавательной психической сферы, вызванной отставанием в онтогенетическом развитии. В целом отмечается несоответствие нормативному возрастному развитию. Предметно–манипулятивная деятельность является ведущим типом деятельности для раннего детства. Континуум её становления по мере взросления ребёнка направлен в сторону приобретения таких параметров, как целенаправленность и осмысленность [6]. В случае дизонтогенетического развития по типу умственной отсталости вследствие недоразвития, незрелости мозговых структур не происходит полноценного развития психических функций в характерные для нормального онтогенеза чувствительные периоды. Ведущая деятельность, соответствующая возрасту, таким образом, не обеспечивает становление условно нормальной психической деятельности [2]. В структуре олигофренического симптомокомплекса В.М. Блейхер, И.В. Крук описали особенности проявления высших психических функций (сниженный уровень обобщения, слабость внимания и памяти). Согласно принципу единства сознания и деятельности (С.Л. Рубинштейн), психика формируется в деятельности в ней же и проявляется. В деятельности формируется мышление. По мнению Л.С. Выготского, оно по своему строению одинаково при нормальном и отклоняющемся развитии, только в последнем случае имеются специфические особенности [5]. Это имеет место и при рассмотрении познавательной сферы у детей с интеллектуальной недостаточностью. У представителей данной группы детей страдает как становление специфических детских видов деятельности, так и конструктивный праксис.

Цель исследования – анализ отечественных и зарубежных материалов исследований в отношении проблемы конструктивных умений у детей с умственными отклонениями. Рассмотрение особенностей конструктивных способностей у детей с интеллектуальной недостаточностью позволит разработать концептуальную модель, оптимизирующую диагностическую работу и служащую опорным элементом в выявлении мишеней. И которая будет способствовать более продуктивному воздействию в рамках коррекционных программ.

Исследования отечественных и зарубежных психологов позволяют сделать вывод относительно значения конструктивной деятельности. Она обеспечивает «благоприятные условия для развития действий перцептивного и интеллектуального моделирования свойств и отношений предметного мира» [3]. По мнению Петровой В.Ф., развитие конструирования заключается в формировании общих конструктивных умений (т.е. способности выделять существенное в объекте, умение анализировать и синтезировать отдельные части, создавать объект по заранее заданным параметрам), а на их основе – конструктивного стиля мышления. Выстраивается связь с пространственным мышлением, которое определяется, как способность создавать модель на уровне представления (в умственном плане) и мысленно выполнять ее преобразования по выбранным характеристикам [4]. Если речь идет о детях с умственной недостаточностью, в таком случае выполнение практической задачи имеет следующие особенности. Отмечаются трудности уже на этапе

ориентировки в условиях задачи, учёте прошлого опыта, в оценке свойств объекта и отношений между ними. Существенные трудности проявляются при переходе формы выполнения задания из категории наглядно-действенного в направлении наглядно-образного [3].

Степень сформированности познавательной активности определяет становление конструктивных действий. Познавательные акты являются необходимым элементом практических видов мыслительной деятельности. В структуре конструктивной деятельности значительная роль принадлежит характеру развития пространственных представлений ребёнка, позволяющих ему осуществлять взаиморасположение частей в пространстве. В процессе конструирования происходит отражение внешних свойств предметов, их функциональной специфики, которые впоследствии оформляются в образные представления объектов моделирования. За точность реализации модели отвечает уровень психомоторного развития, что способствует повышению качества конечного продукта конструирования. Планирование отдельных действий и деятельности в целом, регуляция её процесса и контроль конечного результата закреплены за речью, выполняющей планирующую функцию. Неоспоримым является факт, что у детей с интеллектуальными нарушениями мышление в его практической форме развивается своеобразно. Даже позитивная динамика его формирования в процессе взросления ребенка не реализует возможность достижения уровня нормотипичной тенденции.

Специфика конструктивной деятельности детей с умственной отсталостью определена её динамикой и структурой. Если у ребенка с нормальным онтогенетическим развитием цель его конструирования описывается в характеристиках устойчивости и осознанности её реализации, то при рассматриваемом типе дизонтогенеза она иная. В этом случае цель более примитивна, не всегда вписывается в рамки адекватных ребенку возможностей. При умственной отсталости в целом страдает мотивация к выполнению деятельности по конструированию каких-либо моделей. Возможны варианты отказа от осуществления предложенного задания, когда ребенок как бы забывает суть имеющегося у него намерения, по сути, теряя цель задания. Планирование действий в постижении цели осложняется и тем, что речь у детей с интеллектуальной неполноценностью не выполняет свойственной ей функции планирования. Они зачастую не обдумывают свои действия и не проговаривают их. В динамике развития конструктивной деятельности определённое значение имеют уникальный набор образных представлений ребенка, своеобразие аналитической и синтезирующей функции пространственной сферы, работа критического компонента, наличие в свободном доступе объектов, игр, взаимодействие с которыми способствует обучению конструированию [3].

Выводы. У детей с умственной отсталостью наиболее сохранным остаётся наглядно-действенный тип мышления, что предоставляет возможность организации коррекционно-развивающих мероприятий с использованием конструктивной деятельности. Можно предположить, что конструирование обеспечивает организацию зоны потенциального развития возможностей детей с интеллектуальной недостаточностью. В свою очередь, его совершенствование создаёт условия для дальнейшего повышения трудоспособности детей с дизонтогенетическим типом развития.

Список литературы

1. Амет-Уста З.Р., Бекташева Ш.Ф. СПЕЦИФИКА КОНСТРУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА // Форум молодых ученых. 2019. №4 (32). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-konstruktivnoy-deyatelnosti-detey-starshego-doshkolnogo-vozrasta> (дата обращения: 08.05.2024).

2. Балич, Ф. Ш. Формирование конструктивных умений у детей с умственной отсталостью / Ф. Ш. Балич. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 20 (206). — С. 376-378.

3. Вялых, О. А. Особенности конструктивной деятельности младших школьников с недостатками в интеллектуальном развитии : специальность 19.00.07

"Педагогическая психология", 19.00.10 "Коррекционная психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Вялых Ольга Анатольевна. – Иркутск, 1999. – 185 с. – EDN NLPJUV.

4. Петрова, В. Ф. Методика математического образования детей дошкольного возраста: краткий конспект лекций // Каз. федер. ун-т. / В.Ф. Петрова. -Казань, 2013. - 203 с.

5. Скворцов И.А., Адашинская Г.А., Нефедова И.В. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций у детей : Учеб.-метод. пособие / И.А. Скворцов, Г.А. Адашинская, И.В. Нефедова; Науч.-терапевт. центр профилактики и лечения психоневрол. инвалидности. - М. : Тривола, 2000. – 50 с., ил.

6. Чурикова, М. А. Особенности конструктивной деятельности у младших школьников с нарушением слуха / М. А. Чурикова // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход (с использованием дистанционных технологий) : Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Курск, 17–18 ноября 2022 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. – С. 384-386. – EDN POYFNL.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИЕЙ

Николаевская А.О., Жерновская В.А.

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

Актуальность. Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в подростковой среде в последние годы в нашей стране стала особенно острой [1]. Так, согласно исследованию Всемирной организации здравоохранения, Россия занимает 15 место по распространенности детского и подросткового алкоголизма. К ранней алкоголизации относятся случаи употребления алкоголя детьми и подростками, не достигшими 16-летнего возраста [2]. Ученые отмечают о снижении возраста начала алкоголизации среди молодежи □ он стал ниже в среднем на десять лет.

Зависимое поведение необходимо рассматривать в совокупности с психологическими особенностями подростков. Понимание закономерностей его формирования связано с выявлением индивидуально-психологических особенностей личности подростка, потенциально способных привести к формированию зависимости [3,4].

Существуют множество взглядов, раскрывающих особенности подросткового возраста. Ряд исследователей рассматривает подростковый возраст, как фактор риска для развития девиантного поведения [2]. Знакомство подростков с алкоголем чаще всего происходит в период с 10 до 12 лет за праздничным столом дома, реже – в компании друзей постарше. Уже в 13-14 лет алкоголизация возобновляется в связи с каким-либо событием, например, получением паспорта, проблемами в школе. В этот период употребление спиртных напитков несет за собой определенное психологическое содержание, символизируя для подростков приверженность взрослому образу жизни, самостоятельности. А.Е. Личко [3] подчеркивает, что «ранняя алкоголизация часто возникает как одно из проявлений делинквентности».

Цель исследования. Изучить особенности личности подростков с ранней алкоголизацией.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 15 подростков в возрасте от 15 до 17 лет мужского пола, поставленные на учет за распитие спиртных напитков. Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» г. Курска. Ведущий метод исследования – клинико-психологический, теоретико-методологический, психодиагностический, статистический (непараметрический критерий χ^2 – критерий Пирсона для анализа данных, представленных в номинативной шкале). Использовались такие психодиагностические методики: модифицированный ПДО А.Е. Личко, склонность к аддиктивному поведению Н.Н. Телеповой.

Результаты. При сборе анамнестических данных было выяснено, что 100% испытуемых воспитывается в неполных семьях. По результатам проведенной методики «модифицированный ПДО» у 54% исследуемых подростков был выявлен демонстративный тип личности, что объясняется особенностями возраста и желанием выделиться из группы сверстников, например, употребляя алкогольные напитки. Эпилептоидный и неустойчивый типы были выявлены у 33% и 13% соответственно, что связано с наличием желания испытать состояние веселья, снять внутреннее напряжение и получить «разрядку» путем опьянения. При диагностики стадии аддиктивного поведения были получены следующие результаты: 46% находятся на начальной стадии развития, 46% - на стадии развития, и всего у 8% такое поведение не прослеживается. При статистической обработке результатов

шкал выше упомянутых методик, с помощью критерия Пирсона были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости: $p\text{-level} = 0,00470$, что позволяет сделать вывод о взаимосвязи типа акцентуации и стадии развития зависимости. При демонстративном типе личности у 87,5% обнаружена начальная стадия алкоголизма.

На стадии развития алкогольной зависимости оказались все исследуемые подростки как с эпилептоидной, так и с неустойчивой акцентуациями. Высокая частота алкоголизации подростков неустойчивого типа вполне понятна – страсть к бездумным развлечениям и удовольствию составляет одну из главных черт этого типа[2]. У подростка с эпилептоидной акцентуацией характера опьянение имело дисфорический характер, быстро возникало неодолимое влечение к алкоголю, приводящее в некоторых случаях к потере сознания в результате употребления большого количества спиртного. Таким образом, мы наблюдаем взаимосвязь особенности личности подростков и склонности к зависимому поведению.

Выводы. Проведенное исследование позволило выявить, что на развитие ранней алкоголизации могут влиять индивидуальные биологические и психологические особенности преморбидной личности, такие как акцентуации характера неустойчивого и эпилептоидного типа, а также демонстративного типа. Однако последний тип объясняется особенностями подросткового возраста: демонстративные выпивки служат целью привлечения внимания окружающих, значимых близких и получения в компании, по их мнению, высокого статуса посредством такого образа жизни. В дополнение к вышесказанному необходимо отметить, что неблагоприятная микросоциальная среда (в данном случае факт воспитания в неполной семье) является существенным фактором в развитии зависимости. Эти результаты подчеркивают важность внимания как к психологическому, так и к социальному благополучию подростков и необходимость приложить максимум усилий для профилактической работы аддиктивного поведения у данного контингента подростков.

Список литературы

1. Погосов, А. В. Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков / А. В. Погосов, Е. В. Аносова // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2011. – № 2. – С. 67-77. – EDN ORNKTV.
2. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков – СПб: Наука и Технология, 2017. – 253 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков – Л.: Медицина, 1983 г. – 31 с.
4. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
5. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов. - Казань, РЦПНН при КМРТ; И.: Марево, 2002. - 240 с.
6. Федеральная служба государственной статистики. Население. Здравоохранение. www.gks.ru (дата обращения – 26.04.2024).
7. Погосов, А. В. Направления психологической работы с подростками с табакокурением и табачной зависимостью / А. В. Погосов, Ю. Л. Токмачева // Университетская наука: взгляд в будущее : Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета. В 2-х томах, Курск, 07 февраля 2020

года / Под редакцией В.А. Лазаренко. Том II. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 622-624. – EDN OZDKWY.

8. Погосов, А. В. Сравнительная оценка клинико-психологических проявлений табакокурения и табачной зависимости у школьников / А. В. Погосов, Ю. Л. Ламонова // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 28-32. – EDN TGSMOF.

ТРЕВОЖНОСТЬ И КОМПЬЮТЕРНАЯ АДДИКЦИЯ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ

Николаевская А.О. , Жерновская В.А.

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

Актуальность. Дети подросткового возраста сталкиваются со множеством вызовов современности. Речь идет о тотальной урбанизации с принципиально новыми ценностями и качеством жизни, наполненности информационного пространства, ограниченной физической активности, нерациональном питании, повышенном интересе к интернет-ресурсам [1]. С другой стороны, подростки погружены в достаточно интенсивный процесс обучения с повышенными требованиями со стороны родителей и общества, они сталкиваются с дополнительной образовательной нагрузкой. Эти моменты ответственны за раннее приобщение детско-подросткового населения к электронным девайсам, активное использование сети Интернет, мессенджеров, социальных сетей [2]. Недостаточность сенсорного развития, сниженная коммуникативная активность, акцент на достижения также относятся к проблемам подросткового периода. Последние накладываются на пубертатный период, который сам по себе является сложным в жизни каждого подростка с формированием новых представлений и себе и окружающем мире, изменением гормонального фона [3]. По мнению исследователей, подобные вызовы потенциально превышают адаптационные, физиологические возможности подростков и могут стать причиной отклоняющегося поведения [4]. Одной из таких форм является компьютерная аддикция – форма деструктивного поведения, выражающееся в стремлении к уходу от фрустрирующей реальности посредством изменения своего психического состояния фиксацией внимания на интернет-ресурсах [5]. Перенос круга общения из реального мира в виртуальный влечет за собой потерю навыков общения и формированию отклоняющегося поведения, формирование других видов зависимости. Существует прямая связь между развитием компьютерной зависимости и уровнем тревожности. Чем выше последний, тем больше вероятность обращения к компьютеру, как способу избегания стресса [6-8].

Цель исследования. Проанализировать уровни тревожности и явлений компьютерной зависимости у подростков младшего подросткового возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 22 подростка в возрасте от 12 до 13 лет. В основную группу вошли 11 подростков □ жителей Белгородской области, в контрольную 11 подростков – жителей Липецкой области. Основными методами исследования стали теоретико-методологический, клинико-психологический, психодиагностический с использованием таких психодиагностических методик, как Шкала тревоги Спилбергера-Ханина STAI, скрининговая диагностика компьютерной зависимости Юрьевой Л.Н., Больбот Т.Ю., статистический метод (непараметрический U-критерий Манна-Уитни для анализа данных, представленных в номинативной шкале, корреляционный анализ Спирмена).

Результаты. По результатам методики «Шкала тревоги Спилберга-Ханина STAI» установлено, что в основной группе подростки отличались повышенными и высокими уровнями ситуативной тревожности: у 46% - средний, у 56% был выявлен высокий уровень ситуативной тревожности. В контрольной группе преобладал низкий уровень ситуативной тревожности, он фиксировался у 55% испытуемых, высокий был обнаружен в 8% случаев. Личностная тревожность подростков как основной, так и контрольной группы преимущественно средний (63% и 61% соответственно).

С помощью методики «Скрининговая диагностика компьютерной зависимости Юрьевой Л.Н., Ботьбот Т.Ю.» в основной группе у 83% подростков была выявлена компьютерная зависимость. В контрольной группе преобладающее число подростков (73%) находятся на стадии увлечения, зависимость установлена в 27% случаев. Различия значимы. Балльная оценка уровня компьютерной зависимости позволила установить различия на высоком уровне статистической значимости: ($p\text{-level}=0,003021$) по шкале компьютерной зависимости у подростков основной группы. С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена установлены прямые, положительные корреляционные связи между уровнями тревожности и компьютерной зависимости у пациентов обеих групп.

Выводы. Высокий уровень ситуативной тревожности обладает стрессовым воздействием на подростка, что может способствовать формированию склонности к компьютерной зависимости. Подобный уход от реальности, «избегание» посредством проведения времени в виртуальной реальности может быть свидетельством неадаптивного совладающего поведения, что требует психологической помощи. Считаем, что организация досуга, приобщения подростков к групповым спортивным мероприятиям, внеклассные мероприятия, занятия, проводимые школьными психологами и направленными на преодоление стресса, научение аутогенной тренировке, техникам дыхания, освоение адаптивных техник борьбы со стрессом будут способствовать гармонизации психического состояния подростков.

Список литературы

1. Кучма, В. Р. Вызовы XXI века : Гигиеническая безопасность детей в изменяющейся среде : [часть I] / В. Р. Кучма – Текст : непосредственный // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2016. – № 3. – С. 4–21.
2. Психическое здоровье современных школьников : Распознавание угроз и перспективы их устранения / М. В. Белоусова, А. М. Карпов, М. А. Уткузова [и др.]. – Текст : непосредственный // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – № 5. – С. 16–21.
3. Тювина Н.А., Столярова А.Е., Воронина Е.О. Депрессии у женщин. ГЕОТАР-Медиа. 2023, 160 с.
4. Булычева Е. В. Психическое здоровье детей и подростков школьного возраста: Вызовы XXI века. Обзор // Е.В. Булычева // Оренбургский медицинский вестник. – 2019. – Т9. - № 1(33). С. 5-10.
5. Погосов, А. В. Современное состояние вопроса интернет-зависимости: клиника, диагностика, личностные особенности / А. В. Погосов, М. Л. Филатова, И. А. Погосова // Наркология. – 2017. – Т. 16, № 6(186). – С. 79-93.
6. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – 2000. – 304 с.
7. Симатова, О. Б. Тревожность как фактор риска и протекции игровой компьютерной аддикции у подростков / О. Б. Симатова, К. В. Гранина // Гуманитарный вектор. – 2012. – № 1(29). – С. 235-239.
8. Ярмедова С.Ф. Модель профилактики Интернет-зависимости в молодежной среде. Исследования молодых ученых-вклад в инновационное развитие России: докл. мол. Ученых в рамках прогнр. «У.М.Н.И.К.», Астархань: Нижеволожский экоцентр, 2014. Р. 101-102

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ В АНАМНЕЗЕ

Николаевская А.О., Шкодова А.А.

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

Введение. Решение вопросов регулирования рождаемости во все века были актуальны для человечества. Поиском методов контрацепции и прерывания беременности занимались ещё врачи древнего мира. На протяжении всей истории человечества аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, философии, юриспруденции и теологии [1-3]. Россия также прошла долгий путь от полного запрещения в дореволюционной России аборт до их легализации уже в советское время. В 1920 году в связи с тем, что количество нелегальных аборт приняло угрожающие размеры, были разрешены легальные аборты. Но уже в 1936 году аборты в нашей стране снова были запрещены, их могли производить только по медицинским показаниям. В 1955 году был принят указ «Об отмене запрещения аборт», который предоставил женщине право самой решать вопрос о возможности материнства и разрешил производство легальных искусственных аборт без медицинских показаний, но только в лечебных учреждениях. В настоящее время показания к аборту в нашей стране не ограничиваются чисто медицинскими основаниями. Так, в первом триместре беременности (до 12 недель) аборт может быть совершен по желанию женщины [4]. Литература, посвященная проблеме влияния медицинского аборт на психическое здоровье женщины, свидетельствует о снижении качества жизни, нарушении социального, психологического и духовного аспектов, вплоть до формирования аффективных расстройств различной степени тяжести [5-10]. Наиболее частым проявлением нарушений в аффективной сфере становится депрессивный синдром. Его клиническими специфическими характеристиками являются чувство вины, потери, стойкое снижение энергии, сопутствующая тревога, страх неудач потенциального родительства в будущем, навязчивые воспоминания ситуации перенесенного аборт [11-15].

Цели исследования. Оценить состояние аффективной сферы женщин с перенесенным по желанию медицинским абортом.

Материалы и методы исследования. В основу работы легли результаты обследования на добровольной основе 30 женщин с перенесенным абортом. Обследование проводилось в Курском городском клиническом родильном доме в период с 2023 по 2024 г. В основную группу вошли 15 женщин, совершивших аборт по собственному желанию, в контрольную – 15 женщин с абортом по медицинским показаниям. Возраст обследованных женщин составил 19-35 лет.

Основными методами исследования стали теоретико-методологический, клиничко-психологический, психодиагностический с использованием таких психодиагностических методик, как Шкала депрессии Бэка BDI, статистический метод (непараметрический Критерий Фишера).

Результаты исследования. Установлено, что пациентки с совершенным по желанию женщины абортом отличаются наличием умеренного уровня депрессивного синдрома. При аборте по медицинским показаниям умеренной и тяжелой степенью выраженности депрессии; различия статистически значимые ($p \leq 0,01$).

Выводы. Искусственное прерывание беременности затрагивает психическое здоровье женщин. Женщины, имеющие в анамнезе опыт аборт, совершенного по медицинским показаниям, более склонны к выраженным депрессивным реакциям по сравнению с теми, кто совершил «репродуктивный выбор».

Список литературы

1. Николаевская А.О., Севостьянов О.В. Постабортный синдром у женщин со вторичным бесплодием // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора А.В. Погосова (с использованием дистанционных технологий). Под редакцией В.А. Липатова. Курск, 2022. С. 157-159.
2. Николаевская А.О., Шкодова А.А. Эмоциональная сфера женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход): Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию кафедры психиатрии и психосоматики, Курск, 18–19 мая 2023 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2023. – С. 47-49.
3. Богатова И.К., Сотникова Н.Ю. Проблема нежеланной беременности и аборта в молодежной среде. М.: Мать и дитя. Москва, 2007. С. 334-335.
4. Волгина В.Ф. Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. Москва, 2003. 26 с.
5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. Москва, 2008. 35 с.
6. Краснопольская К.В. Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. Москва, 2003. 304 с.
7. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия: Лекция [Текст]. Акушерство и гинекология. 2002. № 2. С. 56-59.
8. Леваков С.А., Павлова С.А., Бугрова Т.И., Кедрова А.Г. Современный взгляд на бесплодный брак. Клиническая практика. 2010; 3: 92-97. URL:<https://journals.eco-vector.com/clinpractice/article/view/8173>
doi:<https://doi.org/10.17816/clinpract1392-97>
9. Мустафина Г.Т., Шарафутдинова Н.Х., Халикова Л.Р. Клинико-статистическая характеристика женщин с бесплодием. Современные проблемы науки и образования. 2015, 5: 8 с. URL:<https://science-education.ru/ru/article/view?id=22076>
10. Осложнения при аборте: Руководство по техническим и управленческим аспектам предупреждения и лечения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Женева: Медицина, 1995, С.183. URL:<https://iris.who.int/handle/10665/85355>
11. Прилепская В.Н., Куземин А.А., ред. Аборт в I триместре беременности. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 224 с.
12. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 528 с.
13. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019; 11(4): 117-124. doi:10.14412/2074-2711-2019-4-117-124
14. Тювина Н.А., Николаевская А.О., Балабанова В.В., Ильченко К.Н. Сравнительная характеристика репродуктивной функции у психически здоровых и психически больных женщин с бесплодием. Гинекология. 2023; 25(2): С.195–201. doi:10.26442/20795696.2023.2.201838

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Онучина А.В.

**Муниципальное общеобразовательное учреждение средняя
общеобразовательная школа с углублённым изучением № 1, Советск, Россия**

В целях оказания психолого-педагогической помощи обучающимся из числа семей ветеранов (участников) специальной военной операции Министерство Просвещения России совместно с Министерством образования и науки России был разработан алгоритм сопровождения в общеобразовательных организациях детей участников специальной военной операции.

Алгоритм включает рекомендации для администрации образовательных организаций и педагогических работников и иных специалистов образовательных организаций, в целях оказания таким детям необходимой помощи, в том числе психологической [1].

Цель исследования – теоретически обосновать и рассмотреть основные научные подходы в исследовании проблемы кризисного психологического консультирования, представить принципы психолого-педагогического сопровождения обучающихся, раскрыть этапы психологического консультирования детей участников специальной военной операции.

Материалы и методы исследования – теоретические методы исследования (изучение идей гуманистической психологии Карла Роджерса: безусловное принятие ребенка, умение психолога проявлять эмпатию и конгруэнтность. Теоретические положения диалогического подхода в психологии кризисного консультирования. Метод анализа ключевых переживаний ребёнка).

Результаты исследования

Проблема оценки актуального психологического состояния детей участников специальной военной операции приобретает особую важность для качественного проведения ранней диагностики признаков стресса обучающихся, который отражается, прежде всего, на физиологическом состоянии (психосоматические проявления), когнитивных процессах (внимание, память, мышление), психическом состоянии (раздражительность, апатия, усталость, чувство тревоги), поведенческих проявлениях (агрессия, снижение активности, вызывающее поведение).

Психологическое консультирование детей участников специальной военной операции предполагает работу с переживаниями обучающихся, помощь в выражении эмоций, понимание того, что все чувства имеют право на существование. Педагог-психолог работает с неудовлетворительным психологическим состоянием детей, в том числе обусловленным пережитым травмирующим событием, возникшим в результате воздействия психотравмирующей ситуации: избегающее поведение, связанное с травмирующим фактором; подавленность, апатия, пассивность; замкнутость и скрытность.

В основаниях кризисного психологического консультирования находятся, следующие принципы психолого-педагогического сопровождения обучающихся:

1) Уменьшение степени интенсивности переживания. Психолог работает с множеством различных чувств, воспоминаний, мыслей ребёнка; помогает ребёнку пережить негативный опыт, полностью принять его и интегрировать. Психолог знакомит ребёнка со структурой процесса переживаний, учит проговаривать все возникшие эмоции, негативные в том числе, обогащая эмоциональный интеллект ребёнка.

2) Интеракция состояния обучающегося. Для более глубокого переживания и осознания происходящего, чувств, отношений психолог организует процесс интеракции эмоционального опыта учащегося. При этом, обучающийся может не акцентировать внимание на своих переживаниях, эмоциях, ребёнок может описывать события и состояния. Психолог выбирает роль помощника. Помогает ребенку определить свои переживания, описать эмоции, физические ощущения, отношения других участников к ситуации. Работая с содержанием переживания ребёнка, психолог устанавливает причинно-следственные связи в возникшей ситуации. Главная задача – удержать ребенка в ситуации переживания. Уместны будут, следующие вопросы: «Какие чувства ты переживал?», «Кому они были адресованы?», «К чему они привели?», «Что ты ощущал?», «Как боролся с ощущениями и как они проявились?», «Как ты себя чувствовал?», «Какие чувства испытываешь в данный момент?».

3) Выход на продуктивные способы выражения эмоций. Для проработки ситуации и снижения риска затяжного кризиса необходимо дать возможность, обучающемуся внешне выразить свои чувства.

4) Безусловное принятие обучающегося и его состояния. Психолог даёт возможность для самовыражения обучающегося, для принятия его чувств и действий в кризисной ситуации. Дать ребенку возможность понять, что его чувства являются естественными для него, приемлемыми и адекватными. В данных условиях ребенок ощущает свободу в выражении своего мнения, чувств и переживаний, выборе способов поведения и действий. Главное же заключается в том, что основные действия психолога направлены на помощь обучающемуся в преодолении кризисной ситуации, при этом, он создаёт безопасную атмосферу, оказывает помощь в выражении собственных эмоций и наполняет их смыслом, работает с переживаниями ребёнка, объясняет «нормальность» чувств.

Психологическое консультирование обучающихся из числа семей участников специальной военной операции предполагает применение диалогического подхода в практике работы психолога. Диалогический подход даёт возможность выработать адекватные критерии оценки состояния обучающегося и консультативного процесса в целом. Диалогический подход сосредоточен на определенных универсальных принципах в подходе к человеку, признание самоценности ребенка и его уникальности. Ключевым преимуществом данного подхода является метод анализа ключевых переживаний, что позволяет исследовать бессознательное [2, С. 61 — 76]. Следует обратить внимание, что диалогический подход построен на идеях гуманистической психологии К. Роджерса: безусловное принятие ребенка, умение психолога проявлять эмпатию и конгруэнтность.

С нашей точки зрения, в контексте рассматриваемой проблематики, считаем необходимым, раскрыть этапы кризисного консультирования детей [3, С. 54 — 59].

1. Определение контакта. Задачей психолога на данном этапе установить контакт на эмоциональном уровне. Действия психолога: определить чувства обучающегося; признать за ним право на эти чувства; применять утвердительные выражения в речи, в момент отзеркаливания чувств ребенка.

2. Работа с первичной информацией. Действия психолога: активно изучает актуальное состояние проблемы ребенка, а также связанные с ней чувства; определяет какое из произошедших событий или личных переживаний помогает ребенку раскрыть существующую проблему; номинирует провоцирующее событие; применяет технику «открытых» вопросов, которые не призваны ограничить свободу мыслей; поощряет ребёнка в ситуации конкретных высказываний; выявляет проблему

и выясняет сроки её существования; определяет и называет условия созревания проблемы.

3. Выработка проблемы. Действия психолога: психолог аккумулирует полученную информацию; адаптирует проблему ребенка в таком виде, с которым ребенок будет согласен; дифференцировать с ребенком отдельные вопросы для обсуждения существующей проблемы; определить совместно с ребёнком шаги для проработки отдельных аспектов проблемы.

4. Изучение возможностей. Действия психолога: выявить совместно с ребенком, что он и окружающие его взрослые предпринимали для решения возникшей проблемы; определить, обдумывал ли ребенок пути выхода из сложившейся ситуации, проанализировать предполагаемые шаги. На данном этапе психолог совместно с ребенком проясняет текущие события, а не принимает решения.

5. Выбор способа принятия решения. Действия психолога: помогает ребёнку выстроить реалистичные цели дальнейшей деятельности; корректирует действия ребенка, связанные с контролем эмоций и состояний окружающих; предупреждает о последствиях неправильного решения; совместно с ребенком переформулирует нерешаемую проблему и объясняет возможные следствия действий ребенка.

6. Соглашение. Действия психолога: изучает способность ребенка действовать по намеченному плану и выясняет, какой следующий шаг способен совершить ребенок в сторону разрешения проблемы.

7. Итог консультации. Действия психолога: выявляет локус разрешения проблемного поля ситуации; задаёт уточняющие вопросы и резюмирует промежуточный итог решения кризисной ситуации.

Выводы

С учётом, представленных этапов кризисного консультирования, резюмируем, что психологическое консультирование во многом является процессом спонтанным, который не предполагает жестких схем и категоричных решений, а также требует диалогичности общения [4, с. 20-21]. Определённая этапность помогает оценить эмоциональное состояние ребёнка более рационально, принять его априори и провести качественный анализ психотравмирующих переживаний с помощью психотехник.

Список литературы.

1. «ПИСЬМО»; МИНПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИИ ОТ 11.08.2023 N АБ-3386/07 «О направлении алгоритма»; (вместе с «алгоритмом сопровождения в дошкольных образовательных, общеобразовательных, профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования детей ветеранов (участников) специальной военной операции, обучающихся в соответствующих организациях, в целях оказания таким детям необходимой помощи, в том числе психологической»)

2. Соколова, Е. Т. К обоснованию метода диалогического анализа случая /

Е. Т. Соколова, Н. С. Бурлакова // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 61—76.

3. Пятницкая, Е. В. Психологическая помощь детям и подросткам, переживающим психотравмирующие события : учеб.-методич. пособие для студентов психол. специальностей и практикующих психологов / Е. В. Пятницкая. — Балашов : Николаев, 2008. — 180 с.

4. Копьев А.Ф. Психологическое консультирование: опыт диалогической интерпретации // Вопр. психологии, 1990а. N.3. С. 17-25.

КЛИНИКА ПАМЯТИ (МОСКВА) – НОВАЯ ФОРМА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ С КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ

Осипова Н.Г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента
здравоохранения города Москвы», Москва, Россия**

Актуальность. Деменция – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, негативно влияющее на память, другие когнитивные функции и поведение, неизбежно снижая автономность и независимость пожилого человека в повседневной жизни. Пожилой возраст – один из ключевых факторов возникновения и прогрессирования симптомов деменции. Инвалидизация, зависимость от других людей и серьезное финансовое бремя для семьи и государства – это лишь часть глобальной ситуации, которая наряду с постарением населения возлагает большую ответственность на государственное здравоохранение. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в «Проекте глобального плана действия сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию» отмечает, что деменция «не является неизбежным последствием старения», а обеспечение профилактических мероприятий позволяет снизить риск её развития [1].

В условиях пандемии коронавируса SARS-CoV-2 люди пожилого и старческого возраста с когнитивным дефицитом под воздействием неопределенности ситуации, жестких ограничений в условиях самоизоляции и стресса стали наиболее уязвимой частью населения, что оказало серьезное влияние на их психическое и когнитивное здоровье. В сложившихся условиях наиболее важным аспектом было оказание медико-реабилитационной помощи когорте людей позднего возраста с когнитивным снижением [3].

Данные исследователей разных стран свидетельствуют о том, что нефармакологические вмешательства могут предотвратить или замедлить прогрессирование деменции [6; 10; 11]. В России с 2016 года одной из инновационных форм оказания помощи пожилым людям с легким когнитивным расстройством [2] является программа психосоциальной терапии нейрокогнитивной реабилитации «Клиники памяти» созданной на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента Здравоохранения г. Москвы» [5]. В настоящее время – это социально значимый проект по сохранению когнитивного здоровья и профилактики деменции с целью улучшения качества жизни пожилых людей с легким когнитивным расстройством (ЛКР). В 2023 году вышло второе обновленное издание программы «Нейропсихологическая реабилитация», разработанное по результатам работы «Клиники памяти» [4].

Цель исследования – сравнение результатов клинико-психологической оценки двух программ нейрокогнитивной реабилитации в «Клинике памяти» с пациентами пожилого и старческого возраста с легким когнитивным расстройством в условиях пандемии COVID-19 и после объявления ВОЗ о завершении пандемии коронавируса.

Материалы и методы. Обследованы две группы пациентов: 1. группа №1 – 106 чел. пожилого и старческого возраста (средний возраст $72,9 \pm 7,1$) с диагнозом легкое когнитивное расстройство (F-06.78, МКБ-10) ГБУЗ «ПКБ №1 ДЗМ», «Клиника памяти» участвовавшие в очно-заочной программе нейрокогнитивной реабилитации в период октября 2020 по май 2021 г. в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией и связанными с ней ограничениями в рамках протокола исследования РКВ1-2020-02 «Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей»; 2. Группа №2 – 23 чел. пожилого и старческого возраста (средний возраст $72,9 \pm 4,8$) с диагнозом ЛКР, участвовавшие в очной программе нейрокогнитивной реабилитации в период с июля 2023 по апрель 2024 г.

Методы исследования: 1. клинико-психопатологический; 2. психометрический - шкала Mini-mental State Examination (MMSE) [8], Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [9]; 3. нейропсихологический – адаптированная «Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в пожилом возрасте» [7] с количественной и

качественной оценкой; 4. статистический; 5. программа нейрокогнитивной реабилитации «Клиники памяти», включавшая в себя когнитивные тренинги, психообразование, психотерапию для пациентов позднего возраста с легкими когнитивными расстройствами [4; 5]. Продолжительность очной и очно-заочной нейрореабилитационной программы – шесть недель. До начала программы и по ее окончании с обеими группами проводилась психометрическая и нейропсихологическая диагностика пациентов.

Частичное снятие ограничений на основании Указа Мэра Москвы от 25.09.2020 г. № 92-УМ и письма ОМКО по психиатрии ДЗМ г. Москвы от 29.06.2020 № 03-02-4690/20, адаптация специалистами «Клиники памяти» медико-реабилитационного процесса к ограничениям в условиях пандемии COVID-19 позволили создать очно-заочную форму программы. Особенность проведения очно-заочной программы для группы №1 - пациенты один раз в неделю очно посещали два групповых занятия (тренировка когнитивной сферы и психотерапия). В конце занятий им выдавалось домашнее задание на четыре дня. На следующей неделе осуществлялась проверка домашнего задания, предлагались новые упражнения, направленные на активизацию когнитивных функций, и в конце занятия выдавалось новое домашнее задание.

Оригинальный алгоритм очной программы нейрокогнитивной реабилитации «Клиники памяти» для группы №2 включал в себя в течение дня два групповых когнитивных тренинга и групповое психотерапевтическое или психообразовательное занятие. Участники этой программы посещали клинику пять раз в неделю.

Результаты. Результаты нейропсихологической оценки пациентов группы №1 с использованием экспресс-методики до и после реабилитационной программы показали улучшение по всем исследуемым параметрам когнитивной сферы. Статистически значимые улучшения установлены по суммарному баллу методики ($p < 0,001$), а также по параметрам когнитивной сферы: динамический праксис ($p = 0,0479$), зрительная память ($p < 0,0001$), вербальное мышление ($p = 0,0028$). Оценка регуляторных параметров психической деятельности показала значимое улучшение, а именно: снижение истощаемости, улучшение произвольной регуляции за счет использования речевой регуляции. Оценка когнитивной сферы группы №1 показала значимое улучшение по результатам выполнения MMSE ($p < 0,001$) и MoCA ($p = 0,016$). [7].

Нейропсихологическая оценка группы №2 с использованием «Экспресс-методики» до и после программы реабилитации показала улучшение по всем исследуемым параметрам когнитивной сферы, при этом значимое улучшение показано по суммарному баллу методики ($p < 0,001$), а также по динамическому праксису ($p = 0,004$), отсроченному воспроизведению вербальных стимулов ($p = 0,002$), объему семантической памяти ($p = 0,014$), объему зрительной памяти ($p = 0,049$), а также по нейродинамическому обеспечению психической активности ($p = 0,038$). Оценка когнитивной сферы у группы №2 до и после программы реабилитации также показала значимое улучшение по MMSE ($p = 0,011$) и MoCA ($p = 0,011$).

Выводы. Нейропсихологическая и психометрическая оценка когнитивной сферы у пациентов позднего возраста с легким когнитивным расстройством –участников очной и очно-заочной программ нейрокогнитивной реабилитации показала отчетливое улучшение всех исследуемых параметров когнитивной сферы. При этом значимое улучшение в обеих группах наблюдалось в кинетической организации праксиса, в объеме запоминания новых стимулов в зрительной модальности. Следует отметить, что результаты у группы №2 показали улучшение запоминания не только зрительных, но и слухоречевых стимулов.

Сравнение результатов программ нейрореабилитации, проводившихся в двух форматах, показали эффективность групповых занятий с пациентами с легким когнитивным расстройством. Принципы и опыт работы «Клиники памяти» следует учитывать в работе медицинских психологов с людьми позднего возраста с возрастными особенностями когнитивной сферы.

Список литературы

1. Проект глобального плана действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : официальный сайт. – 2017. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 09.05.2024).
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. – Текст : электронный // Министерство здравоохранения Российской Федерации : официальный сайт. – 1998. – URL: https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf (дата обращения: 09.05.2024).
3. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье пожилых людей. Одноцентровое проспективное интервенционное наблюдательное поисковое исследование / А. В. Андрющенко, М. В. Курмышев, О. А. Карпенко [и др.] // Психическое здоровье. – 2022. – № 17 (5). – С. 3–14.
4. Нейрокогнитивная реабилитация : руководство : монография / Г. П. Костюк, С. И. Гаврилова, М. В. Курмышев [и др.]; под общей редакцией Г. П. Костюка ; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы. – Москва : КДУ : Добросвет, 2023. – 280 с. – Текст : электронный. – URL: <https://bookonlime.ru/node/72954> (дата обращения: 09.05.2024). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
5. Психосоциальная терапия и нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» : монография / Л. А. Бурыгина, С. И. Гаврилова, Г. П. Костюк [и др.] ; под редакцией Г. П. Костюка ; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы. – Москва : КДУ, 2019. : – 332 с. : ил. ; 28 см. – Авт. указаны на обороте тит. л. – Библиогр.: с. 324-326. – 500 экз. – ISBN 978-5-91304-899-8. – Текст : непосредственный.
6. Рощина, И. Ф. Пациенты с мягким когнитивным снижением в позднем возрасте – целевая группа для проведения когнитивной стимуляции : [презентация : материалы международного форума «Cognitive Neuroscience – 2021», Екатеринбург, 2–3 декабря 2021 г.] / И. Ф. Рощина, Н. Д. Селезнева. – Текст : электронный // Cognitive Neuroscience – 2021 : электронный журнал. – URL: <https://elar.urfu.ru/handle/10995/109110>. – Дата публикации: 04.03.2022.
7. Рощина, И. Ф. Оценка эффективности нейрокогнитивной реабилитации пациентов с мягким когнитивным снижением в условиях ограничений во время пандемии COVID-19 / И. Ф. Рощина, Т. С. Сюняков, Н.Г. Осипова [и др.]. – DOI 10.30629/2618-6667-2022-20-4-36-43. – Текст : электронный // Психиатрия. – 2022. – № 20 (4). – С. 36–43. – URL: <https://www.journalpsychiatry.com/jour/article/view/885> (дата обращения: 09.05.2024).
8. Folstein, M.F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh. – DOI 10.1016/0022-3956(75)90026-6. – Text : Electronic // Journal of Psychiatric Research. – 1975. – № 12. – P. 31–35. – URL: https://www.academia.edu/6585944/Mini_mental_state_A_practical_method_for_grading_the_cognitive_state_of_patients_for_the_clinician (дата обращения: 09.05.2024). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
9. Nasreddine, Z. S. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bédirian [et al.]. – DOI 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. – Text : Electronic // Journal of the American Geriatrics Society. – 2005. – № 53. – P. 695–699. – URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Montreal-Cognitive-Assessment%2C-MoCA%3A-A-Brief-Nasreddine-Phillips/4c790c71219f6be248a3d426347bf7c4e3a0a6c4> (дата обращения: 09.05.2024). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

10. Salzman, T. Associations of Multidomain Interventions With Improvements in Cognition in Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis / T. Salzman, Y. Sarquis-Adamson, S. Son [et al.]. – DOI 10.1001/jamanetworkopen.2022.6744. – Text : Electronic // JAMA Netw Open. – 2022. – № 5 (5). – URL: https://www.researchgate.net/publication/360348224_Associations_of_Multidomain_Interventions_With_Improvements_in_Cognition_in_Mild_Cognitive_Impairment_A_Systematic_Review_and_Meta-analysis (дата обращения: 09.05.2024). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
11. Spector, A. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia / A. Spector, M. Orrell, B. Woods. – DOI 10.1002/gps.2464. – Text : Electronic // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2010. – № 25 (12). – P. 1253–1258. – URL: https://www.researchgate.net/publication/41002145_Cognitive_Stimulation_Therapy_CST_Effects_on_different_areas_of_cognitive_function_for_people_with_dementia (дата обращения: 09.05.2024). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

**ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ ВОВЛЕЧЕННЫХ В ПОСЛЕДСТВИЯ БОЕВЫХ
ДЕЙСТВИЙ
(АПРОБАЦИЯ ПРОГРАММЫ)**

Панич О.Е.

**Федерального координационного центра по обеспечению психологической
службы в системе образования Российской Федерации, Федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
образования «Московский государственный психолого-педагогический
университет», доцент кафедры возрастной и социальной психологии
Белгородского государственного национального исследовательского
университета, Белгород, Россия;**

М.И. Розенова

**Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Московский государственный психолого-
педагогический университет», Москва, Россия**

Аннотация: представлена авторская программа, апробированная со студентами НИУ «БелГУ» весной-осенью 2023 года, с подтвержденной эффективностью. Показано, что технология каузометрического психобиографического анализа событий и сфер жизни в специально организованных условиях социально-психологического тренинга, способствует активизации студентов в личностном самоосуществлении в настоящем и прогнозируемом будущем, повышает качество осознания жизненного опыта и ресурсов личности, развивает готовность студентов к выбору конструктивных стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

В ситуации длительного проживания в районах боевых действий и на приграничных к ним территориях, возникает опасность развития травматического стресса населения. При этом особому риску подвержены несовершеннолетние, как не обладающие достаточным уровнем зрелости и способности к саморегуляции. Разработанная программа ориентирована на целевую аудиторию студентов колледжей и вузов юношеского возраста. Период юности характеризуется возрастным психологическим кризисом профессионального и личностного самоопределения и существенным изменением социальной ситуации развития - смены социального окружения, места жительства, академической адаптацией. Способом совладания в ситуации кризиса и неопределённости может выступать стремление к рентному, виктимному, делинкветному поведению (неразборчивым сексуальным связям, игровой виртуальной зависимости, алкоголизации).

Особенно отчётливо обозначенная проблема обостряется для юношей особых социальных категорий, в частности студентов-мигрантов, которые выросли в ситуации кумулятивного военного стресса. Экстремальный фактор угрозы жизни воздействовал на них более длительное время и накладывался на период детства. У студентов, имеющих детский травматический опыт возрастной кризис совпадает с процессом адаптации к учебному заведению и возникают риски не только академической неуспеваемости, но и более глубокой социально-психологической дезадаптации.

По результатам проведенного нами исследования, для большей части (60%) обследованных студентов НИУ «БелГУ» первого курса (n = 83), свойственны повышенные показатели острого и посттравматического стресса. Их функциональное состояние в период адаптации к вузу может быть нарушено. Студенты со значительно выраженными симптомами травматического стресса составляют 7% выборки, их актуальное состояние характеризуется симптомами тревожно-фобического ряда. Процесс адаптации к вузу протекает длительно (более года) и тяжело. Возможны нервно-психические срывы, нарушения функционального состояния. Лица этой группы склонны демонстрировать не нормативное, преддевиантное поведение, обладают не дифференцированной самооценкой, а их временная перспектива ориентирована на проблемное прошлое.

В отношении временной перспективы для периода юности настоящее и будущее обычно более значимо, чем в других возрастах. Однако травматический опыт акцентируя негативное прошлое, способствует схематизации и сокращению психологического времени, формирует специфические феномены «очернения прошлого» и «утраты будущего». У всех студентов с травматическим стрессом, выявлена ориентация на негативное прошлое что противоречит возрастной норме развития [5].

Выявлена выраженность травматического стресса, специфика временной перспективы и образа-Я студентов-мигрантов, которые состоят в негативной оценке прошлого и низкой ретроспективной самооценке. Зафиксированная у респондентов переживающих травматический стресс тенденция к «очернению» прошлого, создаёт риск нарушений осознания непрерывности идентичности, формирования новой идентичности «травмированного» [5]. Указанные проблемные области были учтены в программе психологического сопровождения процесса конструирования позитивной временной перспективы для студентов юношеского возраста, имеющих психотравматический опыт.

Цель программы: профилактика стрессового расстройства у студентов, находящихся в ситуации длительного военного стресса с помощью снижения психоэмоционального напряжения и развития стрессоустойчивости, формирования конструктивной временной перспективы личности.

Задачи программы:

1. Осуществить комплексную профилактику травматического стресса у студентов, в том числе из числа мигрантов.
2. Расширить представление студентов о психогигиене стресса.
3. Гармонизировать эмоциональную сферу личности, снизить тревожность, эмоционально-психическое напряжение студентов в учебных ситуациях.
4. Способствовать использованию студентами приемов стрессоустойчивости в преодолении трудных жизненных ситуаций.
5. Способствовать развитию сбалансированной временной перспективы через освоение технологии каузометрического психобиографического анализа и интеграции психологического времени личности.

Методологические основы программы построены с учетом принципа развития психики и сознания в деятельности, получивший подтверждение в работах отечественных и зарубежных психологов: Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, А.И. Захарова, Т.Д. Зинкевич-Евстегнеевой и др. Программа опирается на теоретико-методологические подходы исследования травматического стресса Г.Селье, Ф.Е. Василюка, С. Розенцвейга, Д.А.Леонтьева, М.И. Розеновой, Л.А. Китаева-Смык, М.Ш. Магомед-Эминова, Х.В.Гаспаряна. Концепцию каузометрии Е.И. Головахи, А.А. Кроника, Р.А. Ахмерова, позитивной психотерапии Н. Пезешкиана. Аспекты психологического сопровождения и педагогической поддержки, рассматриваются в работах М.Р. Битяновой, О.С.Газмана, Е.И.Горячевой, В.Э. Пахальяна, Л.Г. Субботиной.

Принципы реализации программы: единство диагностики и коррекции развития; личностно-ориентированного подхода; комплексности методов психологического и педагогического воздействия; опоры психолога на субъектный опыт студентов.

Целевая группа - студенты юношеского возраста (17-20 лет). Группой риска (повышенного внимания) при этом выступают студенты длительно проживавшие на территориях, вовлеченных в последствия боевых действий.

Организационный раздел программы

Кадровые ресурсы: квалифицированные педагоги-психологи (1-3 специалиста) психологической службы вуза, владеющие навыками массовой психодиагностики и анализа ее результатов (предпочтительно автоматизированного), технологией социально-психологического тренинга для юношеского возраста и опытом индивидуального психологического консультирования студентов.

Организационные ресурсы: внутренний контроль за реализацией программы осуществляет руководитель психологической службы образовательной организации.

Эффект программы усилится при организации внутриведомственного взаимодействия специалистов по социально-воспитательной работе разных уровней образовательной организации (психологическая служба, заместители деканов по СВР, кураторы, воспитатели общежития). Такая работа должна быть системной и может проходить в форме педагогических советов, информационно-методических семинаров, просветительских мероприятий.

Объем и сроки реализации. Минимальный объем - десять занятий, первое и последнее отводятся на диагностику, на них предполагается затратить по 2 часа (всего 4 часа), основной блок занятий по 2 академических часа на каждое занятие (всего 16 часов). Общее время реализации – 20 часов, частота проведения 1-2 раза в неделю. В работе с первокурсниками рекомендуется проведение программы в наиболее стрессогенный для студентов предсессионный период первого семестра (ноябрь-декабрь) либо второго семестра (март-апрель).

Этапы реализации программы:

1 этап - организационный (сбор информации о группе риска, входная диагностика, планирование и создание условий для реализации программы);

2 этап - основной (реализация групповых занятий в форме социально-психологического тренинга, индивидуальное консультирование по запросу студентов);

3 этап - завершающий (контрольная диагностика, посттренинговое сопровождение может быть организовано в форме общего чата в социальной сети, и/или киноклуба; анализ полученных результатов, подведение итогов, составление рекомендаций).

Методический раздел реализации программы

Направления профилактической работы: гармонизация эмоциональной сферы личности, снижение тревожности и напряжения; развитие стрессоустойчивости; развитие сбалансированной временной перспективы через освоение технологии каузометрии (психобиографического анализа событий и сфер жизни).

Основные методы и формы работы: психодиагностика; технология социально-психологического тренинга; индивидуальное консультирование; посттренинговое сопровождение. Структура и приемы групповой работы. На вводном этапе занятия используются ритуалы приветствия, упражнения - активаторы, для создания доброжелательной рабочей обстановки и снятия психологических барьеров в общении. Обсуждение происходящего между занятиями, направленное на анализ изменений в поведении студентов. Разминка в виде игры или психогимнастического упражнения, способствующая включению в групповую работу. В основной части занятия проводятся упражнения, направленные на развитие стрессоустойчивости, гармонизации эмоциональной сферы личности, снижения тревожности, эмоционально-психического напряжения. Игры и упражнения, по освоению приемов психобиографического анализа событий и сфер жизни, анализ прошлого опыта, осмысление имеющихся ресурсов, направлений и способов возможной самореализации личности. И на заключительном этапе - подведение итогов занятия, сбор обратной связи от участников и тренера. Домашние задания (с поддержкой в общегрупповом чате).

Качественная и количественная оценка результатов показала, что программа способствует активизации студентов в личностном самоосуществлении в настоящем и прогнозируемом будущем, повышает качество осознания жизненного опыта и ресурсов личности, развивает готовность студентов к выбору конструктивных стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

Список литературы

1. Кроник, А.А., Ахмеров, Р.А. Каузометрия. Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути.- М.: «Смысл», 2008.- 303 с.

2. Методические рекомендации для программ обучения специалистов по психолого-педагогическому сопровождению и социальной адаптации детей,

возвращённых из зон боевых действий / Под ред. О.Е. Хухлаева, О.С. Павловой, Н.В. Тарулиной. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. – 532 с.

3. Панич, О.Е. Психологические проявления травматического стресса в юношеском возрасте (на примере студентов Белгородской области) // Вестник Московского государственного университета технологий и управления имени К.Г. Разумовского (Первый казачий университет). Серия прикладных научных дисциплин. 2023. Том 2. №2. С. 175-190.

4. Современные антистресс-технологии в профессиях экстремального и помогающего типа / Розенова М.И., Огнев А.С., Екимова В.И., Кокурин А.В. // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 3. С. 19–30. DOI: 10.17759/jmfp.2023120302[Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/journals/jmfp/archive/2023_n3/Rozenova_et_al (дата обращения: 15.03.2024).

5. Стресс и страх в экстремальной ситуации / М. И. Розенова, В.И. Екимова, А. В. Кокурин [и др.] // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 94-102.

БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Пастух И.А., Волохова Д.А.

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

Актуальность: Современное общество встает перед проблемой алкогольной зависимости, принимающей глобальный характер. Алкогольная зависимость, также именуемая как алкоголизм или расстройство употребления алкоголя - это хроническое заболевание, характеризующееся непреодолимым, навязчивым и бесконтрольным употреблением алкоголя, вопреки негативным последствиям. Считается расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, в частности, алкоголя.[2]

Алкоголизация связана с увеличением производства алкоголя, нейтральным или положительным отношением к опьянению, и в принципе, к общему состоянию после употребления, культурными традициями и ритуалами, в отношении потребления алкоголя и связанных с этим переживаниями стресса и депрессии, выходящих на первые позиции среди психических заболеваний людей в современном мире. Немаловажное значение в возникновении алкоголизма имеют и индивидуально-психологические особенности человека.[4]

По вопросу врожденных характеристик личности человека, которые были предрасположены к потреблению и особенно злоупотреблению алкоголем, было проведено множество исследований, целью которых являлось определение специфических черт личности. Однако, есть нечто общее, что объединяет таких людей. Очень похожее и негативное психологическое воздействие алкоголя на личность. Чем больше люди употребляют алкоголь, тем больше они становятся похожи друг на друга, у них появляется общий "интерес". Изначально разные по характеру, воспитанию и кругу общения лица приходят к стандарту деградации алкогольного типа.

Также, в процессе употребления алкоголя, возникают определенные общие психологические особенности личности, которые, помимо того, что тяжелы сами по себе, но и осложняют зависимость. Это неадекватное отношение к своему заболеванию, противоречивость личности, эгоцентризм и инертность.

Таким образом, проведение библиометрического анализа позволит проанализировать актуальность исследований по данной проблеме.

Цель исследования: изучение освещенности особенностей психологических аспектов у лиц с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось с использованием информационных баз Elibrary.ru, Cyberleninka.ru. и литературных источников. Информационно-аналитический обзор публикационной активности заданной проблемы осуществлялся с помощью метода библиометрического анализа по критериям: год, база данных, тематические направления во временной период 2014-2024 годы.

Результаты исследования: При помощи библиометрического анализа на базе электронной библиотеке Elibrary.ru и Cyberleninka.ru проанализировали тему особенностей психологических аспектов у лиц с алкогольной зависимостью. В результате анализа ключевых слов «алкогольная зависимость», «психологические аспекты» в период за 2014-2024 годы найдено 260 статей по теме проблемы алкогольной зависимости, 41 статья из которых удовлетворяла условиям поиска, учитывающих ключевые слова (15,77%).

Провели анализ публикационной активности по годам и выяснили, что наблюдается стабильно высокий интерес к проблеме изучения особенностей психологических аспектов у лиц с алкогольной зависимостью.

В различных психологических исследованиях проводился анализ качества жизни, наследственности, социального окружения, личностных особенностей, а также учитывались типы личностных расстройств.

Во время первого употребления спиртных напитков человек может испытать состояние опьянения, которое будет сопровождаться какими-либо эмоциями, которые будут направлены на активное действие. В этот момент они укрепляются в памяти, закрепляются и приводят к повторному потреблению спиртного.

Принятие алкоголя для достижения желаемого состояния может привести к ощущению необходимости его принятия. Исследование, проведенное Д. Гуавиным, показывает, что развитию алкоголизма способствуют различные факторы, среди которых наиболее значимыми являются биологические, социальные и психологические.

1. Унаследованная предрасположенность, которая подразумевает наличие генетических факторов, способствующих развитию зависимости (было установлено учеными наличие генов, способствующих формированию физической зависимости от алкоголя; дети, рожденные от родителей-алкоголиков, сталкиваются с проблемами, связанными с заболеваниями центральной нервной системы; также обнаружены особенности метаболизма, реагирующего на алкоголь, у представителей определенных этнических групп и другие аспекты). По мнению самого Д. Гуавина, у членов семей, в которых есть больные алкоголизмом, вероятность развития этого расстройства составляет примерно в 7 раз больше, чем у людей, не имеющих алкоголиков в семье.

2. Ближайшее социальное окружение демонстрирует модель поведения - употребление алкогольных напитков как способ решения существующих проблем.

3. Личностные особенности, такие как слабохарактерность, уязвимость, ранимость, неуверенность в своих силах и способностях, восприимчивость к внешним обстоятельствам и воздействиям, впечатлительность, неумение противостоять трудностям, психоэмоциональная незрелость, агрессивность, эгоцентризм и др.[3]

Такие авторы, как В.М. Блейхер, И.В. Крук выделяют 4 основных типа личностных расстройств у лиц, страдающих алкоголизмом.

1. Невротический тип (характеризуется невротической тревожностью, интровертной ориентацией, низкой самооценкой с тенденциями к самобичеванию, нестабильным уровнем притязаний).

2. Психотический тип (характеризуется экстраверсией, высоким уровнем невротической тревожности, и при этом, механизмом психологической защиты является рационализация).

3. Экстравертно-анозогнозический тип (характеризуется экстравертной ориентацией, невнимательностью, недостаточной самооценкой, механизмом психологической защиты является самооправданием).

4. Апатически-интровертивный тип (наблюдается выраженная алкогольная деградация личности, характеризующаяся спонтанностью поведения, интровертной ориентацией, социальной изоляцией, отсутствием общительности и снижением интереса к событиям, механизмом психологической защиты является "уход" от реальности).

5. Социальные факторы (улучшение жилищных и материальных условий, особенно питания, тяжелый физический труд, современная организация культурного досуга, ритм жизни, информационная перегрузка и т.д.) [1]

В исследовании Ю.П. Лисицына и П.И. Свиридова выделяются следующие критерии психологических качеств, присущие людям, страдающим алкоголизмом: неорганизованность, чрезмерная реактивность, экстраверсия, импульсивность, ригидность и непродуктивность мышления, высокий уровень напряжения и тревожности, склонность "убегать" от проблем.[5]

Вывод: Таким образом, особенности психологических аспектов у лиц с алкогольной зависимостью являются весьма изученными, но актуальными по сей день. Изучение психологических особенностей у данной категории лиц продолжает развиваться и совершенствоваться.

Список литературы

1. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов: около 3000 терминов. — Воронеж: Модэк, 1995.
2. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы: проблемы клиники и терапии / А.Г. Гофман, М.А. Кудинова // матер. I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24-27 ноября, 2009 г., г. Москва). — М., 2009.
3. Гуавин, Д. Алкоголизм / пер. с англ. — М., 2002.
4. Гурылева Л.В., Нагорнова А.Ю., Переведенцева Л.А., Резниченко О.С., Шилова И.С. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=8072> (дата обращения: 11.05.2024).
5. Лисицын, Ю. П., Свиридов, П. И. Алкоголизм: Медико-социальные аспекты. Руководство для врачей. — М., 1990.

СОБЫТИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКЕ ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА ИНТЕРВЬЮ

Польская Н.А., Якубовская Д.К.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

В последние годы отечественные исследователи наблюдают рост суицидальных попыток и случаев завершеного суицида среди российских детей и подростков в возрасте от 10 до 19 лет [2]. Подростковые самоубийства отличаются от самоубийств взрослых и связаны с проблемами в учебной деятельности, ссорами с родителями и буллингом [1].

Ярко выраженный ситуативный характер трудностей, связываемых с подростковыми суицидами, обуславливает необходимость исследования субъективного суицидального опыта, т.е. того, как сами подростки переживают, понимают и интерпретируют события своей жизни, произошедшие с ними незадолго до суицидальной попытки. Качественные исследования на выборке взрослых выделяют широкий диапазон когнитивных, поведенческих и социальных признаков острого суицидального риска, включая эмоциональную боль, перепады настроения, социальную изоляцию, принятие решения о самоубийстве и подготовку к суициду [5]; а также присутствие негативных жизненных событий и злоупотребление алкоголем незадолго до перехода к суицидальным действиям [3].

В недавнем исследовании подростковых суицидальных попыток, анализ структурированных интервью самих подростков и их родителей позволил выявить значительные изменения в переживаниях (суицидальные мысли, руминации), эмоциях (эмоциональная боль, гнев, ненависть по отношению к себе) и поведении (конфликты с родителями, избегание социального взаимодействия, «суицидальная коммуникация», рискованное поведение) подростков за сутки до суицидальной попытки [9]. Несмотря на важность подобных исследований в подростковой популяции, их относительно немного как в отечественной, так и в зарубежной клиничко-психологической литературе.

Цель – данное исследование направлено на изучение субъективного опыта подростков, переживших суицидальную попытку.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 13 подростков (9 девочек и 4 мальчика) 14 – 17 лет, госпитализированных в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (г. Москва) в связи с суицидальным поведением.

Критерии включения в выборку: возраст от 13 до 17 лет; госпитализация в связи с совершенной суицидальной попыткой или намерением ее совершить. Критерии исключения: возраст младше 13 лет; снижение интеллекта, нарушения сознания, мышления.

У восьми подростков был диагностирован «депрессивный эпизод средней тяжести»; у четверых – «другие смешанные расстройства поведения и эмоций»; у одного – «расстройство приспособительных реакций».

Перед началом исследования от подростков и их родителей было получено информированное согласие.

Интервью выступило основным методом исследования. Интервьюирование и последующий перевод аудиозаписи в письменный текст проводила медицинский психолог Д.А. Шарова.

Схема интервью включала как открытые, так и закрытые вопросы. Закрытые вопросы использовались для сбора социодемографических данных и клинической информации. Вопросы о суицидальной попытке носили открытый характер. В данном сообщении представлен качественный анализ ответов подростков на следующий вопрос:

«Можешь ли ты вспомнить и описать день, который предшествовал тому, когда ты совершил суицидальную попытку, т.е., что было накануне?»

Нам было важно понять, как сами подростки интерпретируют день накануне суицидальной попытки: о каких событиях, переживаниях рассказывают и как обобщают их. Необходимость получения этих сведений напрямую связана с ключевой теоретической и практической проблемой подростковой суицидологии – как происходит формирование суицидальной траектории в подростковом возрасте.

В рамках качественного (тематического) анализа было проведено: (1) транскрибирование текстов; (2) анализ текстов с выделением первичных кодов и определение основных категорий, обобщающих описания подростками дня, предшествующего суицидальной попытке; (3) выделение ключевых тем в рассказах подростков. В целях сохранения конфиденциальности приведенные в цитатах инициалы изменены.

Результаты и обсуждение

Ниже представлены темы, выделенные на основе тематического анализа.

Тема 1. Описание дня, предшествующего суицидальной попытке, как «обычного». Во многих случаях подростки подчеркивали обыденность происшедшего незадолго до суицидальной попытки (в текстах встречается 15 упоминаний слов – обычный, обыкновенный):

«Был обычный школьный день» (девушка И., 14 лет).

«Ничего такого яркого не происходило, ... все было как обычно, я отсидела уроки, пришла домой» (девушка А., 14 лет).

«Я пошел гулять со своей девушкой... ничего такого, просто обычная прогулка, не ссорились, ничего, проводил ее и поехал домой. Неприятного ничего не было» (юноша В., 15 лет).

Это может подчеркивать зачастую внезапный и стремительный характер развития суицидального намерения – до двух третей суицидальных попыток планируются в пределах 12 часов до суицидальных действий [10], при этом период от появления суицидальных мыслей до перехода непосредственно к суицидальным действиям может составлять менее 10 минут [6].

Тема 2. Мысли о суициде. Четверо подростков упоминали о суицидальных размышлениях в день, предшествующий суицидальной попытке или незадолго до этого:

«У меня до этого часто появлялись мысли, т.е. прям думала, что вот сейчас... сейчас вот спрыгну из окна и умру» (девушка И., 14 лет).

«Ну где-то в начале недели, в понедельник... запланировал... совершить... суицид» (юноша Ж., 17 лет);

«За день... я приняла решение, что вот завтра я убью себя» (девушка В., 16 лет);

«Это не было супер-импульсивным действием, это было как бы запланировано уже заранее, возможно за день» (девушка Б., 16 лет).

Тема 3. Негативные эмоциональные переживания. Все 13 интервью содержали описание болезненных переживаний и негативных эмоций, которые испытывали подростки незадолго до суицидальной попытки. Некоторые, будучи

сфокусированными на внутренних переживаниях, признавались, что затрудняются вспомнить внешние события накануне суицидальной попытки:

«На самом деле у меня очень часто такое бывает, что вот всякие такие яркие моменты или тяжелые, когда я испытала какие-то негативные эмоции, у меня практически забываются ... сейчас я это максимально смутно помню, будто даже этого не было...» (девушка Г., 15 лет);

«Не помню какой день недели был, но в школу я ходила, не выходные значит... Ну в основном... какие-то определенные действия я не помню, ... подавленное состояние я помню...» (девушка Е., 16 лет).

Подобная забывчивость может быть связана как с особенностями автобиографической памяти лиц с суицидальными попытками [11], так и с высокой субъективной значимостью внутренних переживаний в ущерб внешним событиям, что может характеризовать высокий уровень текущего психологического дистресса. Необходимо отметить, что лишь трое подростков выражали переживания относительно собственного суицидального намерения, включая страх смерти и беспокойство о последствиях суицида.

Тема 4. Посещение праздничных мероприятий. Обращает внимание, что в ряде рассказов упоминается посещение праздников (включая дни рождения) и других социальных мероприятий накануне суицидальной попытки (6 раз упоминается день рождения и 3 раза – праздники):

«Я приехал к другу на день рождения...» (юноша А., 16 лет);

«Мы пошли на день рождения всей семьей в ресторан ...» (девушка В., 16 лет);

«Мы ходили в боулинг с братом, его девушкой и моей мамой» (девушка Б., 16 лет);

«Мы пошли на день рождения к моей сестре младшей, с моей девушкой» (юноша В., 15 лет).

В имеющихся публикациях нам удалось обнаружить единичные подтверждения повышенного суицидального риска в периоды, приближенные к собственному дню рождения [12] и национальным/религиозным праздникам [7].

Тема 5. Употребление алкоголя. Некоторые подростки упоминали, что накануне или в день суицида они употребляли алкоголь с членами семьи/друзьями или находились в компании выпивающих родственников.

«Я тогда был очень сильно пьяный, не отдавал себе отчета в своих действиях, решил, как бы привлечь к себе внимание, напугать друзей» (юноша В., 15 лет);

«Да... там была неприятная... что они [родственники] немножечко напились, а я просто не выношу компанию таких вот пьяных людей, это тоже у меня из детства такое... максимально было неприятно» (девушка Ж., 15 лет);

«У меня тоже была возможность с ними [близкими родственниками] выпить... я подумал, что для смелости это будет хорошая идея выпить, чтобы мне было легче» (юноша Ж., 17 лет).

Известно о нескольких механизмах связи алкоголя и суицидального поведения, например, трудности саморегуляции и повышение дисфории или снижение барьеров к нанесению себе физического вреда [4]. Приводятся данные, что до трети лиц с завершённым суицидом находились в состоянии алкогольного опьянения на момент смерти [8]. Что касается подростков, алкоголь, в силу особенностей психофизиологического развития в этом возрасте, с одной стороны, усиливает уязвимость к импульсивным саморазрушительным действиям, а с другой – усугубляет состояние психологического дистресса.

В данном сообщении мы не затронули причины суицидальной попытки – как их понимают и объясняют сами подростки (этот вопрос рассматривается нами в отдельной статье), здесь же отметим, что почти все подростки связывали готовность совершить суицид с негативным психоэмоциональным состоянием и остро переживаемыми трудностями в межличностных отношениях, из-за которых они чувствовали себя одинокими, отчужденными от других, лишенными связи как с членами семьи, так со сверстниками. Поэтому при оценке суицидального риска в подростковой популяции необходимо сосредоточиться на оценке взаимодействия двух, наиболее важных, с нашей точки зрения, факторов риска: первое – выраженность параметров психологического дистресса; второе – межличностные трудности, переживаемые подростком.

Выводы. Почти все подростки сообщили о длительных негативных эмоциональных переживаниях, предшествующих суицидальной попытке, при этом в большинстве случаев эти переживания не связывались с суицидальным намерением. При описании дня накануне суицидальной попытки большинство подростков отмечали его обычность, непримечательность (учебный день в школе, прогулка). В ряде случаев этот день был праздничным (день рождения родственника или друга) и/или подросток проводил время вместе родственниками/друзьями в публичных местах для отдыха и развлечений. Употребление алкоголя (как самим подростком, так и в его окружении) усиливало негативные переживания. Только 4 из 13 подростков сообщили, что размышляли о самоубийстве, планировали суицидальную попытку; тогда как для остальных решение о суициде было внезапным.

Список литературы

1. Голенков, А.В. Самоубийства среди детей и подростков в России / А.В. Голенков, К.А. Егорова, Я.Д. Тайкина, Ф.В. Орлов // Суицидология. – 2023. – Т.14 (4). – С. 71–81.
2. Семенова, Н.Б. Анализ суицидального поведения у подростков до и во время пандемии COVID-19: гендерные и возрастные аспекты / Н.Б. Семенова, Е.Р. Слободская, Е.В. Резун // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123 (6). – С. 113–120.
3. Bagge, C. L. et al. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: an examination of the 24 h prior to a recent suicide attempt // Journal of affective disorders. - 2014. – Vol. 165. – p. 53–58.
4. Borges, G. et al. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt // Psychological medicine. – 2017. – Vol. 47(5). – p. 949–957.
5. Conner, K.R. et al. Qualitative analysis of hospital patient narratives of warning signs on the day of their suicide attempt // General hospital psychiatry. - 2022. – Vol. 79. – p. 146–151.
6. Deisenhammer, E.A. et al. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? // The Journal of clinical psychiatry. – 2009. Vol. 70(1). – p.19–24.
7. Jessen, G., et al. Attempted suicide and major public holidays in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide // Acta psychiatrica Scandinavica. – 1999. – Vol. 99(6). – p. 412–418.
8. Kaplan, M.S. et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System // Injury prevention. – 2013. – Vol. 19(1). – p. 38–43.

9. King, C.A. et al. 24-Hour warning signs for adolescent suicide attempts // *Psychological medicine*. – 2024. – Vol. 54(7). – p. 1272–1283.
10. Millner, A.J. et al. Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2017. – Vol. 47(3). – p. 353–369.
11. Richard-Devantoy, S. et al. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis // *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. – 2015. – Vol.16(8). – p. 544–566.
12. Stickley, A. et al. Birthdays are associated with an increased risk of suicide in Japan: Evidence from 27,007 deaths in Tokyo in 2001-2010 // *Journal of affective disorders*. – 2021. – Vol. 200. – p. 259–265.

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Протополова М.А.

¹Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена), Санкт-Петербург, Россия

²Курский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), Курск, Россия

Актуальность. Период дошкольного детства представляет собой время, когда ребёнок начинает познавать мир вокруг себя. Развитое мышление позволяет ему свободно ориентироваться в окружающей среде и успешно выполнять различные задачи, продуктивно и результативно осуществлять деятельность.

Изучение окружающего мира ребёнок начинает при помощи органов чувств, но при формировании специальных условий, дошкольник переходит к образному, а затем и к логическому познанию. Развитие дошкольника проходит путь через обобщение собственного чувственного опыта к эмпирическим обобщениям.

Этап дошкольного детства сопряжен с развитием образных форм познания окружающего мира — восприятия, образного мышления, воображения. Такие средства имеют образный характер: сенсорные эталоны, наглядные модели, представления, схемы, символы. Также в этом возрасте при определённых условиях внимание, память, мышление приобретают опосредствованный, знаковый характер, становятся высшими психическими функциями. Предпосылками для развития логического мышления являются овладение мыслительными операциями и усвоение действий со словами, числами как со знаками, замещающими реальные предметы и ситуации, закладываемые в конце раннего детства, когда у ребенка начинает формироваться знаковая функция сознания [2]. Именно в этот период закладываются основы интеллекта.

На сегодняшний день в психологии существует множество исследований, свидетельствующих о недостаточном развитии наглядно-образного мышления у дошкольников с задержкой психического развития. По мнению авторов, для формирования у детей дошкольного возраста наглядно-образного и словесно-логического мышления должны быть созданы определенные условия [1, 3].

Авторы Сорокоумова Е.А., Калугина Е.С., анализируя современные исследования приходят к выводу о необходимости разработки методик развития мышления у детей с задержкой психического развития [4]. Процесс формирования словесно-логического мышления у детей должен сопровождаться общим интеллектуальным формированием.

Таким образом, изучение особенностей формирования мышления у дошкольников остаётся актуальным и важным направлением психологических исследований и позволит эффективно организовывать образовательный процесс и помогать детям в их когнитивном развитии.

Цель исследования – изучение условий формирования мышления у детей с задержкой психического развития для уточнения содержания коррекционных задач при подготовке ребёнка к школе.

Материалы и методы. Изучение условий формирования мышления у детей дошкольного возраста проводилось в форме эмпирического исследования с использованием формального наблюдения за поведением детей в ситуации решения мыслительной задачи «Последовательность событий» (А.Н. Бернштейна). Процедура исследования предполагала проведение беседы для установления контакта с ребёнком, после чего ему давалось задание составить рассказ из серии сюжетных картин. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью метода углового преобразования ф-Фишера.

При анализе научной литературы и наблюдении за ребёнком в ситуации решения задачи было выделено несколько условий формирования мышления: гнозис, произвольное внимание, регуляционно-волевые процессы, импрессивные и экспрессивные формы речи, словесно-логическая память, логические операции.

В исследовании приняли участие 61 ребенок дошкольного возраста (5 лет). Контрольная группа была представлена детьми с нормальным уровнем развития – 29 детей (100%), из них 15 (52%) мальчиков и 14(48%) девочек. В группу наблюдения вошли дети с задержкой психического развития различного генеза – 32 ребенка (100%), 24 (75%) мальчиков и 8 (25%) девочек.

Результаты. При сравнении частоты встречаемости выделенных признаков в двух группах (группа контроля и группа детей с задержкой психического развития) в группе контроля отмечается успешное выполнение задания в 90% случаев. Дети с нормотипичным уровнем развития успешно справились с задачей, самостоятельно нашли верную комбинацию рисунков и составили связный, грамматически адекватный рассказ без помощи экспериментатора.

У большей части (69%; $\varphi_{эмп}=5,07$; $p<0,01$) детей с ЗПР возникли трудности с заданием на составление рассказа из серии сюжетных картин. В наблюдении за такими детьми отмечались сложности в организации последовательного поведения, недостаточная сформированность волевых процессов (у 91% детей; $\varphi_{эмп}=7,27$; $p<0,01$), также низкий уровень произвольного внимания (78% детей; $\varphi_{эмп}=5,9$; $p<0,01$). Такие дети не могли сосредоточиться на сюжетных картинах, не проявляли интереса к нарисованным изображениям, быстро отвлекались на посторонние предметы. У детей, не испытывающих трудностей в регуляции собственного поведения, возникали трудности в пользовании логическими операциями (72% детей; $\varphi_{эмп}=6,44$; $p<0,01$). В данном случае были выявлены следующие проблемы: отсутствие развитого операционального мышления, затруднения при анализе ситуации на сюжетной картине, неспособность установить причинно-следственные связи между событиями в задании, а также недостаточное понимание смысла, содержания и морали рассказов. Более половины детей 59% группы сравнения ($\varphi_{эмп}=4,31$; $p<0,01$) не проявляли высокого уровня словесно-логической памяти при составлении рассказа, что проявлялось в забывании инструкции, а также собственных умозаключений. Половина детей группы сравнения (50%; $\varphi_{эмп}=6,13$; $p<0,01$) испытывали затруднения в процессе выстраивания логически связного рассказа, что может говорить о наличии у них задержки речевого развития, а именно экспрессивной стороны речи.

Выводы. Трудности при формировании мышления у дошкольников с задержкой психического развития связаны с недостаточным развитием когнитивных условий для его формирования.

Для условий формирования мышления дошкольников с задержанным развитием характерны: недостаточная сформированность слухового и зрительного восприятия; низкий уровень или отсутствие речевых функций; недостаточная сформированность произвольного внимания и волевых процессов, также имеет место недостаточное развитие словесно-логической памяти и операционального компонента мышления.

Полученные результаты свидетельствуют о трудностях при формировании наглядно-образного мышления и, как следствие, недостаточной сформированности условий для развития понятийного мышления у дошкольников с ЗПР.

В таком случае любая работа, направленная на коррекцию и развитие мышления, непременно должна быть построена на таких условиях, которые будут способствовать развитию как сложных (в том числе логического), так и более ранних форм мышления.

Список литературы

1. Воронина, Л. В. Формирование у детей старшего дошкольного возраста умений строить суждения и умозаключения / Л. В. Воронина, М. В. Карпова // Педагогическое образование в России. – 2017. – №4. – С. 37-43.
2. Выготский, Л.С. Психология развития человека. — М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с.
3. Прудникова, Н.К. Условия развития логического мышления детей старшего дошкольного возраста / Н.К. Прудникова // Молодой ученый. – 2017. – № 13. – С. 590-592.

4. Сорокоумова, Е.А. Методики развития мышления у детей с ЗПР в школьном возрасте / Е.А. Сорокоумова, Е.С. Калугина // Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – №5 (8). –С. 46-50.

НОРМАТИВНОЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Рогачева Т. В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург, Россия

В конце 2021 г. Распоряжением Правительства РФ была принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года [9]. В Концепции подчеркивается, что, несмотря на важную роль медицинской реабилитации, «реабилитация и абилитация инвалидов не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами» [9]. В данном нормативном документе закреплены основные направления социальной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, среди которых существенное место занимает социально-психологическая реабилитация и абилитация.

При внимательном изучении данного документа появляются вопросы и выявляются противоречия с другими нормативными правовыми документами, в частности с Федеральным законом №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Сама система определена в Концепции как «совокупность мер по обеспечению детей-инвалидов научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию» [9]. Однако в данном документе нет как определения социальной адаптации, так и понятия «интеграция».

Если рассматривать социальную адаптацию как понятие, то в научном дискурсе в настоящее время нет единой позиции. Так, красноярские методологи считают, что социальную адаптацию можно определить «как отношение человека и общества, направленное на разрешение возникающих между ними противоречий. Следовательно, задача управления социальной адаптацией сводится к нахождению эффективного механизма для управления процессом разрешения человеком социального противоречия», считают авторы [4, с.61]. Социолог Н.А. Соколова предлагает рассматривать «целью адаптации лиц с ограниченными возможностями достижение оптимального физического и психического состояния» [10, с.96], причем внешний критерий адаптивности данный автор связывает «с достижением успеха в определенной социальной среде. Внутренний критерий рассматривается как благоприятное психологическое состояние, отсутствие эмоционального напряжения, тревоги» [10, с.97]. Социальный психолог О.В. Лунева считает, что социальная адаптация это «процесс и результат включения личности в социальную среду через решение проблем взаимодействия с другими людьми, группами и обществом, ведущих как к развитию личности, так и к изменениям самой среды» [6, с.240].

И.Н. Абросимов под адаптацией индивида понимает «восстановление гармоничного баланса между внешними условиями, предъявляющими ему порой трудновыполнимые требования, и его личностью, которая объективизируется в том числе и на уровне поведенческой активности» и справедливо указывает, что «интегративный взгляд на адаптацию личности в условиях хронического заболевания должен подразумевать...формирование широкого репертуара стратегий, различных эффективных путей совладания». Понятно, что в структуре адаптации необходимо присутствие и «решения задачи конструктивного совладания с сопутствующими эмоциями, которые являются естественной составляющей «опыта болезни» человека» [1, с.198].

У практического психолога, оказывающего реабилитационные и абилитационные услуги, который попытается опираться на вышеперечисленные определения, возникнет много сложностей при определении результативности реабилитации. Ведь совершенно непонятно, какую цель (задачу) необходимо поставить: разрешения социального противоречия, причем его еще надо выявить и сформулировать, достижения оптимального (критерии отсутствуют) состояния

ребенком-инвалидом или включения ребенка-инвалида в группу (критериев также нет), и как, какими методами подсчитать полученный результат.

В Концепции появляется важное для психологии понятие «психолого-педагогическая реабилитация и абилитация», которое отсутствует, как указано в Концепции, в других нормативных документах РФ. В научной психолого-педагогической литературе отсутствует четкое понимание, что такое «психолого-педагогическая реабилитация». Чаще всего под данным понятием понимается обеспечение подготовки детей-инвалидов к полноценной жизни в обществе. Как указывает, например, Г.М. Гусейнова, «психолого-педагогическая реабилитация осуществляется в рамках социальной реабилитации – комплексного целенаправленного процесса возвращения человека, имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий, а также с помощью комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие индивида как личности» [2, с. 52].

В.З. Кантор, Н.Н. Немирова, В.В. Казанкин провели контент-анализ употребления термина «психолого-педагогическая реабилитация», правда относительно узкой группы инвалидов – с нарушениями зрения, в нормативных и методических документах. Анализ показал, что «психолого-педагогическая реабилитация инвалидов не рассматривается и не понимается региональными организациями ВОС как самостоятельный и самодостаточный вид реабилитационной практики» [3, с.35]. Такие же выводы можно сделать и по отношению к другим группам инвалидов.

М.В. Ликеева и О.В. Васляева предлагают отнести к психолого-педагогической реабилитации «организацию учебной, досуговой, творческой деятельности с учетом физических возможностей подростка» [5, с.45], определяя критерии такой организации, к которым отнесены «комфортность настроения и психологического состояния - сформированность коммуникативных навыков - адекватность самооценки» [5, с.45].

Достаточно много работ, в которых авторы предлагают рассматривать психолого-педагогическую реабилитацию как вариант психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в реабилитационном процессе. Например, екатеринбургские коллеги считают, что это «вид социального сопровождения, представляющий собой деятельность специалистов различного профиля, направленную на актуализацию внутренних ресурсов семьи, обеспечивающих возможности ее функционирования в ситуациях, связанных с развитием и воспитанием ребенка с инвалидностью, позволяющую создавать необходимое для ребенка развивающее пространство, реализовывать стратегии воспитания в соответствии с существующими у него потребностями с учетом родительских установок» [7, с. 363].

Научная дискуссия относительно применения понятия «психолого-педагогическая реабилитация», длящаяся практически 20 лет, несомненно, актуализировала необходимость категориально определиться в понятийном аппарате реабилитологии. Однако, если «спуститься с научных небес на землю», то у практических психологов, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации есть стандарты, на основании которых и проводится практическая деятельность. В Концепции указывается, что необходимо «внедрение правового механизма формирования на федеральном уровне базового перечня реабилитационных (абилитационных) услуг для инвалидов, в том числе для детей-инвалидов» [9]. На сегодняшний день разработаны Федеральные государственные стандарты для детей-инвалидов [8], в которых четко, в соответствии с действующим законодательством, выделены социально-психологическая и социально-педагогическая реабилитация как разные виды реабилитационных услуг. Эти виды услуг принципиально отличаются по содержанию и по исполнителям услуги. Социально-психологическая реабилитация определена как комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) компонентов психической

деятельности, включая личностные характеристики, способствующие повышению активности и участия в жизни общества. Перечисленные в стандартах специалисты - психолог, медицинский психолог. Социально-педагогическая реабилитация это комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) базовых образовательных компетенций (счет, чтение, письмо, владение компьютерными технологиями и т.д.), необходимых для последующего получения образования и осуществления социально-значимой продуктивной деятельности. К специалистам, осуществляющим социально-педагогические услуги, относятся педагог-психолог, логопед, дефектолог, специалист по работе с семьей, социальный педагог. Понятно, что квалификация специалистов и содержание услуг по данным реабилитационным мероприятиям разная и требует разных методов и технологий.

Достаточно сложно трактуется в Концепции социокультурная реабилитация как «комплекс услуг, направленных на включение инвалидов в творческую деятельность, обеспечивающую реализацию культурных, а также экономических потребностей инвалидов в соответствии с их интересами и способностями в целях социальной адаптации и интеграции инвалидов в общество» [9]. С нашей точки зрения, социокультурная реабилитация это, в первую очередь, процесс формирования и/или восстановления социально значимых навыков – способности к общению, согласованию действий, формированию адекватной самооценки и пр. Для осуществления данного процесса необходимо, во-первых, нормализовать психологическое состояние инвалида, что осуществляется чаще всего психологом. Считаем, что для оказания таких услуг важен именно медицинский психолог, понимающий и клиническое состояние ребенка-инвалида. Во-вторых, требуется сформировать адекватное представление как самого ребенка-инвалида, так и его близких о ситуации, на основе которого формируется новый образ «Я», происходит осознание своих реальных возможностей и определение сферы и способов реализации личности с учетом новых жизненных обстоятельств, в которых оказался человек. Возникает вопрос: какие специалисты будут оказывать подобные услуги? Зачастую в реабилитационных центрах социокультурные мероприятия закреплены за специалистами, занимающимися досугом (организация экскурсий, вечеров отдыха, просмотров и обсуждений телепередач, книг и пр.). В стандартах для проведения социокультурных мероприятий как обязательные специалисты указаны: специалист по социальной работе, специалист по социальной реабилитации и социальный педагог. Однако, исходя из формулировки социокультурной реабилитации в Концепции, ведущую роль в оказании социокультурных услуг инвалидам играют психологи и медицинские психологи, учитывающие соматическое и психическое состояние ребенка. Ведь в результате нарушения здоровья и приобретения инвалидности происходят изменения, вследствие которых появляются трудности личностного и социального характера, диктующие необходимость адаптации инвалида в различных социокультурных ситуациях. Социокультурная реабилитация предполагает освоение образцов поведения, общения, деятельности, отношений, соответствующих конкретной культурной среде, частью которой является и ребенок-инвалид, что является компетенцией психолога.

Считаем, что медицинский психолог является системообразующим компонентом в комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, т.к. только данный специалист обладает компетенциями как клинического, так и собственно психологического характера. При функционировании междисциплинарной бригады именно медицинский психолог способствует результативной и эффективной комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида. Но практическому медицинскому психологу достаточно сложно учитывать в своей деятельности нормативную базу, т.к. в научном дискурсе данные вопросы не проработаны.

Список литературы

1. Абросимов И.Н. Совладание с хронической болезнью как предиктор психологической адаптации к ней // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. №2 (29). С. 192-200.

2. Гусейнова Г.М. Актуальные проблемы психолого-педагогической реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2014. № 41. С.51 – 56.
3. Кантор В.З., Немирова Н.Н., Казанкин В.В. Психолого-педагогическая реабилитация как практика институционализированного сообщества инвалидов по зрению // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2020. № 2. С. 33–56.
4. Кудашов В.И., Ростовцева М.В. Структура социального адаптационного процесса // Структура социального адаптационного процесса // Вестн. Сев. (Арктич.) федер. унта. Сер.: Гуманит. и соц. науки. 2017. № 3. С. 59–67.
5. Ликеева М.В., Васляева О.В. Медицинская и психолого-педагогическая реабилитация пациентов подросткового возраста // МедиАль. 2010. № 1. С. 44-49.
6. Лунева О.В. Адаптация социальная // Знание. Понимание. Умение. 2018. №3. С.240 – 247.
7. Меренков А. В., Осипова Е. А., Шарф А. С. Психолого-педагогическое сопровождение семей детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра // Перспективы науки и образования. 2019. № 6 (42). С. 360-371.
8. Приказы Министерства труда и социальной защиты РФ №№ 540, 541, 542 от 22.06.2023 «Об утверждении стандартов предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов [Электронный ресурс] // mintrud.gov.ru (дата обращения: 12.04.2024).
9. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru (дата обращения: 12.04.2024).
10. Соколова Н.А. Социальная адаптация как технология социальной работы // Вестник Челябинского государственного педагогического института. 2015. № 5. С. 95 – 100.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ
СУИЦИДООПАСНОГО ПОДЕВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

М.В. Романовская

**Санкт-Петербургское Государственное казенное учреждение
здравоохранения Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»
имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия**

Ю.А. Фесенко

**Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург, Россия**

Сегодня психотерапия признается основным методом коррекции суицидального поведения и внутриличностного конфликта человека, решившегося на самоубийство. Важно, чтобы психотерапия и психокоррекция начинались как можно раньше и проводились непрерывно и длительно. Выбор методики психотерапии всегда сугубо индивидуален, он учитывает особенности личности конкретного пациента. При этом не следует забывать о роли семьи и близких в поддержке подростка, находящегося на грани выбора между жизнью и смертью. Кроме этого, члены семьи и значимые для подростка люди, участвуя в семейной психотерапии, позволяют более успешно разрешать внутрисемейные конфликты, обеспечивать необходимые меры безопасности ребенку, демонстрировать его значимость для семьи.

Когнитивно-поведенческая психотерапия. Сочетание индивидуальной и семейной психотерапии признано максимально эффективным при лечении несовершеннолетних суицидентов. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) сочетает как индивидуальную и семейную КПТ, так и компонент обучения родителей. Семейная терапия на основе привязанности направлена на повышение качества связей при межличностном подходе к индивидуальной и семейной терапии. Многоуровневая семейная терапия фокусируется на ряде областей, в которых возникают поведенческие и эмоциональные проблемы, ведущие к суицидальному поведению [6, 8]. Основное в когнитивной (когнитивно-поведенческой) терапии – моделирование поведения. Этот метод удобен для применения в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему. Лечебный процесс часто называют обучением, что важно для клиентов, которые негативно относятся к тому, что они пациенты. Кроме того, это еще и краткосрочный метод психотерапии. В «когниции» входят убеждения, установки, прогнозирование и оценка будущих событий, что и определяет терминологию метода: специфические нарушения эмоций и поведения зависят от ошибок в познавательном процессе, дефиците мышления. Целями когнитивной терапии являются: проведение функционального поведенческого анализа, изменение представления о себе, коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок, развитие компетентности в социальном функционировании [1]. Когнитивно-поведенческая психотерапия у подростков с суицидальным поведением нацелена на общую уязвимость, выраженную в когнитивных искажениях, дефиците навыков совладания, дефиците регуляции аффекта и проблемном социальном поведении [4]. Родителей тоже обучают решению проблем, когнитивной реструктуризации и регулированию аффектов, поведению в семье и выработке родительских решений.

Диалектическая поведенческая терапия. Диалектическую поведенческую терапию (DBT) Марша Линехан в 1993 году разработала для лечения взрослых женщин с суицидальными наклонностями, у которых было диагностировано пограничное расстройство личности. При адаптации DBT к использованию ее у подростков учитывались множественные факторы, влияющие на особенности их развития. Оригинальная комплексная модель DBT была модифицирована для удовлетворения множества потребностей молодых людей, в рамках чего особое внимание было уделено биосоциальной теории, которая послужила основой для

разработки режимных мероприятий и психокоррекционных моделей DBT. Учитывая потребности подростков, был создан семейный модуль навыков – “хождение по срединному пути” для устранения дефицита навыков совладания у подростков и их семей, для обучения диалектическому мышлению и действиям, верной оценки себя и других, а также принципам обучения, таким, как положительное подкрепление и формирование цели [2, 7, 13]. В диалектической поведенческой терапии основным механизмом изменения является обучение навыкам DBT для улучшения способности человека эффективно регулировать эмоции. Уникальным компонентом DBT для подростков является вовлечение в лечение всей семьи. В DBT лечение происходит в четыре этапа. Каждый из этих этапов лечения имеет свои собственные цели лечения: достижение базовых способностей: безопасность, контроль за поведением; усиление неагрессивных эмоциональных переживаний: уменьшение травматического стресса; решение обычных жизненных проблем, повышение самооценки и самоуважения; обретение свободы и радости от происходящих перемен. Особенности проведения DBT у подростков является использование следующих компонентов (техник): индивидуальной терапии; мультисемейной профессиональной группы; телефонной связи (тренинга); консультационной группы. Семейные и родительские сеансы клинически не показаны.

DBT с подростками, склонными к суициду, представляет собой мультимодальное психосоциальное вмешательство, которое является признанным методом лечения, основанным на фактических данных. Читатели, заинтересованные в том, чтобы узнать, как проводить индивидуальную терапию DBT с подростками и как научить подростков навыкам DBT, могут обратиться к руководству по навыкам подростков Дж. Ратуса и А. Миллера [13]. Для педагогов, которые работают в школе, рекомендуется ознакомиться с DBT Skills в школах Дж. Мазза с соавт.: «Тренинг по навыкам решения эмоциональных проблем для подростков [5].

Из всех многочисленных методов психотерапии, применяемых в зарубежных странах и в России, представляется целесообразным отдельно остановиться на терапии, основанной на ментализации (MBT), используемой до недавнего времени только за рубежом.

Терапия, основанная на ментализации (MBT), возникла как программа дневного стационарного лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ) у взрослых [10]. Впоследствии этот подход был разработан в качестве амбулаторного лечения целого ряда различных расстройств, включая антисоциальное расстройство личности, депрессию, тревогу и расстройства пищевого поведения. MBT также был адаптирован в качестве подхода к лечению подростков.

MBT-A – это годовая программа, включающая еженедельные индивидуальные сеансы MBT-A и ежемесячные семейные сеансы MBT (MBT-F). Метод представляет собой психодинамический психотерапевтический подход, который фокусируется на импульсивности и регуляции аффектов. MBT-A был разработан для лечения подростков, как с симптомами депрессии, так и без них, которые причиняют себе вред, т.е. для лечения суицидальности, поскольку связь между подростковым самоповреждением, депрессией и суицидальностью сегодня не вызывает никаких сомнений. MBT-A разработан, чтобы помочь пациентам улучшить свою способность более точно представлять свои собственные чувства и чувства других, особенно в контексте эмоциональных проблем и межличностных конфликтов.

Теория ментализации была сформирована в контексте ранних отношений привязанности. Способность к ментализации является конституциональным качеством человека, но оно сильно подвержено раннему влиянию окружающей среды и генетической предрасположенности. В подростковом возрасте возникают проблемы с возможностью поддерживать сбалансированное мышление; в этом периоде головной мозг все еще претерпевает значительные нейробиологические изменения, и это влияет на способность к социальному познанию. Молодые люди, вступая в подростковый возраст с недостаточной способностью к ментализации (по различным причинам), становятся особенно уязвимыми, сталкиваясь со значительными проблемами развития на этом жизненном этапе, что неблагоприятно сказывается на процессе когнитивной ментализации, особенно в сфере регуляции аффекта и

преодоления стресса [11]. В МВТ чужеродное «я» является ключевым понятием, используемым для понимания суицидальности и импульса (влечения) к членовредительству. Когда способность к ментализации рушится, подростки также уязвимы и для чрезмерного вторжения чуждого «я», что, в соответствии с развивающей моделью ментализации, может оставить ребенка с ослабленным представлением о его собственном внутреннем состоянии, а это несовместимо с последовательной самопрезентацией. Чужеродное «я» также может снизить способность индивидуума понимать внутреннее состояние, связанное с эмоциональным возбуждением. В результате может быть активирован порочный круг, в котором подавляющее присутствие чужеродного «я» приводит к дальнейшему нарушению ментальных процессов в моменты бедствия. В модели МВТ взгляд на суицидальность и членовредительство заключается в том, чтобы рассматривать их как попытку сохранить самоструктуру перед лицом внезапной дестабилизации и неуправляемого воздействия чуждого «я». МВТ-А включает семейную терапию в качестве ключевого метода. Семейная работа в рамках МВТ-А основана на МВТ-F, которая объединяет системную практику с теорией привязанности и ментализации [9]. Целью МВТ-F является развитие ментализирующих навыков в семейных отношениях и уменьшение появления импульсивных действий, принуждения, аффективных бурь и патологических взаимодействий. МВТ-А признан эффективным средством лечения пограничной патологии личности в подростковом возрасте, а также в снижении у них количества самоповреждений и уровня суицидальности. МВТ-А основывается на нейробиологических исследованиях, выявивших, что существуют особые уязвимости в развитии, которые влияют на способность к сбалансированной ментализации у подростков, а также на том, что молодые люди, которые причиняют себе вред, могут получить помощь при развитии их ментализирующих способностей.

Патогенетическая рациональная психотерапия. В отличие от психодинамического и поведенческого подхода, применяемых в МВТ и DBT (соответственно) терапиях, рациональная психотерапия используется для разрушения неверных представлений и убеждений человека, влияющих на отношение к жизни, логическим путем. Ее применение может быть эффективным только при работе с теми индивидами, которые обладают достаточным уровнем ментализации, и, если говорить о детях и подростках, то метод рациональной психотерапии применим не к каждому из этой возрастной группы. Психотерапевт вместе с пациентом исправляет ошибки в суждениях, и объясняются причины неверного поведения суицидента. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Впервые наиболее подробно и системно рациональная психотерапия была изложена швейцарским невропатологом П. Дюбуа в 1912 году. Рациональная психотерапия имеет два варианта: разъяснительная и собственно рациональная (в дальнейшем упоминается как «рациональная»). Разница между ними заключается в следующем. При разъяснительной психотерапии врач выступает в роли учителя, информируя больного о характере его заболевания, механизмах действия лекарств и выздоровления. При такой форме трудно избежать косвенного внушения. Поскольку патогенетическая психотерапия и была разработана в соответствии с концепцией неврозов В.Н. Мясищева, то основной задачей этой системы является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и, как наиболее неблагоприятный исход этого – депрессивные состояния и суицидальное поведение. В процессе психотерапевтических бесед рациональный психотерапевт уточняет особенности жизненного опыта суицидента в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостные и радостные переживаний, интересы, системы оценок, мотивацию своего поведения, понимание жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтания и ожидания, симпатии и антипатии – всё то, что образует внутренний мир человека, – и

сопоставляет эти данные с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам пациент уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию – все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Решающим моментом служит перестройка нарушенных отношений больного, завершающая процесс рациональной психотерапии. При этом речь идет не просто об изменении отношения не только к данному травмирующему обстоятельству, но и к системе отношений пациента в целом.

Арт-терапия. Психотерапия творчеством также часто используется для символического преобразования конфликтной травмирующей ситуации, для поиска удачного выхода из нее. К основным направлениям терапии искусством относят арттерапию и артпедагогику, библиотерапию, музыкотерапию, танцевальную терапию, драматерапию, этнотерапию, терапию творческим самовыражением (по М.Е. Бурно) и др. Для лечения и психокоррекции используют художественные приемы и творчество, такие как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актерское мастерство, создание историй и многое другое. Арт-терапевты работают с детьми, подростками и взрослыми. К основным приемам арт-терапии можно отнести создание творческих произведений, творческое общение, коллекционирование с целью познания собственной личности, общение с предметами детства, ведение дневника, переписка с врачом, «творческие путешествия» и творческий поиск. Основной механизм психокоррекции в арт-терапии – сублимация (опредмечивание аффектов в продуктах творческой деятельности, причем в социально приемлемом виде). Выделяют и проективное рисование (проективную арт-терапию), которое заключается в том, что пациенту предлагается определенный сюжет для рисования (наиболее продуктивными являются сюжеты с анамнестическими моментами), после чего рисунки обсуждаются и интерпретируются. Арт-терапия может быть и самостоятельным методом психотерапевтического воздействия, и использоваться в виде элементов, включенных в семейную, игровую, групповую психотерапию [3].

На основании проведенного анализа существующих методов лечения, можно сделать вывод, что эффективные стратегии лечения, снижающие суицидальное и самоповреждающее поведение у детей и подростков, включают следующее: подробное планирование безопасности; вмешательство родителей и семьи; уменьшение суицидального и самоповреждающего поведения в качестве основной цели лечения (а не лечения сопутствующих диагнозов, например, депрессии); интенсивность лечения путем сочетания нескольких методов терапии; стратегии строгого соблюдения режима лечения.

Список литературы

1. Бек А.Т., Фриман А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002. 544 с.
2. Брайан К. Дж., Радд М.Д. Когнитивно-поведенческая терапия для предотвращения суицида. М.: Диалектика, 2021. 464 с.
3. Гарбузов В.И., Фесенко Ю.А. Неврозы у детей. СПб: КАРО, 2013. 336 с.
4. Линехан М.М. Диалектическая поведенческая терапия: рук-во по тренингу навыков. Перев.с англ. М.-СПб.: Диалектика, 2020. 880 с.
5. Мазза Дж. Дж. и др. Обучение навыкам DBT в школах: Тренинг навыков решения эмоциональных проблем для подростков (DBT STEPS-A). Нью-Йорк: Guilford Press. 2016.
6. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012. № 1. С. 8-12.
7. Фриденвальд С. Помощь суицидальному человеку: советы и техники для профессионалов. Нью-Йорк, Ратледж, 2017.
8. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития: [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электрон. науч. журн. 2013. № 2.

9. Asen E., Fonagy P. Mentalizing family violence part 1: conceptual framework. *Fam Process*, 2017a. 56(1). 6–21.
10. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 2001. 158(1). 36–42.
11. Blakemore S.J., Mills K.L. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annu Rev Psychol.*, 2014. 65. 187–207.
12. Linehan M.M. *DBT® Skills Training Handouts & Worksheets* (Раздаточные материалы и рабочие листы для обучения навыкам DBT). New York: Guilford Press. 2015. 89 p.
13. Rathus J.H., Miller. *DBT Skills Manual for Adolescents*. NY: Guilford Press, 2015. 392 p.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ ЭПИЗОДАМИ И РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Русина Н.А., Маковеева П.С.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Ярославль, Россия**

Актуальность. В связи с главенствующими позициями по статистике заболеваний чрезвычайно важно изучить, что скрывает под собой депрессия. Имеются данные, что за состоянием депрессии может скрываться подавленная агрессия. Важно изучить структуру этой агрессии с целью определения психотерапевтических мишеней. Актуальность заключается в одновременном изучении агрессии и психологического благополучия у пациентов депрессивного профиля. выявлении новых данных о взаимосвязи агрессии и депрессивных расстройств, определении возможных (вероятных) мишеней при психотерапевтическом воздействии.

Цель исследования. Выявить особенности взаимосвязи агрессии и психологического благополучия у пациентов с депрессивными эпизодами и рекуррентной депрессией.

Материалы и методы. Выборку составили больные депрессивными эпизодами и рекуррентной депрессией от 18 до 30 лет, а также здоровые люди от 18 до 30 лет, по 45 человек в каждой группе. Обследование пациентов проводилось на базе ГБУЗ ЯО «ЯОПБ» путем раздачи методик. Обследование здоровых проводилось путем раздачи методик очно и онлайн.

Использовались опросники: шкала психологического благополучия Рифф, опросник агрессивности Л.Г. Почебут, шкала депрессии Бека. Математические методы: U-критерий Манна-Уитни. ранговой коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования. По результатам опросника психологического благополучия Рифф были выявлены достоверно значимые различия по следующим шкалам: Личностный рост: 63,73 - здоровые и 54,29 - больные с депрессивными эпизодами. Больные чувствуют себя менее самореализовывающимися и развивающимися, чем здоровые. Цели в жизни: 60,91 - здоровые и 47 - больные с депрессивными эпизодами. Больные имеют меньше целей и намерений и меньше чувствуют направленность в своей жизни, чем здоровые Самопринятие: 54,64 - здоровые и 37,57 - больные с депрессивными эпизодами. Больные больше недовольны собой и сильнее испытывают беспокойство по поводу своих личностных качеств, чем здоровые. Психологическое благополучие: 344,91 - здоровые и 288,57 - больные с депрессивными эпизодами. Больные с депрессивными эпизодами и рекуррентной депрессией ощущают свою неполноценность, в отличие от здоровых, которые ощущают свою целостность.

Результаты по опроснику Рифф можно объяснить основными симптомами депрессивных эпизодов: снижением интересов и удовольствия от деятельности, пониженным настроением и энергией, что мешает постановке и достижению каких-либо целей и вызывает чувство неполноценности личностного роста и неприятие себя.

По результатам опросника агрессивности Л.Г. Почебут были выявлены достоверные различия по шкале физическая агрессия: 1,41 - здоровые и 2,71 - больные с депрессивными эпизодами. У больных с депрессивными расстройствами готовность выражать свою агрессию по отношению к другим людям с применением физической силой выше, чем у здоровых.

Такие результаты укладываются в рамки гидравлической модели агрессии. У больных с депрессивными эпизодами выражен «инстинкт стремления к смерти» в идеях о самоубийстве и самоповреждении, что высвобождает агрессивную направленность на других индивидов.

По результатам методики шкала депрессии Бека были выявлены достоверные различия по следующим шкалам: Общий балл по шкале депрессии: 15,68 - здоровые и 29,71 - больные с депрессивными эпизодами. Больные действительно ощущают симптомы депрессии. При этом у здоровых наблюдаются симптомы субдепрессии. Когнитивно-аффективная субшкала: 9,68 - здоровые и 19,86 - больные с депрессивными эпизодами. У больных нарушено эмоциональное состояние, и взгляд на себя и свою жизнь отличается от здоровых. Субшкала соматических проявлений депрессии: 6 - здоровые и 9,86 - больные с депрессивными эпизодами. У больных выражены соматические проявления депрессивных состояний сильнее, чем у здоровых.

Благодаря выявленным различиям по опроснику "Шкала депрессии Бека", мы можем с уверенностью говорить о том, что больные действительно переживают депрессивный эпизод. При этом у здоровых выявлены симптомы субдепрессии. Это явление можно объяснить периодом, в которое проходил опрос: некоторая часть респондентов - студенты, которые могут чувствовать снижение эмоционального фона в связи с окончанием учебного года.

Больные с депрессивными эпизодами и рекуррентной депрессией склонны испытывать психологическую неполноценность при выражении предметной агрессии и психологическое благополучие при эмоциональной агрессии. Вероятно, данный феномен заключается в том, что выражение эмоциональной агрессии требует отчужденности от окружающих людей, враждебности к ним, это подтверждают данные, полученные Абрамовой А.А. В этом случае "сохраняется" энергия, которой и без того недостаточно при данном заболевании. При предметной агрессии, как показал корреляционный анализ, ухудшается самопринятие больного, он испытывает недовольство собой, испытывает беспокойство по поводу своих личных качеств.

- Существует сильная прямая связь между целями в жизни и управлением средой. Это означает, что чем выше показатель по шкале цели в жизни, тем выше показатель по шкале управления средой. Таким образом можно предположить, что чем осмысленнее жизнь больного, тем лучше он организует среду, удовлетворительную для реализации поставленных целей.

- Существует сильная прямая связь между целями в жизни и личностным ростом. Это означает, что чем выше показатель по шкале цели в жизни, тем выше показатель по шкале личностного роста. Мы можем предположить, что чем осмысленнее жизнь для больного, тем больше у него зон для реализации потенциала.

- Существует сильная положительная связь между самопринятием и управлением средой. Это означает, что чем больше показатель по шкале самопринятия, тем больше показатель по шкале управления средой. Это дает нам основание предположить, что позитивное отношение больного к себе и к своим качествам располагает к эффективному использованию своего пространства.

- Существует сильная положительная связь между самопринятием и целями в жизни. Это означает, что чем больше показатель по шкале самопринятия, тем больше показатель по шкале цели жизни. Можно предположить, что больной, понимающий и принимающий свои как положительные черты, так и отрицательные, склонен придавать своему существованию смысл.

- Существует сильная прямая связь между физической агрессией и управлением средой. Это означает, что чем больше показатель физической агрессии, тем выше показатель управления средой. Можно предположить, что больной, выражающий агрессию физической силой, воздействуя на окружающих людей, чувствует контроль над внешней деятельностью и над окружением.

- Существует сильная прямая связь между эмоциональной агрессией и управлением средой. Это означает, что чем выше показатель эмоциональной агрессии, тем выше показатель управления средой. Это дает основание предположить, что при эмоциональной агрессии, а именно эмоциональном отчуждении, больной ощущает контроль над внешней деятельностью.

- Существует сильная прямая связь между эмоциональной агрессией и личностным ростом. Это означает, что чем выше показатели эмоциональной

агрессии, тем выше показатели личностного роста. На этом основании можно предположить, что при эмоциональном отчуждении больные воспринимают себя самореализовывающимися.

- Существует сильная прямая связь между эмоциональной агрессией и физической агрессией. Это означает, что чем выше показатели эмоциональной агрессии, тем выше показатели физической агрессии. Можно предположить, что больные, при выражении агрессии путем эмоционального отчуждения, склонны также применять физическую силу.

- Существует сильная прямая связь между самоагрессией и управлением средой. Это означает, что при высоких показателях самоагрессии показатели управления средой также будут высокими. Мы можем предположить, что больные, склонные выражать свою агрессию на себя, чувствуют контроль своей деятельности и окружающей среды.

- Существует сильная прямая связь между самоагрессией и физической агрессией. Это означает, что чем выше показатели самоагрессии, тем выше показатели физической агрессии. На этом основании можно предположить, что больные при выражении агрессии физически склонны выражать агрессию на себя.

- Существует сильная прямая связь между самоагрессией и эмоциональной агрессией. Это означает, что при высоких показателях самоагрессии показатели эмоциональной агрессии также будут высокими. Можно предположить, что больные, направляющие агрессию на себя, также склонны выражать эмоциональное отчуждение.

- Существует сильная обратная связь между общим баллом по шкале депрессии и самопринятием. Это означает, что чем выше показатели по шкале депрессии, тем ниже показатели по шкале самопринятия. Можно предположить, что больные с выраженной степенью депрессии склонны к недовольству собой и разочарованию в себе.

Таким образом, больные с выраженной степенью депрессивного состояния склонны ощущать бессмысленность жизни, недовольство собой и испытывают сложности в организации повседневной деятельности. Это вписывается в клиническую картину данного заболевания: сниженное настроение, пониженная энергия и повышенная утомляемость.

Что касается различных видов агрессии у больных с депрессивными состояниями, можно сделать следующие выводы:

1. При выражении вербальной агрессии, то есть путем словесных оскорблений, повышенного тона голоса, снижается автономия больных. Они ощущают зависимость от мнения и оценки окружающих, становятся подверженными попыткам общества и окружения действовать и думать определенным образом.

2. При выражении физической агрессии, путем нанесения физического ущерба другим людям, больные чувствуют контроль над окружающей реальностью, ощущают себя более реализованными и воспринимают себя "растущими" личностями, раскрывают свой потенциал. При этом их жизнь наполняется смыслом, они чувствуют, что могут к чему-то стремиться.

3. При выражении предметной агрессии, то есть совершая аффективные разрядки на неодушевленные предметы реальности, больные ощущают бессмысленность своего существования, не находят цели в своей жизни. Также больные при этом чувствуют разочарованность в своей личности и в совершенных ими действиях, недовольство какими-то определенными качествами, и в целом переживают чувство неполноценности и ощущают психологическое неблагополучие.

4. При выражении эмоциональной агрессии, отчуждаясь от других людей, выражая подозрительность и враждебность к ним, больные, так же, как и при выражении физической агрессии, ощущают больший контроль среды, управляют своей деятельностью в ней, при этом испытывая чувство самореализованности, раскрытия внутреннего потенциала. При этом больные также ощущают психологическое благополучие и осознают себя как целостные личности.

5. При выражении самоагрессии, направляя деструктивные действия против своей личности, больные чувствуют, что управляют ситуацией и своей жизнью в целом, ощущают, что способны контролировать свою деятельность.

Гипотеза о подверженности больных с депрессивными эпизодами и рекуррентной депрессией к физической агрессии подтвердилась. Исследуемая группа склонна выражать агрессию при помощи нанесения физического ущерба.

При этом мы обнаружили данные о связи предметной агрессии и выраженности депрессивных симптомов у исследуемой группы. То, как, больные ощущают себя и свои возможности при выражении данной формы агрессии, соответствует действительным симптомам при заболевании.

Выводы. У больных физическая агрессия выражена больше, чем у здоровых. Пациенты склонны выражать агрессию при помощи нанесения физического ущерба. Установлена связь депрессивного состояния и предметной агрессии. Больные не чувствуют реализацию личностного потенциала, испытывают трудности с самопринятием. Здоровые нацелены на личностный рост, хорошо оценивают свои качества и определяют смысл существования.

Список литературы

1. Петрюк, А.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни пациентов / А.П. Петрюк // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3. — С. 99-102.

2. Абрамова А.А., Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности // Вестник Московского ун-та. – Серия 14. – Психология. – 2014. – № 4. – С. 75–89.

3. Берковиц, Л. Агрессия. Причины, последствия, контроль : пер. с англ. / Л. Берковиц. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 512 с.

4. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С. Агрессивное поведение у пациентов психиатрического профиля // Практическая медицина. - 2013. - №66. - С. 147 - 149.

5. Гаранян Н.Г. Теоретические модели и эмпирические исследования враждебности при депрессивных и тревожных расстройствах [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2011. – №. 2 (режим доступа: http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer15.php)

6. Петрюк, А.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни пациентов / А.П. Петрюк // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3. — С. 99-102.

7. Прищеп Л.В., Алексеева Е.Б. Теория агрессии и необходимость интегративного подхода при изучении агрессивных состояний // Международный журнал экспериментального образования. - 2015. - №11. - С. 919-921.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПРИЯТИЯ ПОДРОСТКОМ СТИЛЯ ВОСПИТАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ С ПОРЯДКОМ ЕГО РОЖДЕНИЯ, ТРЕВОЖНОСТЬЮ И АГРЕССИВНОСТЬЮ

Русина Н.А., Макина Д.Ю.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль, Россия**

Актуальность. К факторам, участвующим в формировании личности ребенка, относится и порядок его рождения. Воспитание в семьях с одним ребенком и в семьях с несколькими детьми, а также индивидуальные воспитательные принципы родителей отражаются на личности ребенка. Взаимосвязь стиля воспитания родителей и личностных особенностей ребенка (тревожность, агрессивность) с учетом порядка его рождения ранее не изучалась. Полученные данные можно применить при составлении рекомендаций для родителей для предупреждения и профилактики агрессивности и тревожности ребенка.

Цель исследования. Определение взаимосвязей тревожности и агрессивности подростка с его порядком рождения и восприятием стилей воспитания родителей.

Материалы и методы. Исследовались четыре группы подростков с разным статусом ребенка в семье: 1. Единственный ребенок – 33 респондента, в возрасте от 15 до 17 лет. 2. Старший ребенок – 59 респондентов, в возрасте от 15 до 17. 3. Средний ребенок – 20 респондентов, в возрасте от 15 до 18 лет. 4. Младший ребенок – 42 респондента, в возрасте от 15 до 18 лет. Дополнительная группа «Не первый» ребенок, включающая респондентов групп среднего и младшего ребенка.

Опросники «Подростки о родителях» (Е. Шафер), «Уровень школьной тревожности, SAS» (Б. Н. Филипс), «Ауто- и гетероагрессия» (Е. П. Ильин). «Тест агрессивности: модификация опросника Басса-Дарки» (адаптация Л.Г. Почебут). Методы статистической обработки эмпирических данных: непараметрический U - критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ.

Результаты.

1. Старшие и средние дети более тревожные и агрессивные. Средние дети больше агрессивны как на общем уровне, так и по видам выражения агрессии, испытывают больше страхов и тревоги, связанных со школьной деятельностью. Старшие дети склонны к проявлению тревожности и агрессии в большей степени, чем единственные или младшие дети.

2. Единственные и старшие дети склонны проявлять гетероагрессию, а средние и младшие – аутоагрессию. Наиболее выраженным видом агрессии, независимо от количества детей в семье, является самоагрессия, проявляющаяся в отсутствии или ослаблении механизмов психологической защиты при попадании в агрессивную среду. Средние и младшие дети больше склонны к проявлению эмоциональной агрессии, общий уровень агрессивности также выше, адаптационные возможности снижены. По сравнению со старшим ребенком, средние и младшие больше проявляют предметную агрессию. Предметная агрессия, Эмоциональная агрессия и Общий уровень агрессивности выше у средних детей.

3. Страх самовыражения и переживание социального стресса выше среди средних и младших детей. У средних детей также значимо выше показатели по таким шкалам, как Переживание социального стресса, Фрустрация потребности в достижении успеха и Страх самовыражения.

4. Существуют взаимосвязи между стилями воспитания родителей и проявлением тревожности и агрессии у ребенка.

5. Ведущий стиль воспитания отца и матери - автономный стиль, независимо от количества детей в семье. Вторым по выраженности стилем воспитания отца в группах единственного и старшего ребенка является позитивный интерес, в группах среднего и младшего ребенка – непоследовательный стиль. Вторым по выраженности стилем воспитания матери в группах единственного,

старшего и младшего ребенка выступает позитивный интерес, в группе среднего ребенка – непоследовательный стиль.

6. Воспитательные принципы матери оказывают большее влияние на состояние единственного, старшего, среднего и не первого ребенка, чем принципы отца. Воспитательные принципы отца оказывают большее влияние на состояние младшего ребенка, чем принципы матери.

7. Чем больше проявляются такие стили воспитания как враждебность, непоследовательность и директивность, тем более склонен ребенок проявлять агрессивность и находиться в состоянии тревоги. Позитивный интерес снижает риски проявления данных тенденций и способствует улучшению психологического состояния ребенка. Автономный стиль родителя может ухудшить состояние ребенка, но и подавить проявление неадаптивных черт у ребенка.

8. В группе детей, являющихся средними и младшими в семье, непоследовательный стиль воспитания отца значимо выше. Тенденция директивности отца также выше. Непоследовательность отца в группе средних детей выше, а позитивный интерес матери ниже, по сравнению с группой единственного ребенка в семье. Тенденция позитивного интереса матери выше к младшему ребенку, чем к среднему.

9. Позитивный интерес матери и отца оказывает положительное влияние на ребенка (независимо от количества детей в семье). С ростом позитивного интереса снижаются переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, а также снижаются общий уровень агрессивности ребенка и выраженность эмоциональной агрессии. Позитивный интерес матери оказывает большее влияние на состояние детей, чем позитивный интерес отца.

10. Директивность отца и матери имеет значимые положительные связи с уровнем тревожности и проявлением агрессии у детей. С ростом директивности повышаются общая тревожность в школе, фрустрация потребности в достижении успеха, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, проблемы и страхи в отношениях с учителями. Директивность матери оказывает большее влияние на проявление эмоциональной агрессии у детей, чем директивность отца. Также директивность матери особенно сказывается на проявлении агрессии у старшего ребенка (Предметная агрессия, Эмоциональная агрессия, Самоагрессия, Общий уровень агрессивности, Аутоагрессия). С проявлением директивности отца снижается предметная агрессия у единственного ребенка.

11. Враждебность отца и матери имеет значимые положительные связи с уровнем тревожности и агрессивности у детей. С ростом враждебности повышается страх самовыражения у единственного ребенка; фрустрация потребности в достижении успеха, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, предметная агрессия, эмоциональная агрессия, самоагрессия, общий уровень агрессивности у старшего ребенка.

12. С ростом враждебности матери повышаются переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, проблемы и страхи в отношениях с учителями, эмоциональная агрессия, самоагрессия, общий уровень агрессивности у старших, средних и группы не первых детей. С ростом враждебности отца повышаются переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх ситуации проверки знаний, эмоциональная агрессия у младшего ребенка и группы не первых детей.

13. Враждебность отца оказывает большее влияние на проявление агрессии у старшего ребенка, чем враждебность матери. Враждебность матери оказывает большее влияние на среднего ребенка, чем враждебность отца. Непоследовательность как отца, так и матери, имеет значимые положительные связи с уровнем тревожности и агрессивности в группах единственных, старших, младших детей, а также в группе не первых детей. Влияния непоследовательности на среднего ребенка не было обнаружено. С ростом непоследовательности повышаются

переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, эмоциональная агрессия, самоагрессия, общий уровень агрессивности. Непоследовательность отца оказывает большее влияние на состояние единственного ребенка, чем непоследовательность матери. Непоследовательность матери оказывает влияние на испытывание тревожности и агрессии старшим ребенком, непоследовательность отца больше отражается в проявлениях агрессивности старшего ребенка. Автономность как отца, так и матери, имеет меньшее влияние на состояние детей, по сравнению с другими воспитательными принципами. С проявлением автономности отца снижается физическая агрессия у не первых детей. Проявление автономности матери снижает общую тревожность в школе, фрустрацию потребности в достижении успеха, страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, проблемы и страхи в отношениях с учителями, эмоциональную агрессию у единственного ребенка, а также снижает аутоагрессию у старшего ребенка. Воспитательные принципы матери оказывают большее влияние на состояние единственного, старшего, среднего и не первого ребенка, чем принципы отца. Воспитательные принципы отца оказывают большее влияние на состояние младшего ребенка, чем принципы матери.

Регрессионный анализ полученных результатов позволил определить ряд закономерностей влияния стиля воспитания на уровень тревожности, видов агрессии, страхов ребенка, фрустрации достижения успеха, переживание социального стресса, физиологическую сопротивляемость стрессу независимо от количества детей и порядка их рождения. Оказалось, чем больше проявляются такие стили в воспитательных принципах родителей как враждебность, непоследовательность и директивность, тем более склонен ребенок проявлять агрессивность и находиться в состоянии тревоги. Позитивный интерес снижает риски проявления данных тенденций и способствует улучшению психологического состояния ребенка. Автономный стиль родителя в отдельных случаях может ухудшить состояние ребенка, но также и подавить проявление нежелательных, неадаптивных черт у ребенка.

Выводы. Подтвердилась гипотеза о том, что старшие и средние дети будут более агрессивными и тревожными. Основой для данного предположения служили знания А.Адлера о характеристике ребенка в зависимости от его статуса рождения, согласно которым старшие и, в особенности, средние дети будут испытывать конкуренцию среди сиблингов, тем самым пребывать в состоянии напряжения. В сочетании неоднозначных воспитательных принципов родителей исходное напряжение может усиливаться и провоцировать у детей проявление агрессивности и тревожности, что также было подтверждено в ходе исследования. Было установлено, что чем больше проявляются такие стили в воспитательных принципах родителей как враждебность, непоследовательность и директивность, тем более склонен ребенок проявлять агрессивность и находиться в состоянии тревоги, независимо от количества детей в семье. Позитивный интерес снижает риски проявления данных тенденций и способствует улучшению психологического состояния ребенка. Автономный стиль родителя в отдельных случаях может ухудшить состояние ребенка, но также и подавить проявление нежелательных, неадаптивных черт у ребенка. Также было выявлено, что материнские воспитательные принципы в большей степени влияют на личностные особенности детей, чем воспитательные принципы отца, что, в свою очередь, может поднять вопрос о проблеме вклада отца в воспитательный процесс, степень его влияния на становлении личности ребенка.

С увеличением количества выборки возможно расширение данных и представлений о влиянии стилей воспитания родителей на проявление агрессивности и тревожности, в частности, у среднего ребенка, поскольку в нынешней демографической ситуации малое количество семей имеет более чем двух детей.

Список литературы

1. Аутоагрессивное несуйцидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями / А.А. Абрамова, С.Н. Ениколопов, А.Г. Ефремов, С.О. Кузнецова // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7. №2. – С. 21-40.
2. Варга, А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна / А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – №1. – С. 137–146.
3. Ениколопов, С.Н. Аутоагрессия лиц старшего подросткового и юношеского возраста, склонных к поведению с преднамеренным самоповреждением / С.Н. Ениколопов // Материалы Юбилейной конференции Московского психологического общества. – 2005. Т.2. – С.167–169.
4. Малыгина, А.С. Тревожность в подростковом возрасте как фактор, влияющий на поведение в конфликтной ситуации / А.С. Малыгина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 39. – С. 3346-3350.
5. Покатаева, М.Б. Качественная характеристика ситуации развития ребенка в современной семье / М.Б. Покатаева // Психологическая наука и образование. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 41–49.
6. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М.: МПСУ, 2000. – 304 с.
7. Щербинина, О. А. Взаимосвязь тревожности, социометрического статуса и самооценки младших подростков / О.А. Щербинина // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2018. – № 3. – С. 108–113.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Сенченко Г.В., Гриценко В.С.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Актуальность: В современном мире распространены проблемы речевого развития у детей. Ведь речь — это один из главных инструментов развития высших психических функций. [1] Для оценки речевых и неречевых возможностей ребенка широко применяются различные виды диагностики, включая логопедическую, патопсихологическую, и психолого-педагогическую. [3, 4]. Нейропсихологическая диагностика, охватывает речевые и неречевые возможности ребенка, с ее помощью можно разработать эффективные индивидуальные коррекционные программы для детей с тяжелыми нарушениями речи и задержкой психического развития. [5]

Цель исследования. Изучить нейропсихологические механизмы, лежащие в основе нарушений письменной речи у младших школьников с задержкой психического развития (ЗПР) и сопутствующими тяжелыми нарушениями речи (ТНР), с целью выявления специфических особенностей и взаимосвязей между нейропсихологическими маркерами и особенностями развития этой категории детей.

Материалы и методы. В рамках исследования была использована методика «Протокол нейропсихологического обследования письма и чтения младших школьников» под редакцией Т.В. Ахутиной (2002). Эта методика является валидным инструментом и широко применяется в нейропсихологической диагностике нарушений письма у детей младшего школьного возраста.

Она позволяет определить специфику нарушений письма, выявить недостаточность когнитивных функций, лежащих в основе нарушений, и определить нейропсихологические механизмы их возникновения.

Протокол исследования включает в себя девять заданий: 1) напиши свое имя и фамилию; 2) напиши печатные буквы, какие знаешь; 3-6) напиши буквы, слоги, слова и предложения под диктовку; 7) спиши слова; 8) вставь пропущенные буквы; 9) найди и исправь ошибку.

В исследовании приняли участие 23 ученика первого класса обучающихся в МАОУ СШ №143 г. Красноярска. У всех детей имеется установленный диагноз задержка психического развития (ЗПР) и сопутствующий - тяжелые нарушения речи (ТНР). Обследование проводилось нейропсихологом индивидуально с каждым ребенком. Длительность диагностики составляла около 45-60 минут.

Результаты. Анализ результатов нейропсихологического обследования письма с помощью методики Т.В. Ахутиной позволил выявить у всех обследованных учащихся разнообразные виды нарушения письма.

В задании «Напиши свое имя и фамилию»: 14 (60,8%) школьников выполнили задание и 4 (17,4%) справились с заданием без ошибок. Раздельно написали имя и фамилия 12 (52,1%) учеников. Пропуск согласных букв выявлен у 4 детей (17,4%), пропуск гласных букв у 6 (26%) учеников. Вставки согласных и гласных встречаются у 2 (8,7%) детей. Перестановка, смешения букв и оптические ошибки выявляются у 2 (8,7%) школьников. У 11 (47,8%) детей отмечается неиспользование рабочей строки, а 14 (60,8%) - пишут не сначала строки. Зеркальность букв при письме отмечается у 4 (17,4%) детей.

В задании «Напиши печатные буквы, какие знаешь»: с заданием справляются 23 (100%) школьника, где максимальное число написанных букв - 33, а минимально - 3. Написание правильно гласных: максимально - 10 букв, минимально - 1 буква; на правильные согласные максимально - 21 буква, минимально - 2 буквы. Правильно написали «Ь» и «Ъ» - 11 (47,8%) учеников. Неадекватное изображение букв у 6 (26%) учеников. Неточность графического образа буквы у 8 (34,8%) учеников. В зрительно - пространственных трудностях прослеживается: написание букв с начала строки - у 11 (47,8%) учеников, со значительным отступом - у 4 (17,4%) детей и у 6 (26%) хаотичное расположение. Удержание строки на письме: хаотичное расположение

выявляется - у 4 (17,4%) детей, также как и уход букв на верхнюю или нижнюю строку выявляется - у 4 (17,4%) школьников, удерживают строку - 12 (52,1%) учащихся. Колебания высоты букв в строке – у 19 (82,6%) учащихся. Колебания наклона букв в строке отмечается у 23 (100%). Пропуск согласных и гласных букв выявляется у 22 (95,7%) учеников. Пропуск «Ь» у 12 (52,1%) школьников. Пропуск «Ъ» у 14 (60,8%) школьников. Зеркальность выявляется - у 4 (17,4%) детей. Тенденция к макрографии - отмечается у 19 (82,6%) детей.

В задании «Напиши буквы под диктовку»: все первоклассники справились с заданием, но максимально правильно написанных букв - 16, минимальное – 6 букв, правильных гласных: максимально – 7, минимальное – 2; правильных согласных: максимальное – 10, минимальное – 2). Замены гласных 2 ряда на 1 отмечаются у – 2 (8,7%) учеников. Повторы букв у 4 (17,4%) школьников. В зрительно-пространственных трудностях прослеживается: написание букв с начала строки у 19 (82,6%) учеников, со значительным отступом от начала строки у 14 (60,8%) детей. Удержание строки при письме: хаотичное расположение букв отмечается в единичном случае (4,3%), уход строки вверх и вниз присутствует у 2 (8,7%) учеников, уход на верхнюю или нижнюю линию строки у 1 (4,3%) ученика, удерживают строку 7 (30,4%) учеников. Колебания высоты букв в строке отмечаются у 21 (91,3%) учащихся. Колебания наклона букв в строке у 22 (95,7%) ученика. Зеркальность присутствует у 15 (65,2%) детей. Переход с печатных на письменные буквы - у 11 (47,8%) детей. Тенденция к макрографии выявляется у 21 (91,3%) школьника. Гипертонус у 1 (4,3%) ученика и гипотонус у 2 (8,7%) учеников.

В задании «напиши под диктовку слоги»: получилось у 20 (87%) детей (максимально правильно написанных слогов – 5, минимально – 1), так же 11 (47,8%) учащихся записывали слоги отдельно друг от друга. Смещения звонких на глухие звуки выявляется у 1 (4,3%) ученика, замены гласных 2 ряда на 1 - у 2 (8,7%) учащихся. Ошибки, обозначающие мягкость согласных - у 11 (47,8%) детей. У 11 (47,8%) учеников пропущены слоги. Персеверации, пропуски гласных 1 и 2 ряда отмечаются в единичном случае (4,3%), а пропуски согласных имеются у 11 (47,8%) детей. Вставки гласных у 8 (34,8%) учащихся. В зрительно-пространственных трудностях прослеживается: написание с начала строки – 19 (82,6%) детей, со значительным отступом – 1 (4,3%) учащийся и 2 (8,7%) учеников хаотичное расположение. Удержание строки при письме: хаотичное написание у 1 (4,3%) ученика, уход строки вверх и вниз присутствует у 11 (47,8%) учеников, уход на верхнюю или нижнюю линию строки у 1 (4,3%) ученика, удерживают строку 8 (34,8%) ученика. Колебания высоты букв отмечается у 19 (82,6%) учеников. Зеркальность при письме отмечается у 8 (34,8%) учеников. Переход с печатных на письменные буквы у 6 (26%) детей. Тенденция к макрографии у 21 (91,3%) учеников, к микрографии в единичном случае (4,3%). Гипертонус и гипотонус при письме выявляются у 4 (17,4%) учеников.

В задании «Напиши под диктовку слова»: получилось у 22 (95,7%) детей (максимально правильно написанных слов – 7, минимально – 1), так же 20 (87%) учеников записывали слова отдельно. Смещения звонких на глухие и смещения гласных первого ряда на гласные первого ряда выявляются у 2 (8,7%) детей. Замены гласных второго ряда на первый ряд - у 8 (34,8%) учеников. Ошибки обозначения мягкости согласных – у 14 (60,8%) учащихся. Пропуски согласных у 6 (26%) учащихся, пропуски гласных 2 ряда также у 6 (26%) школьников. Вставки согласных и гласных выявляются у 2 (8,7%) детей. В зрительно-пространственных трудностях прослеживается: написание с начала строки – 19 (82,6%) учеников, со значительным отступом – 2 (8,7%) учащийся и у 4 (17,4%) учеников хаотичное расположение. Удержание строки при письме: хаотичное написание у 6 (26%) учеников, уход строки вверх и вниз у 11 (47,8%) учеников, удерживают строку 6 (26%) учеников. Колебание высоты букв – прослеживается у всех 23 (100%) учащихся. Колебания наклона букв - у 22 (95,7%) учеников. Зеркальность букв выявлена у 6 (26%) детей. Переход с печатных на письменные буквы выявляется у 8 (34,8%) школьников. Тенденция к макрографии выявляется у 21 (91,3%) ученика. Гипертонус и гипотонус отмечаются при письме у 4 (17,4%) школьников.

В задании «Напиши под диктовку предложения»: получилось у 6 (26%) учеников. Смещения глухих на звонкие и смещения аффрикат выявляются у 2 (8,7%) учеников. Смещения гласных первого ряда на гласные первого ряда - у 4 (17,4%) учащихся, смещения гласных второго ряда на гласные второго ряда - у 2 (8,7%). Замена гласных второго ряда на гласные первого ряда у 8 (34,8%) школьников. Пропуск согласных у 4 (17,4%) учеников, пропуск гласных 1 ряда у 6 (26%), пропуск гласных 2 ряда у 2 (8,7%) детей. Вставки согласных у 2 (8,7%) учеников, вставки гласных у 4 (17,4%). Антиципации были выявлены у 2 (8,7%) детей. В зрительно-пространственных трудностях прослеживается: написание с начала строки – 12 (52,1%) учащихся, со значительным отступом у 4 (17,4%) и у 6 (26%) учеников хаотичное расположение. Удержание строки при письме: хаотичное написание выявляется - у 11 (47,8%) учащихся, уход на верхнюю или нижнюю линию строки у 6 (26%) учеников, а также удерживают строку 6 (26%) школьников. Колебания высоты букв – прослеживается у 22 (95,7%) учеников. Колебания наклона букв – у 21 (91,3%) школьника. Зеркальность букв выявляется у 2 (8,7%) учеников. Переход с печатных на письменные буквы у 8 (34,7%). Тенденция к макрографии у 19 (82,67%) первоклассников. Гипертонус - у 4 (17,4%) учащихся, гипотонус у 2 (8,7%) детей.

В задании «Спиши слова»: все 23 (100%) ученика справились с заданием (максимально правильно списанных слов – 10 слов, минимально – 1). Пропуски гласных и зеркальность при письме выявляются - у 2 (8,7%) учеников. Неточность передачи графического образа и неправильное списывание слова выявляется у – у 4 (17,4%) учеников.

В задании «Вставь пропущенные буквы»: справились 19 (82,6%) учеников (максимальное количество – 7, минимальное – 1), неверно вставлены буквы у 12 (52,1%) учеников и не выполнили 8 (34,8%) школьников.

В задании «Найди и исправь ошибку в словах»: выполнили 14 (60,8%) учеников (максимально – 9 слов, минимально – 3), неправильно исправлены слова у 19 (82,6%) и не выполнили задание 8 (34,8%) первоклассников.

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют наличие комплексных нарушений письма у первоклассников с ЗПР и ТНР. Выявленные ошибки можно классифицировать по нескольким категориям, что отражает разнообразные нейропсихологические механизмы, лежащие в основе этих нарушений: 1) нарушения звуко-буквенного анализа и синтеза, 2) нарушение языкового анализа и синтеза, 3) зрительно-пространственные нарушения, 4) зрительно-моторные нарушения. Это позволило нам предположить наличие возможных факторов, влияющих на нарушения письма у детей с ЗПР и ТНР: 1) фактор зрительно-пространственных и зрительно-моторных функций, 2) фактор фонематического восприятия и языкового развития. Каждому ученику по результатам исследования были прописаны рекомендации для родителей и составлены программы индивидуальной нейропсихологической коррекции.

Список литературы

1. Лалаева Р.И. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, СВ. Зорина. — М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004.— 303 с. — (Коррекционная педагогика).

2. Филякина, Е. А. Особенности формирования коммуникативной деятельности у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи / Е. А. Филякина // Вестник науки и образования. – 2020. – № 25-1(103). – С. 79-81.

3. Ахутина, Т. В. Диагностика речевых нарушений школьников : практическое пособие / Т. В. Ахутина, Т. А. Фотекова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 157 с.

4. Визель, Т. Г. Особенности коррекционной работы при нарушениях восприятия речи на слух / Т. Г. Визель // Самарский научный вестник. – 2018. – Т. 7. – № 1(22). – С. 248-251.

5. Ахутина, Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. - Москва : Академия, 2015. – 282 с.

6. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза / А. В. Семенович. – Москва : Издательский дом Генезис; 2007. – 474 с.

КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОТ МАТЕРЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*Сергиенко А.А. , Зверева Н.В. , Строгова С.Е. , Суркова К.Л. , Зверева М.В.,
Клак Д.С.*

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр
психического здоровья» Москва, Россия**

Актуальность. Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в 21 веке — это своего рода «палочка-выручалочка» для тех потенциальных родителей, которые, в силу разных причин, не могут совершить естественное зачатие. Развитие медицинских технологий и совершенствование процедур ВРТ привели к тому, что экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) стали надежным решением проблем мужского и женского бесплодия. Проведенные медиками многочисленные исследования, касающиеся развития детей, рожденных с помощью ВРТ, преимущественно сосредоточены на периоде пренатального и раннего развития. Вопрос о психическом, а не только психомоторном или речевом развитии таких детей в другие возрастные периоды (от 3 до 15 лет) ставится крайне редко [1,2], тем более в связке с возрастом матерей.

В ФГБНУ НЦПЗ с 2019 года ведется мультидисциплинарное изучение нейрокогнитивного развития детей, зачатых с помощью ВРТ, получены данные о разнообразии интеллектуального и нейропсихологического статуса этих детей в сопоставлении с детьми с естественным зачатием [3,4,5]. Собранный материал включал в себя анализ развития детей, рожденных с помощью ВРТ, однако не всегда уделялось внимание возрасту матерей, в котором они родили ребенка, зачатого с помощью ВРТ. В настоящем сообщении предпринята попытка восполнить этот пробел в исследовании.

Цель. Проанализировать варианты нейрокогнитивного развития детей, зачатых с помощью ВРТ в связи с возрастом матери.

Выборки: три группы детей, рожденных с помощью ЭКО: М1 -от матерей, родивших в возрасте до 30 лет (20 чел., средний 28 л.), М2 - от матерей, родивших в возрастном промежутке от 31 до 39 лет (74 чел., средний 33 г.), и М3 - от матерей, родивших в возрасте от 40 лет (17 чел., средний 43 г.). Большинство детей в каждой подгруппе были рождены с помощью кесарева сечения (свыше 75%) М3. Важным показателем был способ ВРТ – ЭКО (М1 83%; М2 60%; М3 53%) или ИКСИ (М1 17%; М2 40%; М3 47%). Дети в группах были разного возраста, но сходные по средним показателям М1 – 7,3л; М2 – 7,1 л., М3 – 6,0 л.

Большинство детей были рождены и воспитываются в полных семьях (свыше 84%), родители имеют высшее образование также в большинстве изученных случаев. Социально-экономические показатели семей были также примерно сходными.

Методы. Психометрический (тест Векслера для детей) - оценивались вербальный (ВИП), невербальный (НИП) и общий показатель интеллекта (ОИП) [6].

Нейропсихологическое обследование проводилось с помощью «батареи» специально подобранных проб, а также опросников направленных на выявлении симптомов дисфункционального состояния подкорковых структур (стволовых и диэнцефальных).

Нейропсихологический анализ полученных данных проводился на трех уровнях: 1 - уровень сформированности психических функций; 2 - факторный (исследовалась функциональная сформированность выделенных нейропсихологических факторов); 3 - топический (функциональной сформированности/несформированности или дисфункции корковых и подкорковых структур головного мозга).

Оценивались основные показатели, относимые к нейропсихологическому факторному анализу: энергетический фактор (функциональное состояние на уровне стволовых и диэнцефальных структур), зрительная память, тормозимость следов слухоречевой памяти, фонематический слух, неречевой слух, фактор программирования (планирование в сложной деятельности), фактор устойчивости

произвольного контроля, тормозный контроль (ингибция доминантного ответа), пространственный фактор (сомато-пространственное, зрительно-пространственное и квазипространственное восприятие), фактор межполушарного взаимодействия, кинетический (инертности-подвижности двигательных стереотипов), кинестетический. Применялся качественный и количественный анализ. Выстраивался нейропсихологический профиль с численной оценкой дефицита психических функций и нейропсихологических факторов. Оценка проводилась по четырех бальной шкале баллам от 0 до 3 (0 – нет нарушений, 3- выраженные нарушения). Также на основе нейропсихологического профиля каждого испытуемого подсчитывались средние баллы по корковым и подкорковым нарушениям [3].

Математической обработка данных: описательная статистика, непараметрический анализ Краскала-Уоллиса (H критерий) данных M1, M2 и M3, обращавшихся к процедуре ИКСИ или ЭКО, для поиска отличий у детей по показателям интеллекта IQ, а также по нейропсихологическим показателям, U - критерий Манна-Уитни для оценки различий IQ между группами.

Результаты. По данным оценки интеллекта, без учета процедуры ВРТ, показано, что по ВИП, НИП и НИП были получены сходные показатели для M1 и M3, в группе M2 показатели были негрубо, но ниже. ВИП: M1-113**, M2 -103**, M3- 114** (** - UЭмп = 243, $p \leq 0,01$); НИП: M1- 117**, M2 – 107**, M3 – 113** (** - UЭмп = 354.5 $p \leq 0,01$); M1- 115*, M2 – 104*, M3 – 115* (* - UЭмп = 308.5. $p \leq 0,05$).

Частота встречаемости грубой дисфункции на уровне подкорковых и корковых структур в зависимости от возраста матери на момент рождения ребенка: M1 – корковых 16%, подкорковых 56 %; M2 - корковых 26%, подкорковых 51%; M3 – корковых 11%, подкорковых 61%.

Рассмотрим достоверные различия по отдельным нейропсихологическим показателям. По корковым дисфункциям показатели M2 ниже по сравнению с M1 и M3 (критерий H=7,455, при $p < 0.024$). По образам-представлениям показатели у M2 ниже по сравнению M1 и M3 (критерий H=8,887, при $p < 0.012$). По фонематическому слуху показатели у M2 ниже по сравнению M1 и M3 (критерий H=6,109, при $p < 0.047$). По фактору устойчивости произвольного контроля показатели у M2 ниже по сравнению M1 и M3 (критерий H=7,438, при $p < 0.024$). По зрительно-пространственному восприятию показатели у M2 ниже по сравнению M1 и M3 (критерий H=6,089, при $p < 0.048$). По оральному праксису показатели у M2 ниже по сравнению M1 и M3 (критерий H=8,180, при $p < 0.017$).

Из полученных данных видна важность параметра возраста матери на момент рождения ребенка. С одной стороны, это соответствует представлениям о повышении риска наличия функциональной несостоятельности с возрастом матери на момент рождения ребенка. С другой стороны, получены данные, свидетельствующие о критичности определенных возрастных групп, в которых риски дисфункции на уровне корковых и подкорковых структур у рожденных детей наиболее высоки. Так для корковых структур это возраст матерей от 31 до 39, для подкорковых – от 40 до 44 лет.

Обратимся к анализу различий между группами с учетом вида процедуры ВРТ. В группе матерей ЭКО нет значимых различий по основным параметрам нейродиагностики и IQ. А в группе матерей ИКСИ были обнаружены следующие значимые различия: вербальный интеллект у детей M2 ниже по сравнению с детьми M1 и M3 (критерий H=8,207, при $p < 0.017$), общий IQ интеллект у детей, рожденных от M2 ниже по сравнению с детьми от M1 и M3 (критерий H=9,075, при $p < 0.011$).

Следует отметить, что в данном исследовании мы не оценивали собственно психическое развитие детей в связи с наличием диагнозов по нервно-психическому заболеванию, а таких детей в каждой из групп было примерно равное количество, около 20%. Учет этого диагностического разнообразия, а также социально-психологических факторов – задача будущего анализа полученного массива данных.

Выводы:

1. Варианты нейрокогнитивного развития детей, зачатых с помощью ВРТ от матерей в различные возрастные периоды, имеют своеобразие.

2. Дети, рожденные от матерей в возрасте от 31 до 39 лет, по нашим данным, имеют худшие, по сравнению с другими группами, показатели как вербального, невербального, так и общего показателя IQ, при этом средние показатели все находятся в нормативном диапазоне.

3. Дети, рожденные от матерей в возрасте от 31 до 39 лет, по нашим данным имеют худшие, по сравнению с другими группами, показатели по наличию дисфункции корковых структур.

4. Дети, рожденные от матерей в возрасте от 40 лет, по нашим данным имеют худшие, по сравнению с другими группами, показатели по наличию дисфункции подкорковых структур.

5. Для последующего нервно-психического развития детей ВРТ кроме возраста имеет значение и тип процедуры ВРТ, более благополучное развитие детей отмечено в нашей выборке при применении ИКСИ как процедуры ВРТ.

Закключение. Проведенное исследование показывает значение возраста матери, в котором проводится процедура ВРТ. Также было показано значение варианта ВРТ для последующего нейрокогнитивного развития родившихся детей. Исследование имеет ряд ограничений, которые во многом определяют предварительный характер сделанных выводов. Это связано как с относительно небольшим объемом выборок, отсутствием анализа значения возрастной специфики последующего нервно-психического и нейрокогнитивного развития при естественном зачатии, а также неучетом наличия нервно-психической патологии у детей в сопоставляемых группах. Ограничения исследования определяют и векторы дальнейшей работы в направлении изучения роли возраста матери для последующего психического развития ребенка, в связи с применением разных вариантов ВРТ или при естественном зачатии. Следует обратить внимание на другие стороны мультидисциплинарного анализа нейрокогнитивного развития детей, зачатых с помощью ВРТ в контексте изменений ЭЭГ, нейроиммунотеста, особенностей когнитивного функционирования по данным патопсихологической диагностики и др.

Настоящее исследование – одно из первых в данном направлении – показало значимость возраста матерей при проведении процедур ВРТ для последующего развития детей. Полученные данные, безусловно, нуждаются в уточнении и расширении анализируемого материала.

Список литературы

1. Добряков, И. В., Лещинская, С. Б., Стоянова, И. Я., Магденко, О. В. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения/ И.В. Добрякова, С.Б. Лещинская, И.Я. Стоянова, О.В. Магденко// Вопросы психического здоровья детей и подростков/ 2019. - № 19(4). - С. 122-131.

2. Зверева, Н. В., Сергиенко, А. А., Строгова, С. Е., Зверева, М. В. Современные подходы к оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением ЭКО/ Н.В. Зверева, А.А. Сергиенко, С.Е. Строгова, М.В. Зверева// Вопросы психического здоровья детей и подростков/ 2019. - № 19(4). - С. 133-143.

3. Сергиенко, А.А., Зверева, Н.В. Оценка нейрокогнитивного развития детей и подростков, зачатых с помощью ЭКО: нейропсихологический подход/ А.А. Сергиенко, Н.В. Зверева// Психология третьего тысячелетия. Сборник материалов VIII Международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения основателей кафедры психологии государственного университета "Дубна", В.П. Зинченко и В.М. Мунипова/ Под общей редакцией О.А. Гончарова, Б.Г. Мещерякова - Дубна, 2021. - С. 216-221.

4. Сергиенко, А.А., Даллада, Н.В., Горбачевская, Н.Л., Строгова, С.Е., Зверева, М.В., Зверева, Н.В., Суркова, К.Л., Балакирева, Е.Е. Нейрокогнитивный подход в мультидисциплинарном изучении детей и подростков, зачатых с помощью ЭКО/ А.А. Сергиенко, Н.В. Даллада, Н.Л. Горбачевская, С.Е. Строгова, М.В. Зверева,

Н.В. Зверева, К.Л. Суркова, Е.Е. Балакирева// Психическое здоровье. - 2022. - Т. 17. № 12. - С. 44-53.

5. Суркова, К.Л., Зверева, Н.В. Нервно-психическое развитие детей, зачатых путем вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ И ДР.)/ К.Л. Суркова, Н.В. Зверева// Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2022 (22). № 1 - С. 105-114.

6. Филимоненко, Ю.И., Тимофеев, В.И. Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (Детский вариант): методическое руководство/ Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеева. – Спб.: ИМАТОН. - 2011. – 106 с.

СВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИЕЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ У ДЕТЕЙ -ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Симановский А. Э., Горохова Д. А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского», Ярославль, Россия

Актуальность. Работа с детьми-дошкольниками с задержкой психического развития прежде всего направлена на развитие у них способности успешно приспособиться к социуму. Во- многом от этого зависит их успехи в школе и в дальнейшей взрослой жизни. Как показывает практика, снижение или задержка интеллектуальных способностей может быть успешно компенсирована, если ребенок научится владеть своими эмоциями и быть чутким в отношении эмоций других людей. Многочисленные исследования, проведенные на взрослых людях и лицах юношеского возраста показали, что способность к адаптации в новой профессиональной деятельности и в студенческой группе связана с уровнем развития эмоционального интеллекта [1, 2, 3]. Логично предположить, что влияние социального интеллекта на способность к социальной адаптации имеет место и в дошкольном возрасте. При этом, вполне возможно, что если не развивать социальный интеллект у ребенка с интеллектуальными нарушениями, то проблемы связанные с социальной дезадаптацией могут усугубляться, по мере взросления ребенка. Поэтому, в данном исследовании была предпринята попытка проследить связи между уровнем развития социального интеллекта у детей с задержкой психического развития и его способностью к социальной адаптации.

Цель исследования. Целью исследования было выявление связи между социальным интеллектом, отдельными его компонентами и способностью к социальной адаптации у детей с задержкой психического развития.

Материалы и методы. В качестве основы структуры эмоционального интеллекта была взята модель Д.В. Люсина [4]. Автор считает, что в эмоциональный интеллект входят следующие структуры: способность к пониманию эмоций других людей, способность управлять своим поведением в зависимости от эмоций других людей и способность к управлению собственными эмоциями. Для выявления этих качеств у дошкольников с задержкой психофизиологического развития были использованы следующие методики:

-методика диагностики эмоциональной сферы Минаевой В.М., а именно задания под номером 1, 2, 3, 4, которые использовались для выявления уровня знания эмоциональной «палитры», идентификации эмоций по невербальным и вербальным признакам, понимания чужих и собственных эмоциональных проявлений в конкретных ситуациях - показатели: «распознавание чувств»; и «понимание чувств»; [5];

-«Как улучшить своё эмоциональное состояние» А.А. Ошкиной, И.Г. Цыганковой – была призвана выявить наличие имеющихся представлений о способах эмоциональной саморегуляции детей. Показатель - «управление собственными чувствами»; [6];

-«Картинки» О.Е. Смирновой и В.М. Холмогоровой - использовалась для диагностики умения выстраивать свое поведение, в зависимости от эмоционального состояния партнера и эмпатии. Данный показатель можно назвать «социальные навыки»; [7].

Для изучения уровня социальной адаптации была использована методика «Диагностика уровня адаптированности ребенка к дошкольному учреждению» А.С. Роньжиной (М.В. Корепановой, Е.В. Харламповой). Она позволяет оценить эмоциональное состояние ребенка, его способность контактировать со взрослыми, детьми, окружающими предметами, скорость адаптации к новым для ребенка условиям окружающей среды [8, с.7].

Для выявления взаимосвязи между показателями эмоционального интеллекта и уровнем социальной адаптации был использован коэффициент корреляции Спирмена

Описание эмпирической выборки. В диагностике приняли участие 14 детей старшего дошкольного возраста (6-7 лет) с ЗПР, посещавшие МДОУ Детский сад №227; г. Ярославля. Все дети имели заключение ПМПК. Среди испытуемых было 8 мальчиков и 6 девочек. Диагностическое обследование проходило в сентябре-октябре 2023 года.

Результаты. Подсчет взаимосвязей с использованием коэффициента корреляции Спирмена показала, что самые тесные связи оказались между уровнем адаптированности детей и показателем способности распознавать эмоции ($r = 0.736$, при $p = 0,01$), а также между уровнем адаптированности и общим показателем эмоционального интеллекта ($r = 0.663$, при $p < 0,1$). Также были выявлены связи между адаптированностью и способностью к управлению эмоциями ($r = 0.5$, при $p = 0,05$) и адаптированностью и наличием социальных навыков у ребенка ($r = 0.5$, при $p = 0,05$).

Таким образом, можно предположить, что наибольший вклад в способность адаптироваться в социальной среде вносит способность распознавать эмоции, а способности к управлению собственными эмоциями и социальные навыки, которые позволяют подстраивать свое поведение в зависимости от эмоций партнера по общению выполняют инструментальную функцию и являются средствами управления своим эмоциональным поведением.

Связь между адаптированностью и способностью к пониманию собственных эмоциональных состояний и чужих эмоциональных проявлений оказалась незначимой ($r = 0.381$), с учетом, что критерияльным табличным значением для группы 16 человек (при $p = 0,05$).

Таким образом, в исследовании было подтверждено влияние социального интеллекта на способность к социальной адаптации у детей с задержкой психического развития. При этом, наибольший вклад со стороны эмоционального интеллекта имеют способность к распознаванию эмоций у других людей, а также способность к управлению собственными эмоциями и наличие социальных навыков, позволяющих изменять собственное поведение в зависимости от эмоционального настроения собеседника. Хорошая способность к распознаванию эмоций, характеризует ребенка, как наблюдательного и чуткого к настроению своих собеседников, а хорошая способность к управлению собственными эмоциями и умение учитывать эмоциональное состояние своего собеседника в собственном поведении свидетельствует о его хорошей произвольности - умению сдерживаться, когда нужно сдержаться, или проявить свои эмоции (например, сочувствие, сопереживание), когда это требует ситуация общения. Это качество, по мнению Д.Б. Эльконина, формируется в сюжетно-ролевых играх и в играх с правилами и является главным новообразованием дошкольного возраста. В сюжетно-ролевых играх дети начинают более внимательно относиться к своим партнерам по игре, так как в процессе ролевого разыгрывания происходит и разыгрывание эмоций, характерных для героев игры (любовь, агрессия, сочувствие, обида и т.п.). Также в играх с правилами дети могут переживать и сочувствовать тем, кто проиграл и сильно переживает свой проигрыш [9]. Напротив, дети, которые мало чувствительны к чужим эмоциям, как правило не умеют играть, не способны имитировать эмоции другого человека. Обучение навыкам самоконтроля и социальным навыкам, с нашей точки зрения имеет смысл только тогда, когда ребенок научится ориентироваться на эмоции других людей, так как это дает возможность направить своё поведение в наиболее желательную в данной ситуации сторону.

Выводы.

1. В исследовании подтверждена связь между социальной адаптацией ребенка с ЗПР и уровнем развития у него социального интеллекта.

2. Наибольший вклад в способность к адаптации ребенка к социуму вносят факторы: способность к распознаванию эмоций у других людей, способность к управлению своими эмоциями и социальные навыки.

3. Важнейшим умением в структуре социального интеллекта является умение распознавать эмоции других людей. В качестве инструментальных умений, которые позволяют менять своё поведение в нужную сторону являются: умение

управлять своими эмоциями и социальные навыки, позволяющие менять свое поведение с учетом эмоций окружающих людей.

4. Профилактика социальной дезадаптации у детей с задержкой психофизического развития должна вестись по линии формирования прежде всего трех качеств, входящих в социальный интеллект: способности к распознаванию чужих эмоций, способности к управлению собственными эмоциями и социальных навыков. При этом, способность к распознаванию эмоций является центральным качеством, которое должно лежать в основе профилактики социальной дезадаптации.

Список литературы

1. Берман Н.Д. Образование и эмоции: значение эмоций в нашей жизни и в обучении // Russian Journal of Education and Psychology. 2019. №4. - С. 12-16.
2. Тимохин Н.Н., Крючкова А.С. Изучение взаимосвязи между уровнем эмоционального интеллекта и социально-психологической адаптацией у молодёжи. Инновационная наука: Психология. Педагогика. Дефектология. 2021;4(3) - С. 65-78
3. Панкова Т.А. Роль эмоционального интеллекта в социально-психологической адаптации молодых специалистов . – Текст : ЭЛЕКТРОННЫЙ // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011 N 4(18). URL: <http://psystudy.ru> . 0421100116/0039
4. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта // Психологическая диагностика. 2006 № 4 С. 3–22
5. Минаева В. М. Развитие эмоций дошкольников. Занятия. Игры. Пособие для практических работников дошкольных учреждений. Москва: АРКТИ, 1999. - С.3-8.
6. Цыганкова И. Г. Изучение уровня сформированности эмоциональной саморегуляции у детей 6-7 лет. // Вектор науки ТГУ, Серия: Педагогика, психология, 2014. № 1(16).- 20 с.
7. Смирнова Е. О. Конфликтные дети / Е. О. Смирнова, В. М. Холмогорова - Москва: Эксмо, 2009. - С.19-21
8. Комплект диагностических методик для психодиагностики детей, имеющих особенности развития : учебно-метод. пособие / сост. : Н. А. Разнадежина, Н. Н. Семенова. – Сургут : Изд-во бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Методический центр развития социального обслуживания», 2017. – 44 с.
9. Детская психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 4-е изд., стер. — Москва.: Издательский центр «Академия», 2007. - 384 с.

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сирота Н.А., Фетисов Б.А.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Российский университет медицины» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия**

Актуальность. Неопределенность во время онкологического заболевания и связанные с ней трудности с оценкой, противоречивостью, сложностью, двусмысленностью, неоднозначностью информации, которую получает пациент, являются распространенным и выраженным дистрессом на протяжении всего течения болезни и лечения. По итогам оценки ситуации неопределенность рассматривается как опасность или возможность и активируются буферные копинг-стратегии или стратегии мобилизации и регуляции аффекта (Сирота Н.А. и др., 2024). В предыдущих исследованиях было показано, что выраженная неопределенность положительно связана с избегающими копинг-стратегиями и негативно отражается на физическом и психическом благополучии онкологических пациентов (Kurita K. et al., 2013; Guan T. et al., 2020). А, в свою очередь, отрицательные копинг-стратегии положительно связаны с депрессивными симптомами и отрицательно с эмоциональным благополучием. Кроме того, высокий уровень неопределенности оказывает негативное влияние на общее качество жизни. Учитывая, что возрастающая неопределенность в отношении заболевания вызывает негативные эмоции, которые мешают поиску информации пациентом, оказывают влияние на качество их жизни, тем самым негативно влияют на процесс лечения и могут становиться причиной прекращения лечения, актуальным является изучение особенностей неопределенности и связанных с ней механизмов совладающего поведения.

Цель исследования. Изучить особенности копинг-стратегий и копинг-ресурсов онкологических пациентов при различных уровнях неопределенности.

Материалы и методы. В рамках исследования психодиагностические анкеты заполнили 103 онкологических пациента, которые получали амбулаторно или в стационаре один из вариантов противоопухолевого лекарственного лечения: химиотерапия, таргетная терапия, гормонотерапия, иммунотерапия. Среди опрошенных пациентов 6 мужчин и 97 женщин, средний возраст 49,40 ($\pm 11,39$) лет. Высшее образование у 80,58% пациентов, остальные 19,42% со средним или средне-специальным образованием. Опрошенные пациенты имели различные виды онкологических заболеваний: лейомиосаркома, лимфома Ходжинса, меланомы кожи, рак желудка, кишечника, легкого, горла, поджелудочной железы, почки, тела или шейки матки, щитовидной железы, злокачественное образование яичников, молочной железы или предстательной железы, саркома Юинга. С I стадией заболевания 14,45% пациентов, со II стадией - 32,04%, с III стадией - 23,30%, с IV стадией - 26,21%.

В исследовании использованы следующие психодиагностические методики: для оценки копинг-стратегий, которые используют пациенты для совладания со стрессом, опросник «COPE» Карвер Ч., Шейер М., Вентрауб в адаптации Гордеевой Т.О., Осина Е.Н., Рассказовой Е.А., Сычева О.А., Шевяхова В.Ю. (2010); для оценки социальных и личностных копинг-ресурсов - «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (модифицированный вариант) в адаптации Сирота Н.А., Ялтонский В.М., (1994), «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман в адаптации М.А. Падун, В.А. Котельникова (2008), «Самозффективность в отношении лечения» Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. (2016); уровень неопределенности в болезни определялся с помощью «Шкала неопределенности в болезни» (MIUS-A) Мишель М. (1982); эмоционально-аффективные реакции измерялись с помощью «Шкала депрессии А. Бека» (BDI) в адаптации Тарабриной Н.В. (2001) и «Шкала тревоги А. Бека» (BAI) Бек А.Т., Стип Р.А. (1993).

Математическая обработка данных проводилась с помощью программ Excel и Statistica, версия 10.0.1011. Первичный анализ и обработка данных проводилась

методами описательной статистики. Из общего массива данных были выделены две группы с помощью кластерного анализа методом k-средних, при сравнении групп применялся t-test.

Результаты. Среди общей выборки пациентов были выделены две группы по результатам опросника «Шкала неопределенности в болезни» (MIUS-A): группа с умеренным уровнем неопределенности (УН) и группа с выраженным уровнем неопределенности (ВН). В группу УН вошли 56 онкологических пациентов с низкими или умеренными показателями неопределенности. В группу ВН - 47 пациентов с выраженными показателями неопределенности. Группы являются однородными по социо-демографическим показателям.

Согласно полученным данным опросника «COPE», пациенты из группы УН ($SD=12,67$, $\sigma=3,31$) статистически чаще используют позитивное переформулирование и личностный рост для совладания со стрессом по сравнению с пациентами ВН ($SD=10,97$, $\sigma=3,04$), ($p < 0,01$). То есть, они чаще пытаются рассматривать стрессовые события, связанные с болезнью и лечением, в позитивном ключе. При этом они реже используют стратегию поведенческого ухода от проблемы (группа УН $SD=6,5$, $\sigma=2,31$; группа ВН $SD=7,86$, $\sigma=2,62$), ($p < 0,01$). Группа ВН старается избегать целей, которые могут привести к столкновению со стрессовыми событиями. Остальные копинг-стратегии не имеют значимых различий.

Наиболее выраженная социальная поддержка, по мнению онкологических пациентов, со стороны семьи и значимых других. При этом пациенты УН ($SD=11,57$, $\sigma=3,88$) в среднем указывают более высокий общий уровень социальной поддержки, чем ВН ($SD=9,89$, $\sigma=4,5$), ($p < 0,01$), и в частности со стороны семьи (УН ($SD=3,4$, $\sigma=1$), ВН ($SD=2,85$, $\sigma=1,38$) ($p < 0,01$)). Р.Х. Моос подчеркивают, что люди, обладающие богатыми социальными ресурсами в области семьи и друзей, прибегают к активному совладанию такому, как позитивная переоценка, поиск помощи и поддержки, и в меньшей степени избирают избегающую стратегию совладания (Moos R.H. et al., 1987). Со стороны медицинской службы, по данным опросника «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки», пациенты в наименьшей степени ощущают поддержку.

Показатели самоэффективности в отношении лечения пациентов УН ($SD=44,26$, $\sigma=9,02$) выше, чем ВН ($SD=36,36$, $\sigma=11,66$), ($p < 0,001$). То есть пациенты УН в большей мере уверены, что их действия, связанные с процессом лечения, оказывают предполагаемый результат. По данным Е.И. Рассказовой самоэффективность имеет положительную связь с физическими и психологическими индикаторами субъективного благополучия (Рассказова Е.И. и др., 2016). А в обзоре Р. Паштуна-Дойсела приводится, что самоэффективность помогает в борьбе с симптомами онкологического заболевания и положительно коррелирует с оптимизмом по отношению к жизни, а также с умением справляться с трудностями (Pastuna-Doicel R. et al., 2021). Онкологические пациенты обеих групп считают себя достойными и в целом хорошими людьми, окружающий мир относительно безопасным достойным доверия. При этом имплицитные базисные убеждения онкологических пациентов УН и ВН по некоторым шкалам методики «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман различаются. Показатели по шкале «Справедливость» пациентов ВН низкие ($SD=20,10$, $\sigma=3,90$), а у пациентов УН средние ($SD=23,21$, $\sigma=4,34$), ($p < 0,01$). Таким образом, пациенты ВН убеждены, что окружающий мир несправедлив и человек не получает того, что заслуживает. Уровень убеждений по шкале «Контроль» в обеих группах средний, однако пациенты ВН ($SD=24,04$ $\sigma=2,90$) в меньшей степени уверены в своей способности контролировать происходящие с ними события чем УН ($SD=27,55$ $\sigma=4,96$), ($p < 0,01$). Все опрошенные пациенты имеют высокие значения по шкале «Удача», при этом пациенты ВН ($SD=32,17$ $\sigma=5,76$) в меньшей степени по сравнению с УН ($SD=35,83$ $\sigma=6,38$), ($p < 0,01$) убеждены, что им в жизни везет.

Показатели тревоги онкологических пациентов не превышают среднего уровня, при этом в группе УН ($SD=11,82$ $\sigma=8,13$) они ниже по сравнению с ВН ($SD=21,51$ $\sigma=11,53$), ($p < 0,001$). А показатели депрессии в группе УН ($SD=10,83$ $\sigma=6,08$) незначительные, в то время как у ВН ($SD=18,46$ $\sigma=11,73$), ($p < 0,001$) имеются отдельные симптомы.

Выводы. Онкологическое заболевание и проводимое лечение оказывает значительное влияние на психологическое состояние пациентов. При этом неопределенность по отношению к самому заболеванию и проводимому оказывает влияние на различные клиничко-психологические аспекты пациентов.

Неопределенность, в зависимости от ее выраженности, связана с особенностями копинг-стратегий, которые используют онкологические пациенты, воспринимаемой социальной поддержкой и самоэффективностью, как ресурсов совладающего поведения. Кроме того, усиление неопределенности негативно сказывается на убеждениях пациентов в отношении себя и окружающего мира, а также тревожных и депрессивных состояниях.

Список литературы

1. Рассказова, Е.И. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2016. -Т. 9, №. 1. - С. 71-83. doi: 10.14529/psy160108
2. Сирота. Н.А. Феномен неопределенности при соматических заболеваниях / Н.А. Сирота, Б.А. Фетисов // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2024. Т. 12, №. 1 (44). - С. 69–83.- URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=594>. (дата обращения: 23.04.2024). doi: 10.23888/humJ202412169-83
3. Guan, T. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer / T. Guan, S.J. Santacroce, D.G. Chen et al. // *Psychooncology*.- 2020.- Vol. 29, №. 6.- P:1019-1025. doi: 10.1002/pon.5372.
4. Kurita, K. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer / K. Kurita, E.B. Garon, A.L. Stanton et al. // *Psychooncology*.- 2013.- Vol. 22, №6.- P:1396–1401. doi: 10.1002/pon.3155.
5. Moos, R.H. Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies / R.H. Moos, Holahan C.J. // *Journal of Personality and Social Psychology*.- 1987.- Vol. 52.- P: 946-955. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
6. Pastuna-Doicela, R. Influence of Self-efficacy on Uncertainty and Quality of Life of Women with Breast Cancer. Integrative Review / R. Pastuna-Doicela, O. Sanhueza-Alvarado // *Enfermeria: Cuidados Humanizados*.- 2021.- Vol. 10., № 2.- P. 124-144. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2603>

ИНДИВИДУАЛЬНО ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ СВО ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Смирнов Н.В., Пунченко М.В.

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

В настоящее время в связи с таким событием, как специальная военная операция (СВО), наблюдается все большее количество человек, которые имеют травматический опыт. Поэтому на данный момент все более актуальным для исследования становятся особенности переживания травмы в связи с индивидуально-личностными характеристиками.

В настоящее время психическая травма определяется как значительный психологический шок, вызванный одним или несколькими критическими событиями, которые могут изменить психику и физиологическое функционирование человека [7]. История концепции травмы восходит к ранним работам Фрейда. Фрейд создал первую психоаналитическую теорию травмы, в которой говорилось, что это явление глубоко укоренилось в бессознательном, рассматриваемое как патогенное влияние на психику человека и которое лежит в основе невротических расстройств. Он видит источник травмы не во внешнем событии, а в самой психике, в распаде эго.

В современных работах, в частности в работе П. Левина, психологическая травма определяется как состояние сильного испуга, которое человек испытывает, сталкиваясь с внезапным, потенциально опасным для жизни событием, выходящим за рамки возможностей индивида и, следовательно, которое он не может контролировать или эффективно отреагировать [4].

Особое место занимают психические травмы, полученные в местах ведения боевых действий. Переживание травмы настолько необычно, что пострадавший человек может утратить свои фундаментальные представления о мире, а также о своем Я как неуязвимого и имеющего ценность. При травме появляется чувство непохожести, которое может возникнуть из-за уникального опыта, которого не было у тех, кто тебя окружает. Поскольку переживание выходит за рамки того, что обычно считается возможным, ощущаемая разница настолько значительна, что приводит к повсеместному отсутствию фонового чувства принадлежности [8].

Индивид, переживший травматический опыт и вернувшийся домой, сталкивается с кардинально новой реальностью, в которой ему теперь придется научиться жить. Мир кажется человеку несправедливым, полным страшных вещей, а личность представляется беспомощной, незначимой, утратившей контроль над собой и своей жизнью. Люди, подвергшиеся воздействию сложных травматических событий, подвержены риску не только посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но и других сопутствующих психических заболеваний. (7). В работах Колова С.А. говорится о таких расстройствах как депрессия, тревожное расстройство, параноидный, эмоционально-неустойчивый пограничный и импульсивный подтипы личностных расстройств [2].

В развитии посттравматического стрессового расстройства вследствие плохо проживаемого травматического опыта играют роль претравматические личностные особенности или расстройства. Так, боевые действия вызывают патологические реакции у людей с невропатической конституцией. Преморбид этих пациентов определяется наиболее уязвимыми к воздействию боевых стрессов радикалами - астеническими и сенситивными чертами характера. Также Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. провели исследование, где выявили что посттравматическое стрессовое расстройство выявляется в большинстве своем у лиц с педантичным, тревожным и дистимным типами акцентуаций характера [5].

Бундало Н.Л. говорит о том, что хуже справляются с травматическим опытом люди интровертированные [1], Харламова Т.М. выделяет такие характеристики как повышенная возбудимость и эмоциональность в сочетании с пониженным нервным торможением, которые препятствуют вытеснению травмирующей информации [6].

Однако любой травматический опыт несет в себе возможность изменения. В середине 1990-х годов психологи Р. Тедески и Л. Калхун предложили новый термин – «посттравматический рост». Посттравматический рост – это позитивное психологическое изменение, переживаемое в результате борьбы с негативным опытом, которое приводит не только к восстановлению предшествующего, но и к превышению исходного уровня психологического функционирования, а также к изменениям качественного, трансформирующего характера. Положительные изменения, такие как ощущение смысла и полноты жизни, развитие себя личности, возможны у людей с позитивно-ориентированной реакцией на критическое событие. Среди них Фау Е.А. выделяет такие характеристики, как жизненная мудрость, внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, уверенность в себе, терпимость к своим и чужим недостаткам, наличие аффилиативных свойств.

Другой автор, Куксова Н.А., исследовав людей, принимающих участие в боевых действиях в Чечне, выявила у 59% признаки циклоидной акцентуации личности. Такие военнослужащие легко вливались в новый коллектив, быстро устанавливали дружеские отношения с сослуживцами, что помогало легче переживать травматический опыт [3].

Говоря о посттравматическом росте, он может быть результатом использования совладающей модели поведения, которая актуализирует внутренние ресурсы и позволяет успешно адаптироваться к новым жизненным обстоятельствам.

Другой же тип реагирования на травматический опыт – это использование защитной стратегии поведения. В таком случае индивид, например, искажает когнитивные схемы оценки реальности, спасается в употреблении психоактивных веществ или отрицает события, которые с ним происходили.

Человек, который демонстрирует высокий уровень совладающего поведения, обладает такими чертами личности, как активность, целеустремленность, высокий эмоциональный интеллект, способность адекватно управлять своими и чужими эмоциями, гибкость мышления, креативность, высокая социально-психологическая адаптированность.

Таким образом, переживание травматического опыта наблюдается у каждого индивида по-своему в зависимости от его личностных особенностей. Также при написании статьи было выявлено, что проблема связи переживания травматического опыта у участников боевых действий и индивидуально-личностных характеристик недостаточно изучена и является актуальной для научных исследований в клинической психологии.

Список литературы

1. Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство / Н.Л. Бундало // Авто-реф. дисс. ... д-ра мед. наук. - СПб.: ПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. - 51 с.
2. Колов Сергей Александрович Значение боевого и постбоевого стрессов в психопатологии комбатантов // Российский психиатрический журнал. 2010. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-boevogo-i-postboevogo-stressov-v-psihiopatologii-kombatantov>
3. Куксова Н.А. Толерантность к боевому стрессу у военнослужащих с циклоидным психотипом / Н.А. Куксова, О.И. Боев, Т.Е. Никитина.
4. Мазур Е. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал, 2003, № 1
5. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психолог. 2013. № 2. С. 258-308. DOI: 10.7256/2306-0425.2013.2.252 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=252
6. Харламова Т.М. Личностные детерминанты посттравматического стрессового расстройства ветеранов боевых действий / Т.М. Харламова // Современные наукоемкие технологии. 2007. N11. С. 67.
7. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, Cloitre M, Karatzias T, Bisson J, Roberts NP, Brown JVE, Barbui C, Churchill R, Lovell K, McMillan D,

Gilbody S. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med.* 2020 Aug 19;17(8):e1003262. doi: 10.1371/journal.pmed.1003262. PMID: 32813696; PMCID: PMC7446790.

8. Lillian Wilde; Background Feelings of Belonging and Psychological Trauma. *Psychopathology* 1 July 2022; 55 (3-4): 190–200. <https://doi.org/10.1159/000518327>

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ФАКТОР ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА

Василенко Т.Д., Солдатенко К. А.

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

Актуальность. В современном мире мы все чаще сталкиваемся с экстремальными обстоятельствами, будь то стихийные бедствия, теракты, насилие или аварии на дорогах. После таких ситуаций у нас могут возникнуть разнообразные негативные эмоциональные состояния, сопровождающиеся острыми или длительными переживаниями, такими как страх, паника, ужас или отчаяние. Интенсивность этих эмоций часто может быть настолько высокой, что вызывает дезорганизирующее воздействие на наше поведение и мышление.

В результате человек может потерять способность адекватно воспринимать реальность, принимать рациональные решения и оценивать ситуацию, в которой он оказался. Самое печальное в таких ситуациях заключается в том, что человек может потерять веру в будущее своей жизни и даже в смысл своего существования.

Количество нештатных ситуаций, произошедших на территории России в 2023 году, достигло почти трехсот, по данным ТАСС из пресс-службы МЧС РФ. «С начала года зафиксировано 288 чрезвычайных ситуаций и более 3,8 тысячи происшествий», - отметили в МЧС. Боевой стресс, который часто мы испытываем, как правило, незначительной силы, успешно преодолевается большинством участников и может вначале даже усилить их боевую активность. Со временем такой стресс становится обыденным и либо приобретает более интенсивный характер. Реакция участников СВО на воздействие стрессоров боевой обстановки зависит от их значимости для каждого человека и от способности справляться с ними. Значимость воздействия определяется индивидуальными психологическими особенностями и личностными свойствами, а также психологической и профессиональной готовностью к боевым действиям. Она также зависит от характера и уровня мотивации, а также особенностей восприятия места и роли боевых действий в истории и перспективе системы жизнедеятельности.

Феномен жизнестойкости относительно свежее понятие в современной психологии. Данную проблему рассматривали как в европейском, так и в российском сообществе. Первыми, кто упомянул понятие жизнестойкости были С. Мадди и С. Кобейс. Он объясняли это понятие как «некую интегративную характеристику или качество личности, которое позволяет человеку не только справляться со стрессовыми и трудными жизненными ситуациями, но и сохранять при этом относительное внутреннее спокойствие» [1].

Жизнестойкость не исключает уязвимость к стрессу, только лишь помогает конструктивно с ним справляться, извлекая что-то положительное из происходящих событий, основываясь на прошлом опыте, ценностях и представлениях.

Так С. Мадди утверждает, что основной жизнестойкости являются три аспекта [2]:

1. Вовлеченность. Убеждение о включенности в ситуацию, а конкретно, что именно участие улучшает исход события. Противоположностью является отчужденность.

2. Контроль. Убежденность в том, что всегда можно повлиять на исход, а если даже нельзя, то поменять отношение к ней. Антипод данному понятию – беспомощность.

3. Принятие риска. Вера в то, что стрессовые ситуации — это часть жизни человека, которая также может иметь позитивный опыт. Противоположностью – ощущение угрозы.

Б.Г. Ананьев обозначает жизнеспособность как базовый компонент труда человека, который влияет на активность интеллекта, эмоциональную выносливость, устойчивость установки на реализацию отставленной далеко во времени цели [4].

Цель исследования – выявить роль жизнестойкости в посттравматическом росте у участников боевых действий и разработать на этой основе программу психологического сопровождения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось посредством опросников: скрининговый опросник ПТСР, тест жизнестойкости Мадди, опросник посттравматического роста, у лиц, которые имеют опыт участия в СВО (33 человека), где 11 человек имеют проявления посттравматического стрессового расстройства, 22 человека имеют проявления посттравматического роста. Исследование проведено в период с 7 декабря 2023 года по 4 апреля 2024 года.

Методы статистического анализа: сравнительный анализ U-критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции R Спирмена. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0.

Результаты исследования. По результатам анализа был выявлен уровень статистической значимости в общем показателе жизнестойкости, а также в его составляющих.

Общий уровень жизнестойкости значимо выше у лиц, которые имеют посттравматический рост (ПТР), чем у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) (p -level 0,0001), что говорит о существенной разнице в убеждениях, которые способствуют устойчивости к внутреннему напряжению в стрессовых ситуациях. В критерии «Вовлеченность» также обнаружено значимое различие между группами с ПТСР и ПТР (p -level 0,003), что указывает на то, что лица с ПТР в большей степени находят удовлетворение в своей деятельности, чем лица с ПТСР. В показателях критерия «Контроль» присутствует значимая разница между группами с ПТСР и ПТР (p -level 0,0002). Эти данные свидетельствуют о том, что у лиц с ПТР в большей степени проявлено убеждение о способности влиять на результат происходящих с ними событий. В показателях критерия «Принятие риска» имеет место различие между показателями ПТСР и ПТР (p -level 0,007). Эти данные свидетельствуют о наличии различий в уровне жизнестойкости между лицами с посттравматическим стрессовым расстройством и посттравматическим ростом.

Также посредством коэффициента ранговой корреляции R Спирмена были выявлены следующие тенденции:

1. Существуют статически значимые данные между фактором «новые возможности» и общим уровнем жизнестойкости (R 0,361), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5). Эти показатели могут свидетельствовать о том, что высокий уровень жизнестойкости, подразумевающий определенные установки и убеждения о себе и о мире, могут влиять на определение новых интересов и нового жизненного пути для личности.

2. Выявленные статически значимые данные между фактором «новые возможности» и высокими показателями вовлеченности (R 0,387), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5), могут свидетельствовать о убежденности в возможности нахождения чего-то личностного значимого в деятельности, что может помочь в обретении новых интересов и ценностей, улучшает качество жизни и влияет на проживание кризисной ситуации.

3. Обнаруженные статически значимые данные между фактором «сила личности» и общим уровнем жизнестойкости (R 0,395), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5), может свидетельствовать о стойких субъективных представлениях личности о себе и о окружающем его мире, которые могут в кризисной ситуации преумножить уверенность в себе и готовность справляться с трудностями.

4. Существуют статически значимые данные между фактором «сила личности» и высокими показателями вовлеченности (R 0,398), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5). Эти данные могут свидетельствовать, что поиск в кризисной ситуации новых субъективных интересов и возможностей помогает обрести уверенность в себе и ощутить моральные и духовные силы личности.

5. Выявленные статически значимые данные между фактором «духовные изменения» и общим уровнем жизнестойкости (R 0,482), что указывает на

умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5), может свидетельствовать, что стойкие ценностные и личностные убеждения, определенные представления о мире и о собственной личности, в травмирующей ситуации могут помочь лучше понимать духовные проблемы.

6. Выявленные статистически значимые данные между фактором «духовные изменения» и высокими показателями контроля (R 0,516) что указывает на заметные корреляционные связи (R от 0.5 до 0.7), свидетельствует о том, что убежденность личности о безусловной возможности борьбы, даже без гарантий успеха, может быть связана с религиозными и духовными представлениями.

7. Существуют статистически значимые данные между фактором «повышение ценности жизни» и показателем общей жизнестойкости (R 0,524), что указывает на заметные корреляционные связи (R от 0.5 до 0.7). Эти условия могут свидетельствовать о стрессоустойчивости, сформированной благодаря стойким убеждениям и ценностям личности, которая, после проживания кризиса, способствует переоценке жизненных приоритетов.

8. Обнаруженная статистически значимая связь между фактором «повышение ценности жизни» и высокими показателями вовлеченности (R 0,456), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5), может свидетельствовать о закономерности в нахождении новых интересов в деятельности и переоценки ценности собственной жизни вследствие проживания кризиса.

9. Выявленные статистически значимые данные между фактором «повышение ценности жизни» и высокими показателями контроля (R 0,499), что указывает на умеренные корреляционные связи (R от 0.3 до 0.5), что может свидетельствовать о сформированных представлениях о возможности субъективного жизненного пути в процессе переживания кризиса, что может указывать впоследствии на изменения представлений о жизненных смыслах.

Выводы. Таким образом, исходя из результатов исследования, можно сделать выводы, о том, что существует значимая разница в уровне жизнестойкости у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством и посттравматическим ростом. Так лица с ПТР имеют ряд убеждений, которые позволяют рассматривать стрессовую ситуацию как средство для развития личности и обретение нового опыта. Такие личности убеждены, что в любой деятельности возможно найти положительные стороны и личную мотивацию, что борьба может привести к изменению ситуации. Такие люди уверены в собственной способности влиять на происходящие, и готовы рисковать ради усвоения новых знаний через активное приобретение и их последующее использование. Лицам с ПТСР в меньшей степени свойственны такие убеждения. Жизнестойкость можно рассматривать в качестве мишени оказания психологической помощи участникам боевых действий как на этапе психологической подготовки, так и на этапе преодоления травматического стресса.

Список литературы

1. Кучерявенко, И. А. Феномен жизнестойкости в психологической науке / И. А. Кучерявенко, О. И. Гринёва, Е. С. Еголаева // Проблемы современного педагогического образования. – 2023. – № 79-2. – С. 429-432. Кучерявенко, И. А. Феномен жизнестойкости в психологической науке / И. А. Кучерявенко, О. И. Гринёва, Е. С. Еголаева // Проблемы современного педагогического образования. – 2023. – № 79-2. – С. 429-432.
2. Микуц, О. В. Три составляющие жизнестойкости / О. В. Микуц // Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – № 5-3 (36). – С. 121-122.
3. Никитина Е. В. Феномен жизнестойкости: концепция, современные взгляды и исследования [Текст] / Никитина Е. В. // Academy. — 2017. — № 4 (19).
4. Новикова, Н. А. Стресс и жизнестойкость / Н. А. Новикова // Психологические проблемы смысла жизни и акме. – 2021. – Т. 1, № 1. – С. 95-101.
5. Овчарова Р. В. Методология исследования жизнестойкости личности [Текст] / Овчарова Р. В. // Вестник Курганского государственного университета. — 2019. — № 2 (53). — С. 59-64.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЕЙ С ОВЗ (КОГНИТИВНЫЙ АСПЕКТ)

Сорокоумова Е.А., Васина Е.В.

**ФГБОУ ВО «Московский Педагогический Государственный Университет»
Москва, Россия**

Актуальность. Лица с ОВЗ (рассеянный склероз) имеют ряд психофизических особенностей: приём медицинских лекарственных средств обуславливает процесс протекания психических процессов; астенический синдром, при котором можно наблюдать повышенную утомляемость, раздражительность и лабильность настроения, которая сочетается с вегетативной симптоматикой, нарушениями сна, метеочувствительностью. Астения выражена в двух основных формах: физической и психической. Психоорганический синдром, проявляется в виде снижения памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, сложности с переключением произвольного внимания, его узость, различного рода нарушения настроения; психогенно обусловленные патологические черты личности: патохарактерологическое развитие личности, в виде «кумира семьи» (истероидный тип) и «оранжерейное воспитание» (неустойчивый тип), а так же дефицитарный тип патологического развития личности, выраженная в реакции человека на осознание своего дефекта, физической неполноценности, социальной изолированности.

С психологической стороны, можно наблюдать инертность восприятие, трудности в освоении новой информации в связи с инертностью мышления. Важно понимать, что возможны агрессивные реакции. Наблюдается подозрительность, склонность к придиркам, язвительность, раздражительность, вспышки гнева с криками, бранной речью, возможно физическое насилия. Но в данном случае агрессия имеет защитный характер, но в силу того, что реальная угроза может либо отсутствовать, либо быть преувеличенной, то агрессивные реакции могут выглядеть в глазах окружающих людей немотивированными.

Лица с ОВЗ (рассеянный склероз) имеют склонность к ограничению контактов, испытывают эмоциональный дискомфорт связанный с дефектом и/или медицинских ограничений в деятельности, погружаются в себя, испытывая при этом негативные переживания («псевдоаутизация личности»). Эмоциональная сфера характеризуется повышенной тревожностью, склонности к обидам и к компенсаторному фантазированию. При этом умеренная нагрузка, профилактика переутомления, благоприятная среда плодотворно влияют на психологические и личностные качества личности. Неудачные многократные попытки выздороветь, приводят взрослого пациента к обострению ряда его негативных личностных особенностей.

В современном мире отмечается рост числа больных людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Эта категория людей постоянно находится в стрессовых ситуациях и постоянном преодолении. У них появляется ряд соматических заболеваний, развивается депрессия или субдепрессивное состояние, снижаются когнитивные функции, качество жизни, выполнение простых профессиональных обязанностей [1].

Когнитивный дефицит при рассеянном склерозе проявляется различными нарушениями в области познавательной деятельности: нарушается скорость обработки информации и активного внимания, модально-неспецифическими расстройствами памяти (зрительная, слухо-речевая, двигательная), нарушениями коммуникативной функции речи, мышления [3].

Цель исследования. Эмпирически изучить выраженность и структуру когнитивных нарушений у людей с ОВЗ (рассеянный склероз), в зависимости от варианта течения, степени инвалидизации, особенностей неврологического статуса, а также выявить взаимосвязь прохождения комплексной программы сопровождения людей с ОВЗ (рассеянный склероз) и позитивными изменениями психо-эмоциональной сферы, в частности когнитивного аспекта.

Методы исследования

Теоретические методы – анализ зарубежной и отечественной литературы по основным аспектам когнитивного функционирования личности. Выделение условий,

определяющих необходимость сохранности когнитивных функций на современном этапе;

Эмпирические методы:

- тестирование - Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест) (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-test)). Методика предназначена для выявления (скрининга) и оценки тяжести когнитивного расстройства; опросник для самодиагностики когнитивного расстройства Макнера и Кана (The Cognitive Difficulties Scale), Методика предназначена для предварительной самодиагностики наличия когнитивных нарушений у человека с ОВЗ.

- статистические методы - методы статистической обработки критерий Уилкоксона (Вилкоксона) для связанных выборок (Wilcoxon signed-rank test); программы обработки результатов Statgraphics Centurion XV и Microsoft Excel.

Выборка исследования. Испытуемые с ОВЗ (рассеянный склероз), с установленным диагнозом. Объем репрезентативной выборки больных РС составил 60 человек. 30 человек входящие в возрастную периодизацию по Э. Эриксону [5] в группу ранняя зрелость (от 26 до 35 лет) и 30 человек, входящих в возрастную периодизацию поздняя зрелость (от 37 до 53 лет).

Результаты исследования. Наше исследование проводилось в три этапа. На первом этапе (август 2023 года) проводилась предварительная самодиагностика наличия когнитивных нарушений у людей с ОВЗ с помощью опросника для самодиагностики когнитивного расстройства Макнера и Кана. Опрос проводился по инструкции: ответьте на 24 вопроса. Ответ оцените по пятибалльной системе: 0 - никогда, 1 - редко, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - очень часто.

Интерпретация: Если после сложения полученных баллов сумма составит выше 42, предполагается наличие когнитивных нарушений.

Для выявления (скрининг) и оценки тяжести когнитивного расстройства использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА-тест)(The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-test) [4].

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест) была разработана как средство быстрой оценки при УКР. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, управляющие функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения MoCA-теста составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов - 30; 26 баллов и более считается нормальным. 25 и менее свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений.

На втором этапе, сентябрь (ноябрь 2023 года), с испытуемыми проводилась работа по программе «Психологическая реабилитация взрослых людей с хроническими ОВЗ (в том числе демиелинизирующим аутоиммунным заболеванием — рассеянный склероз)», состоящей из трех основных блоков, продолжительностью 12 встреч (3 месяца) в групповом онлайн формате;

На третьем этапе проводился контрольный диагностический срез в (конец ноября 2023 года), направленный на оценку изменений когнитивных функций.

Было установлено у группы, относящейся к раннему зрелому возрасту по классификации Э. Эриксона [5], нормальное познание увеличилось на 14%, а у группы, относящейся к позднему зрелому возрасту по классификации Э. Эриксона, выросло до 100%.

При этом самодиагностика когнитивных нарушений показала растущей эффект у группы, относящейся к позднему зрелому возрасту по классификации Э. Эриксона [5] на 5%, что может говорить о более критической оценки собственных когнитивных процессов, на фоне снижения на 18% критичности у группы, относящейся к раннему зрелому возрасту по классификации Э. Эриксона [5].

Выводы. По завершению исследования, на основании полученных данных, результатов тестирования и субъективной оценки участников программы, мы можем утверждать об эффективности программы для изменения когнитивных функций людей с ОВЗ (рассеянный склероз). За три месяца изменились устойчивые индивидуально-психологические характеристики и отношение к себе у экспериментальной группы, проходившей программу.

Мы планируем расширять опыт применения данной программы для лиц с ОВЗ.

Список литературы

1. Васильева Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов. Учебное пособие. — М.: КноРус, 2020. - 154 с.
2. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики./ Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон. – СПб.: Питер, 1997. – 300 с.
3. Ползунова И.А. Психологическое сопровождение людей с ограниченными возможностями здоровья в рамках реабилитационного центра / И.А. Ползунова, Е.А. Зорина, И.А. Королева // Реабилитация, абилитация и социализация: междисциплинарный подход: сб. науч. ст. / под ред. О.Е. Нестеровой, Р.М. Шамянова, Е.С. Пяткиной, Л.В. Шиповой, М.Д. Коноваловой. - М.: Перо, 2016. - С. 503-512.
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. М.: Бахрах-М, 2016. – 679 с.
5. Сорокоумова Е.А. Возрастная психология. - СПб.: Питер, 2008. - 208 с. - (Краткий курс). - мягк. обл

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Степанова И.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Одним из важных аспектов гериатрической психиатрии является проблема лечебного сопровождения больных, страдающих деменцией. По данным большинства зарубежных исследователей частота встречаемости деменций в среднем составляет 6,4%. Распространенность болезни Альцгеймера и сосудистой деменции в Европе и Северной Америке в соотношении количества пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) и сосудистой деменцией (СД) составляет 2:1, в то время как в Японии и Китае сосудистая деменция составляет 50 % от всех видов деменции, то есть превышает частоту выявления болезни Альцгеймера [1]. В Бразилии распространенность сосудистой деменции фиксируется в диапазоне от 9,3% до 24,9%. По данным аутопсии, частота сосудистой деменции в разных странах варьирует в широких пределах-от 0,03 до 58%, что может быть связано с отсутствием единых диагностических критериев, влиянием генетических, социальных, гендерных и других факторов, вовлеченных в патогенез этого заболевания [2].

Мультиинфарктная деменция (МИД) встречается в 27% случаев среди всех типов сосудистой деменции. Данное заболевание развивается в результате острых нарушений мозгового кровообращения и/или хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга, и представляет собой комплексное нарушение когнитивных функций, в значительной степени выраженное и оказывающее существенное влияние на повседневную деятельность, сопровождающееся психопатологическими симптомами – эмоциональной лабильностью, депрессией, тревогой, обидчивостью, возбудимостью, раздражительностью, конфликтностью, неуживчивостью [3-6, 8].

Однако, следует отметить, что к настоящему времени имеется дефицит научных работ, посвященных изучению агрессивного поведения в структуре мультиинфарктной деменции.

Таким образом, целью настоящего исследования явилось – изучение клинико-динамических особенностей агрессивного поведения у больных с мультиинфарктной деменцией с разной степенью ее выраженности [9].

Материалы и методы. В процессе обсервационного выборочного исследования, проведенного на базе диспансерного отделения № 2 Психоневрологического диспансера ГБУЗ Московской области «Балашихинская больница», в период с 2019-2021 гг. обследовано 49 пациентов, которым с опорой на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, установлен диагноз – «Мультиинфарктная деменция» (F 01.1) [10]. Из числа обследованных, лица мужского пола составляли 53,1%, женского – 46,9%. Средний возраст больных составил 72 [66;80] года. Среди 49 обследованных нами больных мультиинфарктной деменцией, у 17 (34,7%) пациентов диагностирована деменция легкой степени выраженности (ОГ1), у 23 (46,9%) – умеренной степени выраженности (ОГ2), у 9 (18,4%) – тяжелой степени выраженности (ОГ3) [9]. В процессе клинико-психопатологической диагностики больных с мультиинфарктной деменцией в клинической картине заболевания были выявлены различные варианты агрессивного поведения: физическая агрессия, вербальная агрессия, смешанная форма агрессии,

раздражительность. В связи с чем, для оценки агрессивного поведения у данной группы пациентов, за основу была взята классификация враждебности и агрессии, предложенная А. Басса и А. Дарки, которая представлена двумя видами враждебности – обидой и подозрительностью; и шестью видами агрессии: физической, косвенной, вербальной агрессиями, аутоагрессией, раздражением, негативизмом [11,12]. Однако, опросник, разработанный авторами, рекомендован для оценки агрессивности у лиц, страдающих психическими заболеваниями без грубых нарушений когнитивных функций. В изучаемой выборке у ¼ больных с мультиинфарктной деменцией, проявляющих агрессию, имели место грубые интеллектуально-мнестические нарушения, в связи с чем домены – обида, подозрительность, косвенная агрессия, негативизм, аутоагрессия не поддавались психометрической оценке. Оценка физической и вербальной агрессии и явлений раздражения с опорой на опросник агрессии и враждебности А. Басса и А. Дарки была затруднительна, однако, доступна при помощи Нейропсихиатрического опросника NPI [13].

Для решения поставленных задач применялись клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, клиничко-психопатологический, психометрический и статистический методы исследования. Диагностика вероятного сосудистого поражения головного мозга предполагала нейровизуализационные методы обследования – компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) [14]. В исследовании применялись апробированные в геронтопсихиатрической практике психометрические тесты и опросники. Глобальное когнитивное функционирование обследованных больных оценивалось с помощью теста Mini Mental State Examination (MMSE) [15]. Степень выраженности деменции определялась на основании анализа результатов рейтинговой шкалой деменции Clinical dementia rating scale (CDR) [14,16]. Ишемическая шкала Хачинского [17] способствовала верификации сосудистой деменции мультиинфарктного генеза. Факультативные психические расстройства в изучаемой выборке анализировались оценочной шкалой нейропсихиатрического опросника NPI [13]. Критериями включения больных в исследование явились: установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз мультиинфарктная деменция с проявлениями смешанной симптоматики в клинической картине (F 01.1); перенесенные больными ранее два острых эпизода нарушения мозгового кровообращения; наличие и степень выраженности когнитивных нарушений, достигающих деменции – 20 и менее баллов по опроснику MMSE и 1 и более баллов по шкале CDR; свидетельство в пользу сосудистой природы деменции по Ишемической шкале Хачинского – 6 и более баллов; констатация и выраженность агрессивного поведения и его видов, а также сопутствующих психопатологических симптомов – несистематизированные бредовые идеи, галлюцинации, депрессивные расстройства, тревога, гипертимия, апатия, расторможенность, аномальная двигательная активность, нарушение сна, нарушение аппетита и пищевого поведения – 1 и более баллов по Нейропсихиатрическому опроснику; возраст больных от 60 до 90 лет; письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании[14].

Из исследования исключались: пациенты с другими типами деменции; ранее установленный диагноз шизофрения; умственная отсталость; болезнь Паркинсона; болезнь Гентингтона; инфекционные заболевания центральной нервной системы; демиелинизирующие заболевания; явления нормотензивной гидроцефалии; опухоли головного мозга; наличие декомпенсации сопутствующей соматической патологии; алкогольный делирий, перенесенная ранее черепно- мозговая травма[10].

Пациенты, несоблюдающие протокол исследования были исключены из выборки.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием среды для статистических вычислений R 4.2.0 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Описательные статистики для качественных переменных представлены в виде наблюдаемого числа наблюдений (относительная частота). Точный тест Фишера позволил изучить ассоциацию категориальных переменных. Сила ассоциации анализировалась с помощью V-статистики Крамера. Корреляционный анализ для порядковых переменных проводился с применением коэффициента корреляции – (τВ) Кендалла. В качестве границы статистической значимости полученных в исследовании результатов был принят уровень значимости $p=0,05$ [10].

Результаты. Клинико-психопатологические проявления мультиинфарктной деменции с явлениями агрессивного поведения изучались в клинической беседе, а также, с опорой на оценочные шкалы, предложенные в нейропсихиатрическом опроснике (NPI).

Наибольший удельный вес в клинической картине заболевания у больных, страдающих мультиинфарктной деменцией с агрессивными проявлениями, занимают апатические симптомы и явления раздражительности – 85,71% и 81,63% соответственно. У 71,43% больных наблюдались симптомы смешанной агрессии. Нарушения сна отмечались у 55,1% больных. У менее половины от всех обследованных пациентов выявлены депрессивные расстройства – 42,86%. В изучаемой выборке у 1/4 больных диагностированы явления расторможенности, тревога и несистематизированные бредовые идеи (26,5%, 26,53% и 26,53% соответственно). Наименьший удельный вес в клинической картине болезни занимают явления гипертимии – 8,16%.

Больные с разной степенью выраженности мультиинфарктной деменции с явлениями агрессивного поведения имели клиническое своеобразие. Так, у больных мультиинфарктной деменцией с явлениями агрессивного поведения легкой степени выраженности наблюдались нарушения высших психических функций. Нарушение памяти проявлялось в виде забывчивости, особенно на текущие события – гипомнезия, дисмнезия, а также трудностями в хронологическом воспроизведении жизненных событий, оптико-пространственная деятельность как правило, оставалась сохраненной. Замедленность мышления по темпу, по продуктивности – обстоятельность, и сложности с процессом абстрагирования – конкретность, а также нарушения речи и праксиса являлись следствием очагового поражения головного мозга, которые в ряде случаев носили обратимый характер. У больных с легкой степенью мультиинфарктной деменции с явлениями агрессивного поведения отмечались: утрата профессиональных навыков и отчетливые трудности в решении проблем социально-бытового характера. Структуру психоорганического синдрома дополняли явления астении и неустойчивость внимания. Указанные проявления как правило сопровождалось аффективными нарушениями в виде депрессивных реакций, связанных с собственной беспомощностью. Депрессивный аффект сопровождался явлениями апатии. Кроме того, пациенты практически каждую ночь испытывали трудности с отходом ко сну – ранняя бессонница и частыми ночными пробуждениями – средняя бессонница. Следует отметить, что у данной клинической подгруппы статистически значимо часто возникали явления раздражительности ($p=0,028$), выраженность которой имела статистически значимо отрицательную корреляцию со степенью тяжести мультиинфарктной деменции ($\tau = -0,58$ [95% ДИ: -

0,76; -0,40], $p=0,0001$). Для пациентов данной подгруппы было характерно проявление большей выраженности смешанной агрессии ($t = -0,35$ [-0,62; -0,09] $p=0,005$). Агрессивное поведение проявлялось: криками, оскорблениями в отношении родственников и медицинского персонала с использованием нецензурной лексики, замахииванием, попытками ударить и бросить в человека из ближайшего окружения предметы обихода.

У 23 пациентов (31,8%) с умеренной степенью выраженности мультиинфарктной деменцией наблюдалось прогрессивное и равномерное нарушение интеллектуально-мнестических функций, которое характеризовалось отчетливыми нарушениями памяти на текущие и недавние события – фиксационная амнезия, дисмнезия. У больных сохранялись воспоминания о наиболее значимых событиях из их жизни. Временами отмечались эпизоды, связанные с проблемами ориентировки во времени, месте и частично нарушалась ориентировка в собственной личности. У изучаемой подгруппы больных выявлялись ограничения словарного запаса, с оскудением речи, на фоне конкретного мышления. Очаговые неврологические симптомы носили перманентный характер. Пациенты полностью утрачивали самостоятельность в социально-бытовых вопросах, в связи с чем нуждались в посторонней опеке и уходе. Энцефалопатический синдром при данной степени выраженности мультиинфарктной деменции с явлениями агрессивного поведения характеризовался эмоциональной лабильностью, астенией, раздражительностью на фоне достаточно выраженных апатических проявлений. Для пациентов с умеренной степенью выраженности мультиинфарктной деменции свойственно проявление физической, вербальной, а также, смешанных форм агрессии, однако, они не имели статистически значимые различия в изучаемых подгруппах. Депрессивные расстройства проявлялись плаксивостью, чувством вины перед родственниками, тягостными мыслями о том, что пациенты являются обузой для своих близких людей. В некоторых случаях наблюдались несистематизированные бредовые идеи отношения. Отмечались нарушения суточного ритма «сон-бодрствование», больные были сонные в дневное время и не могли заснуть ночью, если и засыпали, то сон был поверхностным.

При тяжелой степени выраженности мультиинфарктной деменции с явлениями агрессивного поведения, выявленной у 9 пациентов (27,2%), имели место грубые нарушения памяти, в виде равномерного выпадения амнестической возможности воспроизведения событий, полной фиксационной амнезией. Наблюдалось крайнее представление о собственной личности. Пациенты были полностью дезориентированы в месте и времени. Мыслительные операции такие как обобщение, суждение не доступны. Очаговые неврологические расстройства, в большинстве случаев, характеризовались формированием контрактур. Органический синдром характеризовался резким сужением круга интересов, аспонтанностью, безразличием к окружающему в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких. Агрессивные тенденции ослабевали, а несистематизированные бредовые идеи отношения были статистически значимо более выраженными ($t = 0,27$ [0,04; 0,50] $p=0,044$).

Выводы. Проведенное исследование, показало, что динамика агрессивного поведения у больных с мультиинфарктной деменцией зависит от степени ее тяжести. Так пациенты с легкой степенью мультиинфарктной деменции проявляют статистически значимо чаще раздражительность ($p=0,028$), выраженность которой имеет статистически значимую обратную корреляционную связь с тяжестью симптомов деменции ($p=0,028$, $p \leq 0,0001$). По мере утяжеления состояния

больных, удельный вес проявления смешанной агрессии снижается. Больные с легкой степенью тяжести мультиинфарктной деменции обнаруживали в клинической картине заболевания более выраженные проявления смешанной агрессии ($p=0,005$). При умеренной степени тяжести мультиинфарктной деменции сохранялись проявления агрессивного поведения, однако, статистических различий между подгруппами ОГ2 и ОГ3 не обнаружены. У пациентов с тяжелой степенью выраженности мультиинфарктной деменцией явления агрессивного поведения снижались, однако, у них статистически значительно чаще отмечались более выраженные несистематизированные бредовые идеи отношения ($p=0,044$).

Проявления агрессивного поведения в структуре мультиинфарктной деменции станут одним из важных звеньев при проведении лечебных мероприятий данному контингенту больных. Процесс лечебного сопровождения больных с мультиинфарктной деменцией необходимо строить с учетом динамики агрессивного поведения. Следует ожидать позитивные изменения в состоянии больных, особенно легкой степенью мультиинфарктной деменции, если в лечебном сопровождении этих пациентов использовать бригадный подход. Целесообразно включить в работу с данными пациентами медицинского психолога, который построит коррекционную работу не только с позиции снижения когнитивных нарушений, но и с целью контролирования агрессии, которая негативно сказывается не только на состоянии самого пациента, но и на лиц, осуществляющих уход за ними.

Список литературы

1. Дамулин, И.В. Сосудистая деменция: некоторые патогенетические, диагностические и терапевтические аспекты / И.В. Дамулин – Текст электронный // РМЖ. – 2008. – № 5. – С. 253. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_22934516_70196511.
2. Мистюкевич, Д.П. Деменция сосудистого генеза: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / Д.П. Мистюкевич - Текст Электронный // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №. 2. – С. 32. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dementsiya-sosudistogo-genez-a-etiotopatogenez-klinika-diagnostika-lechenie/viewer>.
3. Левин, О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции: руководство для врачей/ О.С. Левин. 9-е изд. - М: МЕДпресс-информ, 2018. - 192 с. - ISBN 978-5-00030-573-7. - Текст : непосредственный.
4. Гаврилова, С.И. Руководство по гериатрической психиатрии: руководство для врачей/ С.И. Гаврилова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Пульс, 2014. - 382 с. - ISBN 978-5-93486-075-3. - Текст: непосредственный.
5. Деменции: руководство для врачей / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина [и др.]. - 3-е изд. - М: МЕДпресс-информ, 2011. - 272 с. - ISBN 978-5-98322-723-1. -Текст : непосредственный.
6. Путилина, М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии: руководство для врачей / М.В. Путилина. - Москва: МАИ-ПРИНТ, 2011. - 139 с. - ISBN 978-5-7035-2270-7. - Текст : непосредственный.
7. Behavioural and psychological symptoms in poststroke vascular cognitive impairment / M. Gupta, A. Dasgupta, G.A. Khwaja, D., et. al. - Текст : электронный // Behavioural neurology. Hindawi. – 2014. - №5. P. 1-5. URL: <https://www.hindawi.com/journals/bn/2014/430128/> (дата обращения: 12.03.2024).
8. Цыганков, Б.Д. Психиатрия: руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - 2 - е изд., перераб., и доп. - М: Гэотар -Медиа, 2023. - 592 с. – ISBN 978-5-9704-6986-6. - Текст : непосредственный.
9. Психогенные факторы и агрессивное поведение у пациентов с мультиинфарктной деменцией / Б.Д. Цыганков, Ю.В. Добровольская, У.Х. Гаджиева, и др. - Текст : электронный // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2023.

№ 9. С. 694-701. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54613028_98899667.pdf (дата обращения: 12.03.2024). - Режим доступа: Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU.

10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ. - пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб. : Адис, 1994. -303 с. - ISBN 5-88578-002-1

11. Иванова, О.Ф. Проявления агрессии у представителей различных национальных культур / О.Ф. Иванова. - Текст : электронный // Вестник Евразии. - 2004. - №1. - С. 34-54. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_9457421_15918557.pdf (дата обращения 12.03.2024).

12. Цыганков, Б.Д. Внутрибольничное агрессивное поведение психически больных: монография / Б.Д. Цыганков, Ю.А. Берсенева. - Владимир: ИП Журавлева. 2012. - 296 с. – ISBN 978-5-903738-47-2. - Текст : непосредственный.

13. The neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia / J.L. Cumming, M. Mega, K. Gray, et.al. - Текст : электронный // Neurology. – 1994. -№ 44. - P. 2308 - 2314. URL: <https://www.neurology.org/doi/abs/10.1212/wnl.44.12.2308> (дата обращения: 12.03.2024 год).

14. Степанова, И.В. Нейробиологические факторы агрессивного поведения у больных с мультиинфарктной деменцией / Т.В. Степанова, Г.Р. Иванова. - Текст : электронный // Уральский медицинский журнал. - 2023. - №22 (3). – С. 28-36. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_54087300_57536141.pdf (дата обращения 12.03.2024).

15. Folstein, M.F. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patient for the clinical / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh. - Текст : электронный // Journal of Psychiatry Research. -1975. - №12. - P. 189-198. URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub> (дата обращения 13.03.2024).

16. Morris, J.C. The Clinical dementia rating (CDR). Current version and scoring rules / J.C. Morris. - Текст : электронный // Neurology. – 1993. - №43. – P.24-12-24-13 URL: https://www.neurology.org/doi/10.1212/wnl.43.11.2412-a?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed (дата обращения 13.03.2024).

17. Cerebral blood flow in dementia / V.S. Hachinski, L.D. Iliff, E. Zilhka, et.al. - Текст : электронный // Arch Neurol. – 1975. - №32. – С. 632 – 637. URL:<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/573931> (дата обращения 13.03.2024).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕДИАТОРЫ В ДЕТЕРМИНАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЖАРНО-СПАСАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Стрельникова Ю. Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В рамках персонифицированной (предикативной, предупредительной) медицины, с целью раннего выявления рисков возникновения той или иной патологии, необходимо учитывать не только этиопатогенетические факторы заболевания, но и психосоциальные особенности пациента. Интегративный взгляд на человека возможен в рамках биопсихосоциального подхода (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, А.А. Ухтомский, В.Н. Мясичев), позволяющего объединить в единое целое биологические, психофизиологические и социокультурные аспекты. Такой взгляд предполагает комплексную оценку не только патогенеза, но и саногенеза (защитных «механизмов здоровья»), как единого процесса адаптации человека к стрессовым факторам. Особенно остро вопросы профилактики, раннего выявления патологии, сохранения на службе психически и соматически здоровых кадров особенно актуальны среди сотрудников МЧС России, поскольку профессиональные психотравмирующие факторы (вид насильственной смерти, гибель сослуживцев, работа на высоте, в ограниченном пространстве, сложные условия пожара, и др.) могут послужить пусковым механизмом нарушений адаптации, вовлекая в этот процесс преморбидно существующий индивидуальный комплекс биологических, физиологических и социально-психологических взаимодействий. Ю.А. Александровский утверждает, что процесс дезадаптации включает «взаимосвязь психических расстройств с вегетативными дисфункциями и соматических расстройств с личностно-типологическими особенностями личности» [1, С. 61]. М.В. Корехова установила значимые признаки психической дезадаптации у специалистов профессий экстремального профиля (сотрудников МЧС, ОВД, военнослужащих): повышенная импульсивность, агрессивность, тревожность, психическое напряжение, дистимия, аддикции в виде частого употребления алкоголя и выкуривания более 20-ти сигарет в день [3]. Евдокимов В.И., Алексанин С.С., Бобринев Е.В. рассчитали «эпидемиологическую значимость заболеваемости пожарных с трудовыми потерями в период 1996–2015 гг.: 1-й ранг составили болезни органов дыхания (34,43%), 2-й – травмы (19,34 %), 3-й – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,16%), 4-й – болезни органов пищеварения (6,11%) и 5-й – болезни системы кровообращения (5,33%)» [2, С. 56-57]. При этом «в среднем каждый сотрудник МЧС России в течение 1 года имел не менее 4 случаев трудовой потери, длительность 1 случая – $(12,5 \pm 0,1)$ дня» [2, С. 60]. Авторы также выявили «высокие корреляционные связи числа случаев трудовой потери с профессиональной нагрузкой (по количеству пожаров, $r = 0,90$; $p < 0,001$) и макроэкономическим положением в стране (по данным валового внутреннего продукта, $r = -0,95$; $p < 0,001$)» [2, С. 59].

В настоящее время остается недостаточно изученным и дискуссионным вопрос психологических предпосылок, оказывающих модифицирующее влияние на количество и длительность общей заболеваемости (трудопотерь).

Цель исследования: изучение роли психологических особенностей в возникновении и динамике общей соматической заболеваемости у специалистов пожарно-спасательного профиля.

Материалы и методы. Выборку исследования составили сотрудники МЧС России ($n=228$), мужского пола в возрасте от 25 до 35 лет, имеющие стаж службы от 3 до 11 лет, с различным опытом ликвидации сложных пожаров.

В исследовании использовались: стандартизированный метод исследования личности (Л.Н. Собчик), тест М. Люшера, опросник травматического стресса (И.О. Котенева). С помощью анонимного анкетирования изучались следующие показатели: общая заболеваемость за год, наличие черепно-мозговых травм (ЧМТ), степень никотиновой и алкогольной зависимости, возраст, общий стаж службы и

периодичность участия в ликвидации сложных пожаров. Математический анализ проводился методом моделирования структурными уравнениями (SEM) в SPSS Statistics. Данный метод позволяет проверить гипотезы о сложных взаимосвязях множества переменных, включать в многомерную модель направленных (причинно-следственных) и ненаправленных связей несколько зависимых переменных, учитывать опосредованные влияния на них медиаторов и модуляторов.

Результаты. Анализ структурной модели позволил установить, что возраст и стаж службы косвенно влияют на частоту общей заболеваемости сотрудников МЧС России. Медиаторами этого эффекта выступают систематичность употребления алкоголя ($\beta=0,33$), симптомы «избегания» ($\beta=0,28$) и «физиологической гипервозбудимости» посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) ($\beta=0,43$). Многократно болеют в течение года сотрудники МЧС с длительным профессиональным стажем, часто употребляющие алкогольные напитки ($\beta=0,22$). Психическую напряженность ($\beta=0,23$) и фрустрацию усиливают симптомы «избегания» ($\beta=0,41$) и «физиологической гипервозбудимости» ПТСР ($\beta=0,83$). Часто болеют ($\beta=0,19$) в течение года молодые сотрудники МЧС, не имеющие опыта работы в экстремальных условиях. Черепно-мозговые травмы усиливают симптомы «физиологической гипервозбудимости» ПТСР ($\beta=0,83$), «избегания» ($\beta=0,23$) и фрустрации ($\beta=0,23$), создавая predisposition частой утраты трудоспособности ($\beta=0,28$). Длительность заболеваемости опосредованно детерминируется сложностью профессиональной деятельности ($\beta=0,27$). При этом на частоту и длительность заболеваемости косвенно влияют преморбидные личностные особенности сотрудников МЧС – индивидуалистичность ($\beta=0,26$) и импульсивность ($\beta=0,13$) (медиаторы первого порядка). Профессиональные стресс-факторы усугубляют преморбидно существующую неконформность и эмоциональную холодность в межличностных отношениях, актуализируют защитный механизм ухода от реальности. На этом фоне усиливаются симптомы «избегания» ($\beta=0,21$; медиатор второго порядка), «гипервозбудимости» ПТСР ($\beta=0,83$; медиатор третьего порядка) и психическая напряженность ($\beta=0,23$), которые в совокупности способствуют частой заболеваемости ($\beta=0,28$). Многократное участие в ликвидации сложных пожаров усиливает психопатические черты возбудимого типа ($\beta=0,17$; медиатор первого порядка), выраженную конфликтность и импульсивность поведения. Такая predisposition служит почвой для пристрастия к алкоголю ($\beta=0,16$, медиатор второго порядка) и способствует увеличению частоты заболеваемости ($\beta=0,22$).

Выводы.

1. Частота общей заболеваемости непосредственно зависит от возраста и сложности служебной деятельности, в то время как длительность утраты трудоспособности детерминирована лишь косвенным эффектом влияния профессиональных стресс-факторов через психологические медиаторы – психопатические и шизоидные черты личности.

2. Импульсивность, индивидуалистичность (шизоидность) и черепно-мозговые травмы являются ключевыми факторами, способствующими выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства, алкогольной зависимости, частоты и длительности заболеваемости у сотрудников МЧС России, неоднократно участвовавших в ликвидации сложных пожаров.

3. В рамках персонифицированной медицины, с целью увеличения профессионального долголетия, необходимо своевременно (в течение первого месяца после участия в ликвидации сложных пожаров) проводить диагностику наличия симптомов посттравматических расстройств, желательно учитывать особенности эмоционально-личностного реагирования пациента и дополнить схемы лечения соматической патологии сотрудников МЧС России психологическим консультированием, психокоррекцией, в случае необходимости – психотерапией симптомов ПТСР (телесно-ориентированной, когнитивно-поведенческой, клиент-центрированной, гештальт и др.).

Список литературы

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Евдокимов, В.И. Анализ показателей заболеваемости, травматизма, инвалидности и смертности сотрудников Государственной противопожарной службы России (1996–2015 гг.): монография / В.И. Евдокимов, С.С. Алексанин, Е.В. Бобринев. – СПб.: Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. Политехника-принт, 2019. – 167 с. (Серия «Заболеваемость военнослужащих»; вып. 7).
3. Корехова, М.В. Факторы психической дезадаптации специалистов экстремального профиля деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.В. Корехова. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2013. – 24 с.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СОМАТОГЕННЫХ И ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Стрельцов В.В., Харитонова Н.Ю.

ФГБНУ Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Москва, Россия

Современная биопсихосоциальная концепция заболеваний, основанная на взаимозависимости и взаимовлиянии биологических, клинических, социальных и психологических факторов, позволяет по-новому осмысливать не только причины патологических процессов, но и решать вопросы профилактики заболевания. В том числе вторичной психологической профилактики, что чрезвычайно важно в реабилитации пациентов таким социально значимым заболеванием, как туберкулез [2].

В клинических обоснованиях психотерапевтических мероприятий в системе комплексного лечения больных туберкулезом звучит значимость предупреждения дистрессов, ведущих к декомпенсации больных, оптимизации ВКБ как ресурса более эффективной терапии [17], восстановления статуса личности пациента - как одной из основных целей медицинской реабилитации [16]. Обосновывается также необходимость расширения границ психологической помощи с последовательным переходом от содействия адаптации и позитивному психоэмоциональному состоянию пациентов в ситуации заболевания к решению задач психопрофилактики рецидива, коррекции патогенных особенностей в структуре личности больных туберкулезом [6].

Выстраивая систему психологической реабилитации в клинике туберкулеза, необходимо, с одной стороны, опираться на понимание психофизиологического единства природы человека, личность и организм которого - «не два слоя реальности индивида, а два аспекта одной и той же реальности [15], в которой «физиологические процессы, состоящие из возбуждений в центральной нервной системе, могут исследоваться психологическими методами, потому что они субъективно воспринимаются в виде эмоций, идей и желаний» [1]. С другой стороны, целесообразно использовать опыт междисциплинарных исследований в медицине, где нарушения различных систем организма (в диапазоне от функциональных до морфологических изменений) рассматриваются в контексте психосоматических связей, опосредованности личностью, которая определяет специфику нейровегетативных и нейроэндокринных реакций организма [5]. В частности, при сборе анамнеза полезно учитывать триаду триггерных факторов большинства заболеваний: соматическую диспозицию - наследственную неполноценность системы органа, социальные обстоятельства жизненной ситуации человека, а также личностную диспозицию - отношение человека к происходящему [1].

Идея избирательности личностных реакций на жизненные обстоятельства в контексте невротизации личности и возникновения патологических нарушений [12], нашла применение в клинике внутренних болезней - при изучении взаимодействия психических и вегетативных процессов в генезе ряда заболеваний [5]. В частности, основателем школы отечественной психосоматической медицины Ю.М. Губачевым было выделено пять вариантов сочетаний психопатологических и соматических характеристик пациентов, взаимная обусловленность которых требует различных подходов к медико-психологической реабилитации. В трех вариантах ведущими механизмами развития патологии являются генотипические факторы предрасположенности: при психопатологическом варианте - особенности центрального аппарата эмоций, которые формируют постоянную аффективно-вегетативную неустойчивость больного; при церебральном варианте - органические нарушения мозга, которые содействуют формированию патологических эмоций и астенических состояний; при соматическом варианте - дефектность регуляторных и исполнительных механизмов.

В двух других вариантах избыточного активирования соматических систем и формирования патологического процесса преобладают факторы психологические: при ситуационном варианте - условия жизни, превышающие адаптационные

возможности организма; при личностном варианте - деформированная личностная структура, которая стереотипно провоцирует конфликтные для личности ситуации и наращивает тем самым стрессовую нагрузку на организм. В контексте вопроса о содержании и задачах психологической реабилитации больных туберкулезом следует принимать во внимание многочисленные наблюдения о значимости психосоциального дистресса в развитии этого заболевания и считать оправданным суждение о том, что при затяжных негативных аффектах создаются «благоприятные» условия и для манифестации инфекционного процесса, и для возникновения осложнений в ходе терапии [8]. Как отмечал И.Т. Викторов, «вряд ли можно найти ещё такое заболевание, в котором бы психический фактор играл столь большую роль и значение, как в туберкулёзе лёгких, и, с другой стороны, пожалуй, ни одно из соматических заболеваний не влияет столь многосторонне на психическое состояние больного, как туберкулёз лёгких» [4].

В соответствии с различными ведущими механизмами развития патологии задачи психологической реабилитации и терапевтические мишени будут различаться.

Психопатологический вариант туберкулезного процесса детерминирован психозом, негативным влиянием изменённой высшей нервной деятельности на резистентность организма [18], которое обуславливает наибольший уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него у лиц с психическими отклонениями различной степени выраженности [13]. Так, наиболее злокачественному непрерывному течению шизофрении соответствует состояние иммунодефицита со снижением показателей клеточного звена иммунитета, которое определяет особенности иммунного ответа, в том числе на персистирующие инфекции различных органов и систем [11].

В остром состоянии психиатрические пациенты, заболевающие туберкулезом, получают противотуберкулезную терапию в специализированных стационарах психиатрического профиля. Компетенции психолога подобной клиники предусматривают установление специфики и степени дефекта, выявления реабилитационного потенциала личности больных, помощь им в налаживании взаимоотношений с их близкими и другими пациентами. Учитывая, что среди психически больных туберкулезный процесс протекает более остро у апатичных, бездеятельных, заторможенных пациентов и более торпидно и менее тяжело - у подвижных больных [7], вектор психологической работы направлен на оптимизацию психоэмоционального состояния подобных пациентов, стимуляцию у них достаточной двигательной активности.

В ремиссии основного заболевания пациенты с психопатологическим вариантом туберкулезного процесса могут оказаться в противотуберкулезном стационаре непсихиатрического профиля. В этом случае основной задачей психологической реабилитации является сопровождение специфической терапии с настороженностью в отношении риска нейротоксического действия некоторых противотуберкулезных препаратов (особенно циклосерин, реже - изониазид), которое может нарушить нестойкую сбалансированность нервно-психической деятельности подобных пациентов. Циклосериновый психоз, а также нарушения психики на фоне приема изониазида требуют немедленной отмены противотуберкулезной терапии и проведения комплексных лечебных мероприятий. При оценке психического статуса поступающих больных следует иметь в виду, что к группе риска более выраженного токсического действия на ЦНС относятся также лица с негрубой, скрытой психопатологией, не имеющие выставленных психиатрических диагнозов [7].

При церебральном варианте течение туберкулезного процесса осложняется энцефалопатией вследствие перенесенных черепно-мозговых травм, интоксикации, нарушения обмена веществ. Для пациентов характерны полиморфные неврологические расстройства, нарушения в интеллектуально-мнестической и эмоционально-волевой сфере, которые требуют участия в лечебном процессе невролога. Когнитивные нарушения снижают продуктивность терапии вследствие трудностей запоминания и реализации последовательных действий, некоторой растерянности таких пациентов во времени и пространстве. Склонность к астеническим состояниям и патологическим эмоциям (сочетание фоновой

эмоциональной подавленности, апатичности и легкости возникновения агрессивного аффекта, раздражения по поводу повседневных трудностей) препятствует продуктивному взаимодействию больных с лечащим персоналом.

Работа психолога при церебральном варианте туберкулезного процесса ориентирована на сопровождение специфической терапии, на создание психологических условий для ее реализации в полном объеме. Помимо улучшения комплаенса с лечащим врачом, целесообразна помощь больному в повышении качества жизни, оптимизации общения с родственниками и другими пациентами отделения, а также содействие в организации досуга - нахождении такого занятия, которое вызывало бы у пациента некоторый интерес, воодушевляло и придавало сил.

При соматическом варианте развитие и течение туберкулеза легких обуславливается дефицитностью функции или структуры сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной и других систем организма, что ассоциируется с пожилым возрастом, сахарным диабетом, алкоголизмом, а также иммунодефицитами различной природы [10].

Так, риск развития туберкулеза при гипергликемии повышается в несколько раз [19], что связано с нарушением функции макрофагов, лимфоцитов, нейтрофилов и отсроченным иммунным ответом при инфицировании МБТ [9]. Риск заболевания туберкулезом ВИЧ-позитивных лиц в 100 выше, чем у ВИЧ-негативных [20]. Формирование медикаментозного иммунодефицита у лиц, получающих иммуносупрессивную и цитостатическую терапию по поводу различных заболеваний, также повышает заболеваемость туберкулезом в общей популяции в десятки раз [10]. Дефектность регуляторных и исполнительных механизмов врожденного или приобретенного происхождения создает условия для манифестации туберкулезного процесса, при отсутствии массивной инфекционной и психоэмоциональной нагрузки в преморбидном периоде.

Психологическое сопровождение пациентов с соматическим вариантом туберкулезного процесса ориентировано на укрепление мотивации выздоровления, на содействие усилиям в прохождении крайне сложного лечения, обусловленного полиорганный недостаточностью. Основными задачами являются: преодоление искаженных представлений пациентов о ТВ в целом и особенностях своего заболевания, помощь в адаптации к режиму лечения, укрепление комплаенса и стремления больного пройти курс противотуберкулезной терапии в полном объеме, снижение опасений в отношении предстоящих лечебно-диагностических процедур, содействие удовлетворению физических, эмоциональных и социальных потребностей больного адекватно условиям стационара и тяжести соматического статуса, восстановление долговременных жизненных планов, разрушенных вследствие заболевания туберкулезом.

При ситуационном варианте особо значимую роль в развитии туберкулезного процесса играет фактор психоэмоционального перенапряжения в субъективно чрезвычайных обстоятельствах. Зачастую невротизация личности обусловлена внутриличностной конфликтностью. Сочетание возмущения, непереносимости происходящего и убежденности в неразрешимости психотравмирующей ситуации провоцирует характерное для заболевших туберкулезом состояние «бессильной ярости», которое реализуется в репрессии чувств, проявлений враждебности и пассивном ожидании, когда все закончится само собой.

Сочетание эмоциональной мобилизации организма на удовлетворение жизненно важной потребности и произвольное вытормаживание поведенческих актов, несовместимых с моральными установками человека, по мнению Ю.М. Губачева, имеет опасный вегетативный аккомпанемент [5]. Он обусловлен психофизиологическими закономерностями перехода целостной деятельности в скрытое состояние: при торможении выхода импульсов действия на конечные нейроны сохраняются их центральная интегрированность и высокий уровень возбудимости. Нарушения на уровне центральной регуляции - нервно-трофическое снижение макроорганизма и общее повышение его реактивности - детерминируют манифестацию туберкулезного процесса [14].

Основной задачей психологической работы при данном варианте заболевания является преодоление патогенного напряжения, искажающего мозговую динамику и резистентность организма к инфекции. Поскольку причиной дезадаптивного реагирования личности является своеобразная «ситуативная недостаточность», при которой «даже достаточно сильные и испытанные жизнью люди не справляются с известными ситуациями» и находятся во власти «бурного конфликта противоречивых возбуждений» [12], коррекционная работа ведется в направлении психообразования и проблемно ориентированного консультирования.

Признавая роль невыносимых для заболевшего коллизий его жизни и зачастую неадекватного отношения к ним, важно учитывать, что простого устранения разрушительных для здоровья реакций человека достичь невозможно - необходимо найти приемлемый для него вариант альтернативного поведения и отношения к случившемуся. И строить коррекционную работу в зависимости от динамики возможностей личности пациента к совладанию с кризисной ситуацией, фокусируясь то на преодолении эмоциональной дестабилизации, то на разрешении самой проблемной ситуации, то на прерывании связи личности со стрессогенными обстоятельствами. Перспективным для выхода в конструктивную адаптацию является усиление мотивации на достижение успеха, формирование ее доминанты над мотивацией избегания проблемной ситуации и переживаний, связанных с ней.

При ситуационном варианте в центре внимания оказываются механизмы психологической защиты, освоение пациентом оптимальных форм реагирования в конфликтных ситуациях, позволяющих избегать длительного эмоционального напряжения, истощающего ресурсы организма. Освоение пациентами более продуктивных стратегий реагирования требует достаточно длительного психокоррекционного воздействия. В связи с этим для смягчения патогенного действия эмоционального стресса на начальном этапе лечения целесообразно применение психофармакологических средств, увеличивающих адаптационные возможности нервной системы [3].

При личностном варианте развитие и течение туберкулеза легких обуславливается крайне низкой фрустрационной толерантностью человека вследствие патогенных особенностей его отношения к самому себе, к другим людям и миру в целом. Причиной постепенного и подчас незаметного для человека нарастания общей стрессовой нагрузки и внутреннего напряжения, которые в конечном итоге неблагоприятно отражаются на резистентности организма к инфекции, выступают дисфункциональные когнитивные установки, стереотипы эмоционального реагирования и поведенческие паттерны, свойственные личности еще в преморбидном периоде. В силу привычки связь между личностными характеристиками, обуславливающими длительные эмоциональные реакции, не находящими разрешения в действии, с соматической декомпенсацией для болеющего туберкулезом неочевидна и требует психологической работы с опорой на данные психодиагностического исследования.

При личностном варианте заболевания психологическая помощь приобретает патогенетический характер и предполагает комплекс мероприятий по направленной коррекции патогенных личностных установок, паттернов восприятия и реагирования пациента в полной мере задействующий психотерапевтические компетенции медицинского психолога. Целесообразны циклы бесед-дискуссий в индивидуальном или групповом формате с возможностью для больных максимально свободного изложения своих проблем, с особым вниманием к их интересам, жизненным планам и способам удовлетворения наиболее значимых потребностей личности.

Таким образом, психологическая помощь пациентам противотуберкулезного стационара предполагает различную направленность, содержание и объем реабилитационных мероприятий в зависимости от соотношения соматогенных и психогенных факторов патогенеза заболевания. С учетом доминирования психогенных факторов заболевания, психологическая реабилитация пациентов с ситуационным и личностным вариантами туберкулезного процесса не может ограничиваться сопровождением специфической терапии. Необходима психотерапевтическая работы, проработка психологических триггеров в патогенезе

заболевания - устранение ситуативных и личностных причин психической и соматической декомпенсации пациента, профилактика негативных эмоциональных состояний чрезмерной интенсивности и/или продолжительности.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2002. – 352 с.
2. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулёзом лёгких с учётом особенностей их личности и отношения к болезни. // – Проблемы туберкулёза, – 1999. – № 2. – С. 27 – 31.
3. Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. - М.: Медицина, 1979. - 359 с
4. Викторов И.Т. Туберкулёз и психика. // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева, т. ХХІХ. – Л., 1963. – С. 345 – 357.
5. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Харитонов Н. Ю., Ахтямова А. А., Багдасарян Т. Р. Модель психологической реабилитации больных туберкулёзом лёгких в условиях стационара // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – Т. 96, № 4. – С. 12-19. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19
7. Зятиков Р.В., Журавлева Т.С., Шевчук Е.Ю. "Туберкулез у психически больных: клинические особенности, подходы к диагностике и лечению. Клиническое наблюдение" Омский психиатрический журнал, no. 3 (21), 2019, pp. 25-31.
8. Кандрычин С.В. Психосоматика туберкулеза: библиометрический подход // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. –Т. 96, № 4. – С. 63-67. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-63-67
9. Комиссарова О.Г., Абдуллаев Р.Ю. , Михайловский А.М. Сахарный диабет как фактор риска развития туберкулеза: патофизиологические аспекты / Медицинский альянс – 2017 - №3 – с.28-34.
10. Карпина Н. Л., Гордеева О. М., Набокова Т. С., Шабалина И. Ю., Багдасарян А. Р. Диагностика и лечение туберкулеза органов дыхания у больного после трансплантации почки // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 10. – С. 82-87. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-10-82-87
11. Михайлова И.И., Орлова В.А., Минутко В.Л., Симонова А.В. Взаимосвязи между особенностями иммунитета и клиническими параметрами приступообразной параноидной шизофрении // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2019. №34-1. - Pp. 19-27. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyazi-mezhdu-osobennostyami-immuniteta-i-klinicheskimi-parametrami-pristupoobraznoy-paranoidnoy-shizofrenii> (дата обращения: 26.01.2024).
12. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л., 1960. – 427 с.
13. Рогачева М.Г. Социальные аспекты туберкулеза у лиц с заболеваниями психики // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2002. – № 10. – С. 13–16.
14. Рудин В. П. Туберкулез (кортико-висцеральная патология и терапия) / Киев, 1951. 564 с.
15. Сержантов В.Ф. Философские проблемы биологии человека. (Психофизиологическая проблема и современная биология) - Л., Издательство «Наука», 1974. - 158 с.
16. Стрельцов В.В., Харитонов Н.Ю., Багдасарян Т.Р. Психологические аспекты эффективного терапевтического взаимодействия во фтизиатрическом стационаре // Вестник ЦНИИТ, 2021, № 2, с. 19–30
17. Сухова Е.В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулёзом лёгких // Пробл. туб. и болезней лёгких. – 2004. - № 10. – с. 34-36.
18. Шаманова Н.В. Туберкулез лёгких у больных шизофренией // Acta Biomedica Scientifica. – 2011. – № 2 (78) – С. 123- 125.

19. Dobler C. C., Flack J. R., Marks G. B. Risk of tuberculosis among people with diabetes mellitus: an Australian nationwide cohort study // *BMJ Open*. – 2012. – Vol. 2. doi:10.1136/bmjopen-2011-000666.

20. Guelar A., Gatell J. M., Verdejo J. et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among HIV-infected patients // *AIDS*. – 1993. – Vol. 7, № 10. – P. 1345-1349.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН: ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

Хахутадзе Н.М.К., Ступак Е.П.

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

Понятие «делинквентное поведение» было введено J. Bennet в 1960 году, изначально найдя своё применение в зарубежной психологии [2]. Данный термин раскрывается как «действия конкретной личности, отклоняющиеся от установленных в данном обществе и в данное время законов, угрожающие благополучию других людей или социальному порядку и уголовно наказуемые в крайних своих проявлениях» [2].

Делинквентное поведение, его структура, особенности и причины, всегда представляли интерес для исследователей разных сфер, будь то криминология, психология или социология. И в изучении данной темы делинквентное поведение женщин рассматривалось отдельно и имело особый характер, так как оно является наиболее специфичным и связано не только с социальными или биологическими факторами, но и с ролью и положением женщины в социуме, которое резко менялось на протяжении всей истории человечества.

Изучение женской преступности берёт своё начало в 19 веке [3]. Основными типами преступлений в то время были проституция и детоубийство [3]. Историк С.С. Шашков, изучая причины женской проституции, выделял семейную принудительную проституцию, бедность, нищету, и развитие данной деятельности среди разных слоёв общества [3].

В 20 веке произошёл рост количества женских преступлений. М.Н.Гернет при изучении данного феномена отмечал более высокий процент женской преступности в сёлах, а также то, что с улучшением уровня жизни женщин преступления также начали приобретать «мужской» характер [3]. Также в то время П. Н. Тарновская пыталась доказать влияние антропологических факторов, таких как дистрофия головы, зубов, глаз, изменения в функционировании органов чувств, а также большие отклонения в психическом и половом отношениях, на преступное поведение женщин [3]. В своей монографии П.Н.Тарновская выделила особенности физического строения женщин-убийц: для них характерна молодость, медленный рост не только психический, но и физиологический (маленький рост и тело) [10]. Автор отмечал наличие физического инфантилизма [10]. Но позднее было доказано меньшее влияние данного фактора.

За последние 30 лет показатели женской преступности сильно возросли. Особый всплеск был отмечен в 90-е годы 20 века, и с того момента составляет весомую часть от общей суммы преступлений, хотя период с 2010 года ознаменовывается постепенным снижением уровня женской преступности [3].

Криминалистическая характеристика женщин с делинквентным поведением тоже имеет некоторые важные особенности. Возраст преступниц в среднем составляет 29-40 лет [6]. Также выявлена связь между уровнем образования и типом преступления: женщины со средним образованием чаще совершают такие виды преступлений, как мошенничество, кражи и присвоения [6]. Что касается семейного положения, то больший процент из всего количества преступниц составляют женщины, которые ни разу не были замужем, на втором месте – сожительство [6]. К наиболее частым преступлениям, совершаемым женщинами, относят кражи, мошенничество, преступления в сфере экономической деятельности, вовлечение несовершеннолетнего в совершение антиобщественных действий, незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ, их аналогов [6]. В последнее время также возросло количество насильственных преступлений, в частности, убийств, и в основном на почве личных враждебных взаимоотношений, семейно-бытовых ссор, злоупотребления спиртными напитками [6]. Также отмечается, что часто женщина в преступлении играет роль исполнителя, а не заказчика.

Важную роль в совершении преступлений играет психоэмоциональное состояние и реакции человека, которые имеют гендерные различия. Так, в

большинстве своём женщины совершают противоправные действия под влиянием каких-то драматических жизненных обстоятельств. Появление социальной дезадаптации и чрезмерной агрессии у женщин также связывают с современной картиной мира: зачастую женщинам приходится брать на себя роль мужчины, выполняя мужские функции, самоутверждаясь за их счёт, но получая психологическую неудовлетворённость [5].

Согласно анализу жизненных ситуаций женщин с делинквентным поведением в исследовании Глущенко О.П., Петровой Н.В. и Шаверновой Ю.Ю., подавляющее большинство обстоятельств связано с утратой человека или в сфере интимных отношений, бессилием и беспомощностью в какой-либо из сфер отношений, будь то социальные, любовные или семейные [1].

Психологические детерминанты женской преступности включают в себя повышенную эмоциональность, лёгкую подверженность влиянию со стороны [9]. Также стоит упомянуть женские преступления, связанные с семейной десоциализацией [9]. Проявление данного вида десоциализации происходит в подростковом возрасте и проявляется в негативном образе жизни членов семьи и, как следствие, отчуждении от них ребёнка [9]. Психологическое состояние девочки побуждает её к поиску эмоционального комфорта, который она зачастую находит в антисоциальных общественных группах, непосредственно связанными с противоправными действиями [9]. Отмечается, что больше половины преступниц имеет психические отклонения, которые также носят название «психических аномалий» [2]. Психические аномалии – это «все расстройства психической деятельности, не достигшие психического уровня и не исключющие вменяемости, но сопровождающиеся личностными изменениями, которые могут привести к отклоняющемуся поведению» (согласно Ю.М. Антонян, В.Д. Менделевич, В.Ф. Пирожков, О.В. Тимченко) [1].

Биологические факторы делинквентного поведения тоже играют существенную роль, однако единственными их считать нельзя. Факторы такого рода включают в себя менструальные циклы, так называемое «предменструальное напряжение» и период климакса, так как в эти периоды женщины склонны к более агрессивному и импульсивному поведению [7]. Нельзя не отметить, что некоторые исследователи относят биологические факторы к единственной причине преступного поведения, ссылаясь на генетическую передачу предрасположенности к такому поведению и на большое количество преступников с расстройствами психики [7]. Но, в конечном счёте, данный вопрос до сих пор не изучен тщательно и является спорным.

Мотивационная сфера женских преступлений также имеет свои особенности. В основе мотивов лежит состояние тревожности [9]. Так, мотивацией может послужить страх потери близкого человека, в частности, мужчины [9]. В данном случае мужчиной может выступать не только муж или сожитель, но и другие лица мужского пола, например, сын [9].

Исследователи отмечают, что женщины, уже совершившие преступление, имеют следующие особенности личности: личностная тревожность, ранимость, импульсивность, ослабленный контроль за поведением, замкнутость, незаинтересованность в собственной судьбе, настороженность, внушаемость, уверенность в собственной правоте [4]. Но чаще наблюдается завышенная самооценка, самоуважение, эгоистичность, стремление к доминированию [4]. У женщин, идущих на совершение преступления, также отмечают следующие черты личности: экстравертность, манерность, повышенная внушаемость, отсутствие твердых антиобщественных установок, а также наличие аффективных состояний

Такой тип женских преступлений как детоубийство имеет свои особые характеристики. Такие факторы как особенности женской психики и психические отклонения матери в комплексе являются причиной совершения такого рода преступлений. А. О. Эдельштейн при исследовании случаев детоубийства отмечал, что судебные учреждения в первую очередь принимали во внимание психологическое состояние женщины [10]. Выявлялись две главные причины: послеродовое истощение и эмоциональные нарушения [10].

В рамках данной работы был проведён библиометрический анализ показателей публикационной активности отечественных и зарубежных авторов по проблеме делинквентного поведения у женщин. Анализ был проведён на основе 400 публикаций, размещённых в научной электронной библиотеке e.library.

Статистический отчёт по тематикам показал, что наибольшее количество статей было написано в рамках психологии(142 статьи), далее- медицина и здравоохранение(73 статьи), и на третьем месте-государство и право(63 статьи). Это объясняется тем, что изучение делинквентного поведения женщин с точки зрения психологии позволяет более детально изучить причины возникновения преступности и разработать программы по предотвращению, что скажется наилучшим образом на жизни общества. Изучение с точки зрения медицины позволяет изучить биологические причины женского делинквентного поведения, которые во многом до сих пор являются спорными. Рассмотрение данного вопроса с точки зрения юридических наук позволяет составить криминологическую характеристику женской преступности, выявить её особенности, что важно для ведения дел по преступлениям такого рода.

Распределение публикаций по годам показывает, что наибольшее количество публикаций было выпущено в 2020 году. Причиной таких результатов может стать обстановка в мире: пандемия коронавируса и карантин отрицательно сказались на взаимоотношениях между людьми, на их психологической устойчивости, что могло привести к увеличению преступлений и, как следствие, повышенному интересу к проблеме женской преступности.

Статистика по авторам, опубликовавшим работы на тему делинквентного поведения женщин, даёт возможность выделить трёх с наибольшим количеством работ: Беяева С.И.-в научной библиотеке e.library опубликовано 8 работ по делинквентному поведению, все посвящены изучению личности матери делинквентного подростка. Является доцентом кафедры клинической психологии и психологической помощи в Российском государственном педагогическом университете им. А. И. Герцена, что и объясняет наличие работ на тему делинквентного поведения с точки зрения психологии. Сыроквашина К.В.-опубликовано 7 работ, темы которых связаны с гендерными и полоролевыми особенностями деликтов. Является старшим научным сотрудником государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, что также объясняет такой круг интересов. Веселкова Е.А.-за всё время в e.library было опубликовано 5 статей, основные темы которых- аддиктивное поведение студентов. Вопрос аддикций также тесно связан с проявлениями преступности.

В заключение хотелось бы отметить, что последнее время значительно возрос интерес к развитию мер профилактики и предотвращения преступного женского поведения. С каждым годом открывается всё больше кризисных центров, работа которых направлена на помощь и поддержку женщинам в трудной жизненной ситуации. Безусловно, это улучшает показатели по женской преступности. Но несмотря на такой прогресс, не следует забывать о том, что предупреждение женской преступности до сих пор является серьёзной проблемой всего мира.

Список литературы

1. Глущенко О.П.,Петрова Н.В.,Шавернева Ю.Ю. Психологические условия выявления особенностей делинквентного поведения женщин, находящихся в местах лишения свободы // Вестник Краснодарского Университета МВД России. - 2017. - №4(38). - С. 158-161.
2. Илларионова Н.А. Делинквентное поведение:особенности и условия формирования // Приоритетные научные направления:от теории к практике. - 2016. - №29. - С. 41-45.
3. Кичигина О.Ю. История женской преступности // Вестник Молодого Ученого Кузбасского Института. - Новокузнецк: Кузбасский институт Федеральной службы исполнения наказаний , 2020. - С. 22-25.
4. Кораблева А.С. Психологические особенности личности осуждённых женщин // Евразийская Педагогическая Коференция, сборник статей IV

Международной научно-практической конференции. - Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) , 2019. - С. 168-170.

5. Кубатиева К.К. Женская преступность как составная часть общей преступности // Вестник Науки и Творчества. - 2021. - №12(72). - С. 19-21.

6. Левченкова Т.Ю. О некоторых особенностях женской преступности // Правоохранительная деятельность органов внутренних дел в контексте современных научных исследований. - СПб.: Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2020. - С. 113-116.

7. Успенская О.О. Психофизиологические факторы женской преступности // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. - 2008. - №550. - С. 246-262.

8. Федоренко В.В. Мотивационная сфера у женщин с делинквентным поведением // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. - 2009. - №105. - С. 212-217.

9. Успенская О.О. Психофизиологические факторы женской преступности // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. - 2008. - №550. - С. 246-262.

10. Шеслер А.В. Психологические детерминанты женской преступности // Правовые проблемы укрепления Российской государственности. - Томск: Издательство Томского университета, 2012. - С. 98-99.

11. Шумский Н.Г., Калюжная Н.Б., Ювенский И.В. Женщины-убийцы. Очерки судебной психиатрии. - СПб.: БАН, 2004. - 246 с.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К НАРУШЕНИЮ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Т.И. Сурьянинова, Е.М. Ахременко

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

Аннотация. В статье анализируется личностный адаптационный потенциал у людей, склонных к нарушению пищевого поведения. Рассмотрены понятия адаптации, психологической адаптации, склонности к нарушению пищевого поведения и личностного адаптационного потенциала. Представлены уровни психологической адаптации и их компоненты. Освещается важность личностного адаптационного потенциала при склонности к нарушению пищевого поведения.

Ключевые слова. Личностный адаптационный потенциал, нарушение пищевого поведения, адаптация, уровни психологической адаптации, саморегуляция, эмоциональное реагирование.

Актуальность. Тема нарушений пищевого поведения является актуальной и важной проблемой современного общества. Количество людей, страдающих от различных расстройств пищевого поведения, постоянно растет. По данным Всемирной организации здравоохранения, сегодня в мире более 14 миллионов человек имеют расстройства пищевого поведения, включая 3 миллиона детей и подростков. Распространенность РПП составляет в РФ — 3,7%, в Северной и Южной Америке 3,2%, в Азии — 3%, в Европе — 4%. Изучение особенностей личностного адаптационного потенциала этой категории людей может помочь понять, какие факторы способствуют развитию нарушений пищевого поведения и каким образом можно содействовать им в преодолении этой проблемы.

Исследования феномена личностного адаптационного потенциала (структурная организация адаптационного потенциала личности) представлены в теоретических исследованиях Д.А. Леонтьева [7], А.Г. Маклакова [8], С.Т. Посоховой [12], А.А. Реана [13], И.Н. Симаевой [14]. Определились основные подходы к его изучению: системный, рассматривающий личностный адаптационный потенциал как интеграцию параметров сложной системы [3,8,17]; личностно-ориентированный, выявляющий адаптационные способности личности и внутренние детерминанты, определяющие эффективность адаптационной динамики [2,14]; когнитивный, изучающий соотношенность внешних и внутренних условий активизации адаптационных потенциалов личности в связи с оценочными процессами (Р. Лазарус, С. Элдвин); ресурсный, нацеленный на исследование уникальных особенностей личности, задействованных в решении задач мобилизации, адаптации к стрессовой ситуации [5,7].

Однако, актуальность данного исследования обусловлена отсутствием работ, касающихся особенностей личностного адаптационного потенциала у людей, склонных к нарушению пищевого поведения. Такая работа может стать ценным исследованием, способствующим разработке эффективных методов профилактики данного расстройства.

Хотя в науке можно встретить множество толкований термина "адаптация", есть несколько ключевых понятий, которые демонстрируют, что адаптация является как непрерывным процессом приспособления к окружающей среде, так и естественной чертой любой живой саморегулирующейся системы, обеспечивающей ее стабильность в различных условиях (что предполагает наличие определенного уровня развития адаптационных качеств или личностного потенциала для адаптации).

Многие исследователи сходятся во мнении, что адаптационный потенциал представляет собой интегративную характеристику личности. Это система индивидуально-психологических свойств, имеющих наибольшее значение для регуляции психических процессов и для динамики адаптации в целом. По особенностям развития этих свойств можно судить о возможностях адаптации: чем

более выражены свойства, тем шире диапазон стимулов внешней среды, к которым индивид может приспособиться.

Адаптационные возможности индивида находятся во взаимосвязи с особенностями его личности, которые определяют адекватность реагирования на стимулы, поступающие из окружающей среды. Именно личностные характеристики и навыки различных уровней функционирования человека имеют значительное влияние на протекание процесса адаптации. В то же время чем выше адаптивные возможности личности, тем выше вероятность эффективного функционирования организма при увеличении интенсивности воздействия стрессовых ситуаций.

Концепция личностного адаптационного потенциала, определяющего устойчивость индивида к экстремальным воздействиям, была предложена ученым А.Г. Маклаковым. Адаптационные способности, согласно его взглядам, обеспечивают нормальную работоспособность и высокую эффективность деятельности при воздействии психогенных факторов окружающей среды. Чем выше уровень развития данных характеристик, тем больше вероятность успешной адаптации человека и тем обширнее спектр факторов внешней среды, к которым он способен приспособиться. [8].

Согласно исследованиям А.Г. Маклакова, личностный адаптационный потенциал человека включает в себя ряд ключевых психологических характеристик. В первую очередь, это нервно-психическая устойчивость, при развитии которой повышается способность противостоять стрессовым воздействиям и сохранять эмоциональную стабильность. Также важным компонентом выступает самооценка личности, как ядро саморегуляции, которая определяет адекватность восприятия своих возможностей и условий деятельности. Не менее значимым фактором является ощущение социальной поддержки - чувство собственной значимости для окружающих. Кроме того, в число этих характеристик входит уровень конфликтности личности и опыт социального общения. Перечисленные А.Г. Маклаковым характеристики личностного адаптационного потенциала согласуются с понятием адаптации А.А. Суханова, анализирующего психологическую адаптацию с позиций системного подхода Ф.Б. Ломова. Он утверждает, что в случае рассмотрения человека в рамках системы «человек – жизненная среда», психологическая адаптация является системной характеристикой данной системы. Недостаточно лишь «внутренних» свойств человека (психических, биологических, социальных) или лишь внешних параметров среды (социальной, природной) для определения психологической адаптации, так как она представляет собой «продукт, результирующее взаимодействие соотношения компонентов системы» [16]. Таким образом, являясь системной характеристикой системы «человек - жизненная среда», психологическая адаптация включает в себя три связанных друг с другом уровня: психофизиологический, психический и социально-психологический.

Поэтому, мы рассматриваем личностный адаптационный потенциал на психическом уровне, включающим в себя эмоциональное реагирование, связанное с саморегуляцией, и на социально-психологическом уровне, включающим в себя такие особенности как: адаптивность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт.

Адаптация в нашем исследовании понимается в широком смысле. Волынская Л.Б. под таким видом адаптации понимает любое взаимодействие между индивидом и окружающей средой, в котором координируются их структуры, функции и поведение [4].

А.Г. Маклаков рассматривает адаптацию не только как процесс, но и как важное свойство для любой живой саморегулируемой системы, заключающееся в способности эффективно приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды..

Способность к организации собственной активности, мобилизации и регулированию может выражаться в такой личностной характеристике, как саморегуляция. Особенность человеческого способа саморегуляции, по И. С. Кону, состоит в том, что она не просто «приспосабливает» человека, но и содержит

выработку эффективной жизненной ориентации, включая чувство своей онтологической приемлемости [6].

Социально-психологическая адаптация – это результат взаимодействия между личностью и социальной средой. Это активный процесс, в рамках которого человек адаптируется к условиям окружающей среды с целью достижения оптимального соответствия целей и ценностей своих и группы. [1]. Важными параметрами социально-психологической адаптации являются: адаптивность, принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт [11].

Адаптация как процесс обуславливается адаптивными возможностями личности, ее адаптационным потенциалом.

Исследование причин возникновения нарушений пищевого поведения в современной психологии базируется на стресс-диатез модели, которая утверждает, что у каждого человека существуют психологические слабости (или «диатез»), делающие его более уязвимым для развития психических расстройств. Когда эти слабости соприкасаются с жизненными стрессовыми ситуациями, они могут стать катализатором для возникновения психического недуга. [15]. Согласно этой модели, интенсивный стресс и бытовая суета являются ключевыми факторами, способствующими нарушениям в пищевом поведении. В некоторых случаях, такое поведение может быть расценено как неэффективный способ справиться с стрессом, например, чрезмерное потребление пищи или ее игнорирование. С течением времени пищевое поведение, наряду с эволюционной функцией, приобрело дополнительный переносный смысл. Пищевое поведение выполняет символическую функцию, утрачивая свою адаптивную роль как биологическая потребность и становясь нарушенным.

Индивид может использовать еду как компенсаторный способ стабилизации своего эмоционального фона. Нарушенное в той или иной степени пищевое поведение приобретает статус источника позитивных эмоций, способа адаптации в неблагоприятных условиях и при психическом неблагополучии. Как отмечает, автор книги «Терапия пищевого поведения» И.Г. Малкина-Пых, нередко прибавление или, наоборот, уменьшение массы тела является следствием определенных жизненных обстоятельств и психологических травм [9].

Выводы. Таким образом, чтобы лучше понять личностный адаптационный потенциал людей, склонных к нарушению пищевого поведения, нам нужно исследовать психический уровень, включающий в себя саморегуляцию и эмоциональное реагирование, которое может проявляться через тревожные, агрессивные и депрессивные реакции; социально- психологический уровень, связанный с особенностями самоотношения и включающий в себя: адаптивность, принятие себя, принятие других и эмоциональный комфорт.

Список литературы

1. Андреева, Г.М. Социальная психология: учеб. для вузов / Г.М. Андреева. — Москва: Аспект Пресс, 2001. 58 с.
2. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т.15, №1. – С. 3-7.
3. Богомолов, А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа / А.М. Богомолов // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 67-73.
4. Волынская, Л.Б. Социокультурная и личностная адаптация на различных стадиях жизненного цикла: учеб. пособие / Л.Б. Волынская. — Москва : ФЛИНТА: НОУ ВПО «МПСИ», 2017. 168 с.
5. Завацкая, Н.Е. Уровень адаптационного потенциала личности как составляющая процесса социальной реадaptации в период кризиса [Электронный ресурс] / Н.Е. Завацкая. – Режим доступа: file:///C:/Users/User/Downloads/22%20(1).pdf.
6. Кон, И. С. Категория «Я» в психологии / И.С. Кон // Психологический журнал. — 1981. — Т. 2, № 3. — С.25–37.

7. Леонтьев, Д.А. Личностный потенциал как объект психодиагностики / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. С. 4-7.
8. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / И.Г. Малкина-Пых // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 16-24.
9. Малкина-Пых, И.Г. Исследование влияния индивидуально-психологических характеристик на результаты коррекции пищевого поведения и алиментарного ожирения / И.Г. Малкина-Пых // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 30. – С. 90-95.
10. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Изд-во «Эксмо», 2008. – 1300 с.
11. Меерсон, Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – Москва: Наука, 1981. – 276 с.
12. Посохова, С.Т. Психология адаптирующейся личности: монография / С.Т. Посохова. – СПб.: Изд-во Рос. гос. пед. ун-та, 2001. – 240 с.
13. Реан, А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – М.: Прайм-Еврознак, 2008. – 480 с.
14. Симаева, И.Н. Психология адаптации личности к изменениям жизнедеятельности: автореф. дисс. на соиск. ученой степени кандидата психологических наук [Электронный ресурс] / И.Н. Симаева. – СПб., 2006. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/psikhologiya-adaptatsii-lichnostik-izmeneniyam-zhiznedeyatelnosti>.
15. Славик, С. А. Концепция депрессии в индивидуальной психологии как модели стресс-диатеза / С.А. Славик // Журнал индивидуальной психологии. 2006. № 62 (4). — с. 417-428.
16. Суханов, А.А. Психологическая адаптация и психологическое здоровье человека в осложненных условиях жизненной среды / А.А. Суханов, Н.М. Сараева. – Чита: Академия естествознания, 2011. – 321 с.
17. Толстых, Ю.И. Современные подходы к категории «адаптационный потенциал» [Электронный ресурс] / Ю.И. Толстых. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-kategorii-adaptatsionnyy-potentsial>.

ЛИЧНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЯ И СТИЛЬ РУКОВОДСТВА КАК ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Таранова Н.В.

Санкт - Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер Фрунзенского района», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Актуальность работы состоит в необходимости получения дополнительных сведений о факторах, способствующих формированию эмоционального выгорания у медицинских работников, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи, вызванных в том числе личностными особенностями и стилем управления персоналом заведующего отделением.

Цель исследования: изучить личностные особенности руководителя, стиль управления персоналом, изучить психологическую структуру и уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Материалы и методы. 16-факторный опросник личности Р.Кеттелла (форма С); СМЛП (Сокращенный вариант методики многостороннего исследования личности ММРП) Ф.Б.Березин, М.П.Мирошников; Личностный опросник Г.Айзенка (форма А); Шкала оценки тревоги Дж.Тейлор; Методика диагностики уровня «Эмоционального выгорания» В.В.Бойко; Методика определения стиля руководства трудовым коллективом В.П.Захаров, А.Л.Журавлев.

Результаты. В группе испытуемых медицинских работников - подчиненных, преобладает высокий уровень тревоги, проявляющийся эмоциональным дискомфортом, напряжением, опасениями.

Проанализировав данные исследования эмоционального выгорания, можно мы получили данные о том, что в группе исследуемых сформировался симптом А - переживание психотравмирующих обстоятельств, проявляющийся усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, с возможным нарастающим раздражением, отчаянием, негодованием. Также, мы выявили сформировавшийся симптом Е –проявляющийся экономией эмоций, ограничением эмоциональной отдачи, за счет выборочного, неадекватного эмоционального реагирования на состояния и потребности других людей в процессе рабочего взаимодействия, который можно обозначить как бестактность, бессердечие, безразличие. При этом самому человеку кажется, что он ведет себя правильно. В стадии формирования симптомы: Г - загнанность в клетку; Ж - эмоционально-нравственная дезориентация; З - расширение сферы экономии эмоций; М - личностная отстраненность. Практически отсутствуют симптомы: В - неудовлетворенность собой; Д - тревога и депрессия; Н - психосоматические и психовегетативные нарушения. По фазам «Эмоционального выгорания» складывается такая ситуация: I Фаза «Напряжение» отсутствует у 37% испытуемых; формируется у 53%; сформировалась у 10%. II Фаза «Резистентности» отсутствует у 7%; формируется у 47%; сформировалась у 47%. III Фаза «Истощения» отсутствует у 50%, формируется у 27%, сформировалась у 23%. Из этого следует, что больший процент испытуемых находится во - II Фазе «Резистентности». Так, с момента появления тревожного напряжения, начинается сопротивление нарастающему стрессу. Человек стремится к психологическому комфорту. Он снижает давление внешних обстоятельств, ограничивая общение в профессиональной среде, с друзьями, родными. Это может происходить как осознанно, так и бессознательно. Человек замыкается, пресыщаясь контактами с людьми. Ему не хочется общаться, взаимодействовать, вовлекаться. Такие симптомы проявляются в попытках облегчить, сократить и даже избежать выполнения обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат. В результате приходит эмоциональное опустошение, с ощущением неспособности оказания эмоциональной помощи другим людям. Человек теряет способность сопереживать и соучаствовать, реагировать на проблемы других эмоционально, вовлечено. Это является наиболее ярким симптомом

«эмоционального выгорания» и свидетельствует нам о профессиональной деформации личности.

У руководителя также выявлен высокий уровень тревоги, который может проявляться повышенной эмоциональной напряженностью, страхами, препятствующими общению с людьми.

При исследовании уровня эмоционального выгорания у руководителя, мы обнаружили следующие доминирующие симптомы: переживания психотравмирующих обстоятельств; неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей; эмоциональный дефицит; личностная отстраненность. Сформировалась III Фаза «Истощения», которая сопровождается такими симптомами, как эмоциональный дефицит и личностная отстраненность (деперсонализация).

Получены высокие показатели, при исследовании характера, склонностей и интересов личности руководителя, что может описывать его как невосприимчивого к угрозе, тяготеющего к риску и острым ощущениям, лидера в группе, где деятельность связана с соперничеством и риском. Он чаще никому не доверяет, насторожен, завидует успехам других людей, считает, что его недооценивают. В отношениях с людьми настойчив, раздражителен, не терпит конкуренции. Хитро и умело строит свое поведение с вышестоящим руководством, склонен к интригам, расчетлив. Успешен в профессиональной деятельности, где требуется решительность, начатое дело доводит до конца. Низкие показатели в том же исследовании, говорят о холодности, жестокости в контактах, отсутствии живых эмоций. Он не интересуется жизнью подчиненных, не идет на компромисс, так как недостаточно гибкий. Больше верит рассудку, чем чувству, практичный, реалист. В нестандартных ситуациях часто не хватает воображения и находчивости. Ригидный, не любит перемен, все новое встречает в штыки, потому что оно кажется ему абсурдным и бессмысленным. Испытывает трудности установления контактов с людьми. Склонен к нравоучениям, наставлениям. Активно насаждает свои взгляды, имеет частые конфликты с подчиненными. Не поддается моментальным побуждениям, уверен в себе, решителен. Характерен мощный механизм отрицания проблем, в связи с этим высокая самооценка.

При определении стиля руководства коллективом, мы получили данные, которые говорят об ориентации на собственное мнение и оценки. Стремление к власти, уверенность в себе, склонность к жесткой, формальной дисциплине, большая дистанция с подчиненными, нежелание признавать свои ошибки, пренебрежение к инициативе и творческой активности подчиненных. Единоличное принятие решений. Контроль за действиями подчиненных. Что говорит о авторитарном стиле управления коллективом.

Таким образом, проводя анализ полученных результатов исследования, можно утверждать, что стиль управления персоналом и особенности личности руководителя, могут выступать как фактор формирования синдрома эмоционального выгорания у подчиненных.

Выводы. Изучение профессионального стресса, «эмоционального выгорания», его влияния на здоровье медицинских работников, вызывает все больший интерес. При выполнении профессионального долга, направленного на решение главной задачи - спасение жизни человека, от медицинских работников требуется самодисциплина, эмоциональная устойчивость, внутренняя организация, быстрота реакции, четкость выполнения поставленных задач. Ежедневные стрессогенные ситуации, повышенные психо – эмоциональные нагрузки, конфликты на работе, недостаточное поощрение результатов труда, могут выступать факторами формирования синдрома эмоционального выгорания.

Здоровый психологический климат в коллективе, формируемый в том числе личностными качествами и стилем управления персоналом заведующего отделением, может выступать как способ профилактики эмоционального выгорания сотрудников.

Начиная наше исследование, мы выдвинули гипотезу о том, что работа в условиях повышенных нагрузок может быть причиной формирования синдрома

эмоционального выгорания, и одним из факторов формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников «отделения анестезиологии и реанимации», может выступать стиль управления персоналом и личностные особенности заведующего отделением.

Изучив полученные данные, мы обнаружили, что более чем у половины испытуемых медицинских работников выявлен высокий уровень тревоги; половина испытуемых находится во второй Фазе эмоционального выгорания «Резистентности». Во всех фазах имеет место стресс. Здесь стресс теряет свою положительную характеристику, может способствовать дезорганизации деятельности человека, оказывая отрицательное влияние не только на психологическое, но и на физическое состояние. Стресс является «фактором риска» развития многих заболеваний. Мы выяснили, что стрессором может выступать и личность руководителя, и стиль его управления персоналом. У большего количества медицинских работников, выполняющих свои профессиональные обязанности под руководством испытуемого руководителя, выявлен синдром эмоционального выгорания. Личностные особенности, выявленные при проведении исследования личности руководителя, а также стиль его деятельности, являются факторами, которые способствуют формированию синдрома эмоционального выгорания у подчиненных.

Выдвинутая нами гипотеза, в результате проведенного исследования, получила эмпирическое подтверждение.

Результаты исследования могут быть использованы при обучении руководителей управлению персоналом, при разработке критериев профессионального отбора кандидатов на руководящие должности, для разработки методических рекомендаций профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Список литературы

1. Вендров Е.Е. Психологические проблемы управления. -М., Экономика, 1969.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях//психология здоровья/ Под редакцией Никифорова Г.С. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000.
3. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования//Эмоциональный стресс.-Л., 1970.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. -М., МЕДпресс – информ,2005.
5. Михеев В. Социально-психологические аспекты управления. -М., Молодая гвардия, 1975.
6. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы// Психологический журнал.2001. Т.22, №1.
7. Платонов Ю.П. Психология коллективной деятельности. -Л, издательство Ленинградского университета, 1990.
8. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига. 1992.
9. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. Коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой. Курск. гос. ун-т. -Курск, 2008.
10. Юрьева Л.Н. Синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб: модель формирования и масштабы проблемы. // Социальная и клиническая психиатрия. 2004, № 4.С.91-97.
11. Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности / Пер. И. Б. Гриншпун. - М., 2000.

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ СФЕРА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У МУЖЧИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Феоктистова Е.В., Зенкова К.С.

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

Актуальность исследования. Исследования алкогольной зависимости среди других видов химических зависимостей, имеют широкое распространение и большой объем накопленных научных знаний.

Тенденция к непрерывному росту алкогольной зависимости, в том числе и среди лиц молодого возраста, связана с особенностями жизни современного человека, в частности, с социальной нестабильностью, которая обусловлена сложной социальной и политической ситуацией и восстановлением общественного режима после пандемии COVID-19. Эти особенности влекут за собой увеличение эмоционально-поведенческих факторов риска (эмоциональное напряжение, стресс, тревожно-депрессивные состояния).

Алкогольная зависимость является серьезной проблемой, которая оказывает негативное воздействие на состояние человека. Однако, помимо физической зависимости, алкоголизм также вызывает серьезные изменения в психологической сфере. Психологическая адаптация играет важную роль в процессе лечения и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом

Психологическая адаптация представляет собой процесс, в результате которого человек приспосабливается к новым условиям жизни, обретает способности и навыки для эффективного функционирования в окружающем мире. В случае алкогольной зависимости, психологическая адаптация влияет на изменения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

Изменения в структуре личности, вызванные алкогольной зависимостью:

1. Изменение когнитивных процессов: алкоголь влияет на функционирование мозга, в том числе на когнитивные функции, такие как внимание, память, мышление и принятие решений. Лица с алкогольной зависимостью могут испытывать затруднения в обработке информации, снижение критического мышления и проблемы с концентрацией внимания.

2. Эмоциональная сфера: алкогольная зависимость может вызывать сильные эмоциональные расстройства, такие как депрессия, тревога, агрессия и страх.

3. Социальная сфера: лица с алкогольной зависимостью часто испытывают социальную изоляцию и отчуждение от своего окружения, их может сопровождать чувство одиночества.

4. Ценностно-смысловая сфера: для лиц, страдающих зависимостью алкоголь становится основным интересом в жизни человека, замещая другие активности и хобби.

Актуальность данной темы заключается в том, что при наличии большого количества работ, посвященных изучению психологических особенностей больных хроническим алкоголизмом, проблема адаптационных механизмов (совладания со стрессом болезни) и оценки личностных ресурсов больных по преодолению фрустрирующего влияния болезни остается недостаточно разработанной.

Цель исследования – выявить особенности ценностно-смысловой сферы (как составляющей психологической адаптации) у мужчин с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В качестве основных методов нашего исследования выступили:

1. Метод теоретического анализа;
2. Методы математической статистики: критерий χ^2 Пирсона, критерий U Манна-Уитни;
3. Экспериментально-психологический метод: Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева.

Результаты. Нами было проведено исследование ценностно-смысловой сферы у здоровых мужчин (контрольная группа) и мужчин, злоупотребляющих алкоголем (основная группа). Обе группы были уравнены по социально-демографическим характеристикам (пол, возраст, уровень образования, трудовой статус, социальный статус).

При подсчете процентного соотношения показателей смысложизненных ориентаций, выявлено, что у здоровых мужчин преобладают средние (47%) и высокие (34%) показатели по шкале «Процесс жизни». Такие люди воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.

У мужчин с диагнозом «алкоголизм» преобладают низкие (40%) и средние (40%) показатели по шкале «Процесс жизни». Таким людям присуща неудовлетворенность своей жизнью в настоящем; воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее также могут не придавать полноценный смысл жизни.

Из этого следует вывод, что у здоровых мужчин будет выше уровень осмысленности жизни, т.к. сам процесс жизни они воспринимают как интересный и увлекательный, они нацелены на то, чтобы получать новый опыт и знания, нацелены в будущее. Все эти показатели наполняют жизнь смыслом.

Мы также сравнили показатели характеристики «Локус контроля – жизнь», согласно которым для здоровых мужчин, характерны высокие (34%) и средние (66%) показатели. Таким людям свойственно убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

У мужчин, злоупотребляющих алкоголем, отмечаются низкие (54%) и средние (46%) показатели. Что свидетельствует об их убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Данный показатель также важен для оценки осмысленности жизни в целом, т.к. ощущение контроля над жизнью и возможность самостоятельно принимать решения дают человеку веру в лучшее и в то, что все трудности ему посильны, а, значит, укрепляют смысл его жизни. С другой стороны, когда человек лишается возможности руководствоваться своей жизнью, когда он убеждает себя в том, что он ничего не сможет изменить – его существование становится бессмысленным.

По шкале «Локус контроля – Я» у здоровых мужчин отмечаются высокие (34%) и средние (66%) показатели. Таким образом, для испытуемых характерны представления о себе как о сильной личности, способной строить и планировать собственную жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

У испытуемых, злоупотребляющих алкоголем, наблюдаются низкие (27%) и средние (66%) показатели.

«Результативность жизни» мужчины, не злоупотребляющие алкоголем, оценивают высокими (47%) и средними (53%) показателями. Таким образом, испытуемые говорят о том, что уже пройденный отрезок жизни был продуктивен и наполнен смыслом.

Мужчины с алкоголизмом оценивают данный параметр преимущественно низкими (20%) и средними (73%) показателями. Отмечая, что за исключением эпизодов употребления спиртного, их жизни была продуктивна.

Полученные результаты были обработаны с помощью статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 StatSoft.

В ходе статистической обработки данных (критерий U Манна-Уитни), полученных с помощью методики СЖО, обнаружены статистически значимые различия по «Показателю осмысленности жизни» (p-level – 0,048). По шкалам: «Цели в жизни» (p-level – 0,835), «Процесс жизни» (p-level – 0,119), «Результативность жизни» (p-level – 0,52), «Локус контроля – Я» (p-level – 0,533) и «Локус контроля – жизнь» (p-level – 0,755), значимых различий не обнаружено.

При обработке данных с применением критерия X² Пирсона, мы видим, что есть статистически значимые различия в показателях параметра «Осмысленности жизни» (p-level=0,03), что свидетельствует о том, что существует взаимосвязь между выраженностью смысложизненных ориентаций и употреблением алкоголя. Так, у

мужчин с алкоголизмом наблюдается преимущественно низкий уровень осмысленности жизни (56%), а у здоровых мужчин – средний (67%).

Также обнаружены различия на уровне статистической тенденции по шкале «Процесс жизни» (p-level – 0,088).

В выраженности характеристик «Цели в жизни» (p-level – 0,795), «Результативность жизни» (p-level – 0,448), «Локус контроля – Я» (p-level – 0,439) и «Локус контроля – жизнь» статистически значимые различия не обнаружены.

Выводы. В ходе работы нами был проведен теоретико-методологический анализ феномена психологической адаптации, а также связанной с ним ценностно-смысловой сферы личности, рассмотрены теоретические подходы к изучению проблемы алкогольной зависимости, исследованы различия между показателями смысложизненных ориентаций у лиц с алкогольной зависимостью и здоровых испытуемых.

Было проведено эмпирическое исследование, в результате которого мы выявили особенности в ценностно-смысловой сфере у здоровых мужчин и мужчин с алкогольной зависимостью, что соответствует поставленной цели.

В целом смысловая сфера мужчин зависимых от алкоголя характеризуется фаталистической установкой, страхом перед шагом в жизнь, перед усилиями и их угрожающими последствиями, эмоциональной упрощенностью и скудностью в отношениях с миром.

Список литературы

1. Грязнов, И.М. Специфика взаимосвязи ценностно-смысловых ориентаций и личностных особенностей лиц с алкогольной зависимостью / И.М. Грязнов // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=11016> (дата обращения: 10.05.2024).

2. Лебединская, Н.В. Особенности ценностно-смысловой сферы личности с алкогольной зависимостью / Н.В. Лебединская. — Текст : электронный // NovalInfo, 2022. — № 133 — С. 90-92 — URL: <https://novainfo.ru/article/19362> (дата обращения: 10.05.2024).

3. Ошевский, Д.С., Кудимова, Т.А. Смысловая сфера несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества / Д.С. Ошевский, Т.А. Кудимова – [Электронный ресурс] // Психология и право. 2018. Том 8. № 4. С. 34–43. DOI: 10.17759/psylaw.2018080404

БОЛЕЗНЬ КАК РАЗГРУЗКА: ОБЗОР СЛУЧАЕВ ИЗ ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА

Фокина А.В.

Московский институт технологий и управления, Москва, Россия

Актуальность. Болезнь и доля беспомощности почти неразрывно связаны: в какой-то области функционирования, каких-то отношениях, на какое-то время болезнь ограничивает возможности заболевшего. Одновременно она повышает положенные по болезни психологические льготы. Больной освобождается от обучения или работы, получает помощь и сочувствие, снижает темп активности, а по мере облегчения симптомов имеет возможность позаниматься любимыми делами (когда симптомы уже не так тяжелы, но возвращаться с больничного еще рано). Это некоторые очевидные варианты условной выгоды болезни, традиционные и обязательные компоненты психосоматического заболевания.

Одновременно можно констатировать, что самостоятельная конструктивная регуляция темпа жизни, «вентиляция чувств», способность обратиться к близким с приемлемым запросом о заботе представляют собой область значительных трудностей современного человека. Массовые феномены отложенного взросления, эмоционального выгорания, прокрастинации и т.п. представляют собой очевидно требующий внимания пласт психологических явлений. Если сопоставить указанные условные выгоды болезни и перечисленные психологические трудности, нельзя не заметить их взаимодополняемости.

Это соображение обуславливает актуальность исследований психосоматических симптомов (в широком понимании, т.е. условно желательных психогений) как неосознаваемого способа разгрузки у психологически неблагополучного человека.

Цель исследования: на материале анализа консультативных случаев описать выгоды психосоматических симптомов и обострений заболеваний, сопоставить их с нерешенными психологическими трудностями клиентов психолога-консультанта.

Материалы и методы. Настоящее исследование носит пилотажный характер и представляет собой обзор 10 случаев из консультативной практики. Во всех случаях рассматривались протоколы консультативной работы с клиентами, не имеющими психотических нарушений, клинической депрессии и не принимавшими фармакологического лечения в связи с беспокоящей их психологической симптоматикой. Для анализа были отобраны сходные по жалобам клиентов случаи. Значительное место в субъективном переживании психологического неблагополучия у них занимали:

□ Наличие интенсивного чувства долженствования вплоть до феномена «должнанизма» (А. Эллис) - тирания долга, объединяющая три установки: что и кому я должен (все делать успешно, избежать ошибок, получать одобрение, выполнить возложенные на меня другими обязательства, быть готовым к упреждающему участию - угадывать); что должны мне (какими быть со мной, что мне давать, говорить, обеспечивать, весьма фиксированные рамки якобы должного) и каким должен быть мир в целом (быть справедливым, раздавать всем по заслугам, не тяготить более, чем я привык выносить).

-Повышенная личностная тревожность.

-Трудности вербализации ожиданий к другим людям в прямом диалоге с ними, вместо этого переход в драматический треугольник (деструктивные отношения с поочередным разыгрыванием каждым из участников роли жертвы, преследователя и спасателя).

-Запрет на прямую заботу о себе.

Психосоматические симптомы легче всего понять по их выгодам. Поэтому анализировались, с одной стороны, особенности поведения и состояния клиентов в состоянии «до болезни», с другой стороны - их изменения с приходом болезни. А именно, в состоянии «до болезни» - фрустрированные потребности, в состоянии «во время болезни» - смещение фокуса или интенсивности жалоб, динамика и содержание занятости и ее связь с фрустрированной потребностью.

Результаты. Один из подходов к рассмотрению психосоматического заболевания в современной психотерапии - понимание его симптоматики как средства разгрузить психику, перевести нерешенную, тяготящую психологическую проблему в другую плоскость - телесную (А. Менегетти, А. Лэнгле и др.). На сознательном уровне или проблема не осознается и не признается таковой, или ее решение откладывается, или постулируется недоступность «нормальных» путей решения (невозможно, нет сил, желаемым образом нельзя, все равно не получится, до добра не доведет). Психосоматическое, условно желательное заболевание решает проблему, которой как бы и нет. Смещение психологического страдания на соматику позволяет, с одной стороны, разгрузить психику, с другой стороны - получить желаемое. В анализируемых случаях механика условно желательного заболевания строилась именно таким образом. Приход болезни (обострение хронического заболевания из «чикагской семерки», респираторное вирусное заболевание, расстройство желудка, мигрень, приступы панических атак) совпадал с усугублением фрустрирующей жизненной ситуации, например, несправедливого, на взгляд клиента, избыточного и нескрываемо критического пристального внимания начальства, повышения требований к производительности на работе или в семье, затяжного супружеского либо межпоколенческого конфликта, необходимости наносить визиты вежливости и во всех этих случаях жертвовать и так дефицитным личным временем. Болезнь оказывалась одновременно нехотелой («как же так, ведь я должен был...»), и кстати («я почувствовал облегчение»). Отметим, что заболевание в этих случаях маркировалось клиентом как требующее лечения, хотя из биографического интервью и консультативных бесед было известно, что далеко не каждое заболевание воспринималось клиентом таким же образом: какие-то болезни «переносили на ногах», многие соматические симптомы просто игнорировали, случались лечения народными средствами без обращений в медучреждения и т.д. Напротив, сейчас к болезни клиент относился к состоянию, которое игнорировать нельзя (в противовес игнорируемым, мало осознаваемым внутренним конфликтам, предшествовавшим заболеванию).

Способы лечения клиенты выбирали разнообразные и всегда перекликающиеся с содержанием фрустрированной потребности и меняющие их занятость:

- ограничить лечение только непосещением работы. В остальном сохранить активность, не принимать лекарства (в некоторых случаях - принимать только и так ежедневно принимаемые лекарства);

- расширить диету. Есть то, что субъективно воспринимается как лакомство (часто - обильные сладости);

- получать консультации врачей разного профиля, найти внимательных врачей, изложить симптоматику в деталях, подробно обследоваться, после обследования независимо от содержания медицинского заключения по окончании больничного - вернуться к образу жизни «до болезни», не учитывая результаты трудоемкой медицинской диагностики и опыт болезни;

- спать;

- резко сократить контакты с членами семьи, никуда не ходить, никому не помогать, не звонить, не отвечать и, как формулировали сами клиенты, заняться собой.

В этом наборе прослеживается связь с набором фрустрированных потребностей - внимания к себе, отдыха, отказа от контактов и нагрузки, реализации собственных интересов. Прослеживается эта связь и в занятости: с приходом болезни, какой бы ни была ее длительность (в рассматриваемых случаях - от 1 до 12 дней), симптоматика позволяет человеку временно освободиться от самой нежеланной нагрузки. Например, появляется возможность побыть дома или вырваться из дома (к врачам), оставив домашние заботы другому члену семьи, не идти на работу или в гости к родным, чувства к которым враждебны, не ехать на слишком болезненные поминки, не участвовать в «страшной» части рабочего проекта, не решать возникший конфликт с грозной грандиозной фигурой, не ограничивать себя (как правило, в игре, фаббинге или пище).

Интересно, что среди случаев были случаи не только передышки как снижения активности, но и случаи ее повышения - наконец сделать то, чего давно хотелось. Например, в одном из случаев был начат и осуществлен небольшой, но требующий усилий, желанный косметический ремонт. Случаи генеральной уборки, затеянной выздоравливающими много работающими женщинами, по нашему опыту, могут считаться классическими. Т.о., происходила смена направленности и интенсивности нагрузки и контактов: меньше одного, зато больше другого, дальше от А, зато ближе к В.

Наконец, существенно, что психологическое состояние во время заболевания характеризовалось снижением основной жалобы: констатируется безразличие и дистанцирование («да мне все равно», «а я решила, ну и ладно», «в этот раз справятся без меня»), совершенно не типичное для клиента в его т.н. здоровом состоянии.

Таким образом, во всех случаях сходны как фрустрированные потребности до заболевания, так и соматизированные решения, легализующие для клиента его право на восстановление сил, отдаление от источника тревог и враждебности в состоянии болезни. Болезнь дает возможность сделать для себя то, в чем без болезни человек привык себе отказывать.

Выводы. Психогенные соматические симптомы и заболевания представляют собой одновременно и способ решения проблемы, и остановку в ее решении. Полноценное решение не осуществляется, вместо этого оно на фоне заболевания в очередной раз откладывается или саботируется и подменяется перенаправлением внимания. Недомогание и симптоматика воспринимаются таким образом, чтобы обеспечить разгрузку, в которой человек привык себе отказывать. Если не получается дать себе передышку без потери душевного равновесия, право на нее может быть выдано психосоматическим заболеванием.

В связи со сказанным, представляется исключительно важным психологическое просвещение и как часть консультативной работы психолога, и как направление медицинской психологии. В частности, освещения заслуживает проблематика трансформации неосознаваемой психологической проблемы в физическую и средства понимания и исцеления как соматической, так и психологической симптоматики.

Список литературы

1. Дереча, В. А. Психогенные переживания и расстройства : учебное пособие для вузов / В. А. Дереча, Г. И. Дереча. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 195 с.
2. Лэнгле, А. Самость во плоти. Экзистенция и психосоматика / Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 1. С. 7–69.
3. Менегетти, А. Психосоматика с точки зрения онтопсихологии. - Москва : Онтопсихология, 2009. - 346 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК САНОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ

Харькина Т.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

Актуальность. В последнее время фокус внимания исследователей стал все больше направляться не только на устранение последствий деструктивных явлений, но и на их предупреждение и профилактику. В связи с этим получило развитие направление салютогенного/саногенного подхода в психологической области жизнеобеспечения. В данное время происходит активное внедрение салютогенных технологий в компаниях, поощряются научные исследования в данной области. Например, в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова произошло открытие магистерской программы по салютогенному городскому дизайну с целью здоровьеобеспечения горожан. Интерес к этому направлению растет в различных областях медицины и психологии.

Проблема аутоагрессивного поведения подростков является острой в России и в мире: согласно неофициальным данным Следственного комитета РФ по 2022 году, несмотря на небольшое снижение числа завершенных суицидов, количество суицидальных попыток выросло [1]. По этой причине важность исследований по предупреждению аутоагрессивных намерений значительно возросла. Особенностью явления аутоагрессии является то, что объект и субъект агрессии совпадают. В настоящее время выявлено множество способов аутоагрессии, которые можно классифицировать по форме проявления: физическая и вербальная; активная и пассивная; прямая и непрямая аутоагрессия. Агрессия является одной из форм гнева и естественным способом его утления. Задачей аутоагрессии является причинение себе страдания различной степени с целью утления гнева. Суицид как крайняя степень аутоагрессии может быть определен как следствие совпадения психолого-социальной дезадаптации личности и конфликта [2].

Саногенный потенциал является основой жизнеобеспечения, гармонии и позитивной направленности личности [3]. Чем выше его уровень, тем большей способностью к противостоянию трудностям обладает подросток. Отечественными учеными проведены исследования саногенной рефлексии у подростков, в том числе, у подростков, склонных к девиантному поведению [4, 5]. На данный момент можно говорить о недостаточном количестве исследований в этой области. Нами было проведено пилотное исследование, направленное на изучение саногенного потенциала личности подростков с аутоагрессией. Вопрос салютогенного подхода к поведению подростков, склонных к аутоагрессии, остается открытым и требует дальнейшего рассмотрения и проведения исследований.

Цель исследования. Выявить и изучить характеристики саногенного потенциала подростков с аутоагрессией, обнаружить взаимосвязь между компонентами саногенного потенциала на различных его уровнях.

Методы и методики. Для анализа личности подростков были применены анкеты: «Индекс жизненного стиля», Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Конте; «Опросник смысложизненных ориентаций», адаптирован Д.А. Леонтьевым; «Когнитивно-эмотивный тест» Орлова Ю.М., Твороговой Н.Д.; «Локус контроля» (подростковый), А.Г. Грецова; Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина; тест «СЛ-19» (Суицидная личность, 19 вопросов) П.И. Юнацкевича; Краткий опросник личностных расстройств для DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5 Brief Form, PID-5-BF) R. Krueger et al., в адаптации Г. В. Кустова, М. С. Зинчука и др.; «Модификации тела и самоповреждения» Н.А. Польской; социально-демографическая анкета (авторская).

Анкетирование проводилось онлайн. Подсчет результатов проводился с помощью программы Q при использовании Т-критерия Стьюдента для сравнения средних величин и критерия Пирсона для выявления корреляции между параметрами.

В исследовании было предложено участие 6 школам Москвы и регионов. Выборка составила 1257 человек, учащихся с 8 по 11 класс. В результате отбора в исследовании согласились принять участие три школы, на данный момент исследование завершено в двух из них. Таким образом, на данном этапе выборка сузилась до 790 человек. Участие в исследовании добровольное, с письменного согласия самих участников и их родителей/ законных представителей. Первичный этап заполнения опросов прошло 67 человек. После обработки результатов из выборки были исключены 12 участников, не заполнивших все 9 анкет полностью. Итоговое количество участников составило 55 человек.

Результаты. Далее приведены наиболее значимые наблюдения. «СЛ-19» направлен на выявление суицидального риска, состоит из 19 вопросов, что делает его эффективным и удобным в использовании. По результатам обработки теста «СЛ-19» были получены две группы: низкого и среднего риска суицидального поведения, уровень высокого риска в данной группе отсутствовал. Среднее значение для групп: 2,2 для группы с низким риском суицидального поведения, 8,8 – у группы среднего риска; t-критерий Стьюдента равен 14,637 ($p=0,000001$), разница статистически значима.

Общая напряженность всех защит по тесту «Индекс жизненного стиля» («ИЖС») составила 49 у группы низкого риска и 51,5 у группы среднего риска. Диапазон нормы для населения России составляет от 40% до 50%, значения выше 50% указывают на наличие реальных, но неразрешенных конфликтов внешнего и внутреннего характера [6]. Таким образом, группа низкого риска находится в пределах нормы, а вторая группа слегка превышает порог. Статистически значимая разница между двумя группами не обнаружена по общему показателю, однако имеются статистически значимые различия между отдельными психологическими защитами: отрицание (выше у группы низкого риска) и замещение (выше у группы суицидального риска).

По результатам опросника «PID-5 BF» выявлены статистические различия между двумя группами ($p < 0,05$): средний балл группы низкого риска равен 1,0; группы среднего риска – 1,3; психотизм – 1,0 и 1,6 соответственно; дезингибированность – 0,9 и 1,3 соответственно.

Средний локус контроля по шкале общей интернальности группы низкого риска составил 6,7 баллов, группы среднего риска – 4,7. Разница не имеет статистического значения при $p=0,05$.

Создатели теста «МЛО-АМ» определяют личностный адаптационный потенциал (ЛАП) в три группы: низкий, средний и высокий. Согласно полученным результатам, в группе низкого риска 23% имеют средний уровень ЛАП; остальные 77% и группа среднего риска имеют низкий уровень ЛАП. Разница между уровнем ЛАП между группами статистически значима ($p=0,0002$). Обнаружена статистически значимая корреляция между уровнем ЛАП и уровнем суицидального риска ($r=0,7$ при $p=0,05$).

Общий показатель осмысленности жизни (методика «СЖО») так же имеет три уровня. Низкий уровень осмысленности жизни: 23% у группы низкого риска и 5% у группы среднего риска. Средний уровень: 63% у группы низкого риска и 75% у группы среднего риска. Высокий уровень: у 14% у группы низкого риска и 20% у группы среднего риска. Статистически значимая разница не обнаружена ($p=0,05$).

В группе низкого риска не наблюдается наличие декоративных шрамов, в группе среднего риска шрамы есть у 30% респондентов. Самостоятельно модифицировать свое тело пробовали 3% группы низкого и 15% группы среднего риска. У 50% группы среднего риска наблюдается желание нанести себе повреждения при сильной злости, у 30% – при сильном переживании (у другой группы – 20% в обоих случаях). Не хотят нанести себе повреждения 60% подростков с низким суицидным риском и 20% со средним. Способность нанести себе вред под влиянием сильных эмоций: 51% в группе низкого риска и 70% в группе среднего риска. Заламывают руки, кусают губы, грызут ногти и пр. в ситуации сильного волнения практически одинаково (86% и 85%). Наличие реальных актов нанесения себе вреда: 43% в группе низкого риска и 65% среднего риска.

Дополнительно по методике «КЭТ» выявлена более высокая склонность к психологической защите «рационализация обстоятельствами» в группе среднего риска ($p=0,05$).

Выводы. Уровень суицидального риска всех участников не превышает значений, требующих немедленной интервенции, однако группа среднего риска требует внимания и профилактического вмешательства. Наблюдается сильная взаимосвязь между уровнем суицидального риска и личностным адаптационным потенциалом – способностью личности приспосабливаться к новым условиям.

Примечательно, что у группы среднего суицидального риска осмысленность жизни в целом выше, чем у группы низкого риска, однако статистически значимой разницы не выявлено. Вероятно, вследствие амбивалентного и более критического отношения к жизни в целом под влиянием аутоагрессивных импульсов. В группе среднего риска чаще прибегают к психологическим механизмам защиты: замещение и рационализация обстоятельствами. Общая напряженность всех защит у обеих групп почти равна, что может говорить о примерно равной психоэмоциональной нагрузке: разница в отреагировании и выборе копинг-стратегии для совладания со стрессом и неприятными переживаниями.

Средний локус контроля обеих групп находится в интернальном спектре, но достаточно близок к значению 0, что говорит об отсутствии ригидности.

В группе среднего суицидального риска значительно выше уровень желаний нанести самоповреждения и частота реальных самоповреждений, что совпадает с данными других исследований о самоповреждениях как риск-факторе суицидального поведения.

В группе среднего суицидального риска значительно выше уровень желаний нанести самоповреждения и частота реальных самоповреждений, что совпадает с данными других исследований о самоповреждениях как риск-факторе суицидального поведения.

Более высокий уровень личностного адаптационного потенциала, качества отношений с ближним социальным кругом, вера в Бога отличает респондентов из группы низкого суицидального риска, и может быть комплексным салютогенным фактором. Это совпадает с данными других исследований о низком уровне социальной адаптации как факторе аутоагрессии. Приведенные данные говорят об общем более высоком уровне саногенного потенциала личности у подростков с низким уровнем аутоагрессивного поведения.

Список литературы

1. Доклад о деятельности уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка в 2022 году. – [Электронный ресурс]. URL: <https://deti.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-245-src-1693288593.8281.pdf> (дата обращения 29.03.2024)
2. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. (1980). Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: М-во здравоохранения РСФСР
3. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2004. — 464 с: ил. — (Серия «Учебное пособие»).
4. Морозюк С.Н., Горбенко И.А., Кузнецова Е.С. Сравнительный анализ рефлексии старших школьников и студентов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10. No 2А. С. 23-30. DOI: 10.34670/AR.2021.69.44.031
5. Арцимович И.В. Саногенная рефлексия как фактор развития субъектности подростков, склонных к девиантному поведению // Культурная жизнь Юга России. 2009. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sanogennaya-refleksiya-kak-faktor-razvitiya-subektnosti-podrostkov-sklonnyh-k-deviantnomu-povedeniyu> (дата обращения: 25.04.2024).
6. Каменская В.Г., Зверева С.В. Возрастные и гендерные особенности системы психологических защит (на примере подростково-юношеской выборки) // Психологический журнал. 2005. Т.26. №4. с.77-88.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Хахутадзе Н.М.К., Анохина П.В.

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

В современном мире тяжело встретить человека, который ни разу не испытывал тревожность. Под тревожность понимают психологическое состояние, которому характерно зачастую необоснованное чувство страха, ощущение неопределённости, а также ожидание отрицательных событий [1]. Существует два вида тревожности: ситуативная тревожность (СТ) – тревожность, связанная с конкретной ситуацией, и она вызывает беспокойство и личностная тревожность (ЛТ) – проявляется в том, что человек способен переживать тревогу в разнообразных ситуациях. Если тревожность выражается слабо, то это – индивидуальная психологическая особенность, а если сильно, то рассматривается уже как психическое расстройство. Причиной возникновения тревожных расстройств являются как генетические, так и экологические факторы [2]. Факторы риска могут быть различными: бедность, когда в детстве с ребёнком жестоко обращаются родители, а также не исключена и семейная предрасположенность.

Ещё одной из причин тревожности является буллинг. В этом случае причиной буллинга является избыточный вес, что может привести к расстройству пищевого поведения, посредством влияния стандартом красоты, которые меняются с каждым днём, поэтому девушки, которые имеют небольшой избыточный вес могут подвергаться буллингу.

К сожалению, наряду с тревогой нельзя исключать и увеличение числа людей, которые страдают расстройством пищевого поведения. Согласно МКБ-10 расстройства пищевого поведения (РПП) – психогенно обусловленные поведенческие состояния, которые характеризуются стойкими нарушениями пищевого поведения, и связанными с ними тревожными мыслями, и эмоциями. [3] Существует несколько видов расстройства приемов пищи.

Нервная анорексия	Характеризуется преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом.
Атипичная нервная анорексия	Ключевой симптом является выраженная боязнь ожирения.
Нервная булимия	Синдром, который характеризуется повторными приступами переедания. Люди с этим синдромом склонны сильно контролировать свою массу тела.
Атипичная нервная булимия	Люди с данным диагнозом совершают повторные приступы переедания и затем чрезмерное употребление слабительных средств. Следует уточнить, что это совершается без значительных изменений массы тела.
Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами	Происходит вследствие стрессовых событий, к примеру, несчастный случай, рождение ребёнка, тяжёлая утрата и т.д.
Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами	Повторная рвота при ипохондрическом расстройстве
Другие расстройства приёма пищи	Поедание несъедобного у взрослых; Психогенная потеря аппетита.

Статистические данные:

По данным ВЦИОМ (Всероссийский центр изучения общественного мнения) на конец февраля 2023 году уровень тревоги у россиян вырос. В основном это связано с страхом потерять работу и ростом цен.

А по данным американских психологов было выявлено, что более 30% взрослых испытывают тревожные расстройства.

По международным данным РПП наиболее подвержены лица женского пола, а самый пик заболеваемости происходит в подростковом возрасте. В России распространённость РПП составляет – 3,7%, в Южной и Северной Америке – 3,2%, в Европе – 4%, в Азии – 3%. А по данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) показатели смертности составляют 15-20% в год и 0,2% вследствие суицида.

Результаты исследования. Для исследования было взята два опросника: «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26» и «Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина»

Выборка составляет 27 людей, возраст которых составляет от 17-25 лет.

По результатам «Шкалы самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина»:

Ситуативная тревожность:

1. Низкая проявляется у 10 человек (37,04%);
2. Умеренная у 16 (59,26%);
3. Высокая у 1 (3,7).

Личностная тревожность:

1. Низкая ни у кого не проявляется;
2. Умеренная у 3 (11,11%);
3. Высокая у 24 (88,89%) человек

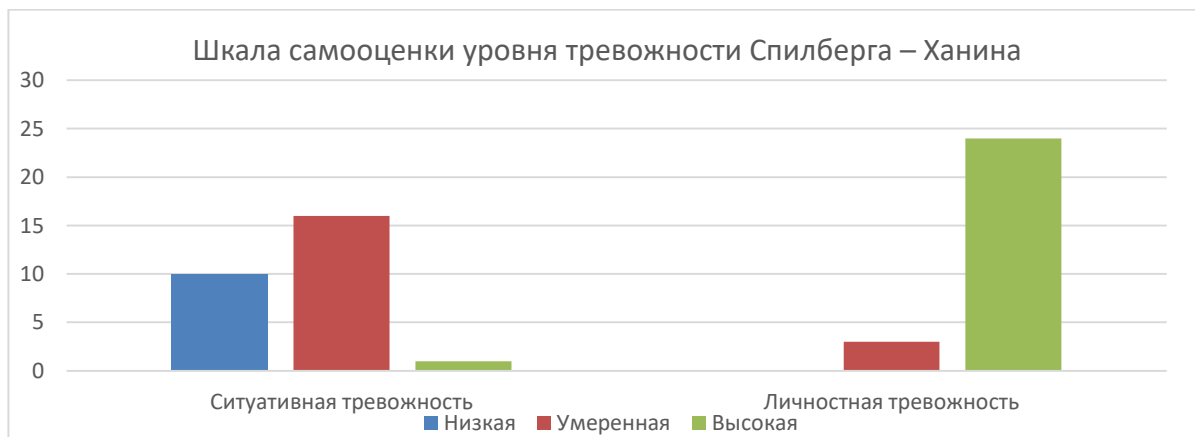


Рисунок 1. Результаты по шкале самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина

По результатам «Опросник пищевых предпочтений, EAT-26» было выявлено, что у 7 из 27 людей (25,93%), у которых суммарный балл превышает значение 20 наблюдается высокий уровень тревожности, что составляет 25.93% от всего количества.

	Правиль	Spearman	t(N-2)	p-level
Склонность к РПП & Личностная тревожность	27	0,420041	2,314262	0,029157
Склонность к РПП & Ситуативная тревожность	27	0,487632	2,792695	0,009878

Выявлены положительно значимые корреляционные связи умеренной силы показателей шкал «Склонности к РПП & Личностная тревожность» ($r = 0,42$ $p = 0,029$). Чем выше уровень личностной тревожности, тем более выражена склонность к РПП.

Выявлены положительно значимые корреляционные связи на высоком уровне статистической значимости умеренной силы показателей шкал «Склонность к РПП &

Ситуативная тревожность» ($r=0,48$ $p=0,009$). Чем выше уровень ситуативной тревожности, тем более выражена склонность к РПП.

Можно прийти к выводу, что исследование подтверждает взаимосвязь тревожности и расстройств пищевого поведения. Чем выше уровень личностной или ситуативной тревожности, тем более выражена склонность к расстройствам пищевого поведения. Дальнейшие исследования в этой области могут помочь разработать более эффективные стратегии профилактики и лечения подобных расстройств.

Список литературы

1. Тревожные расстройства в общеклинической практике. Левин О.С. 2017.
2. Акжигитов Р.Г. Комплексное применение транквилизаторов, бета-блокаторов и психотерапии при лечении тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами. Дис.канд.мед.наук. — М., 1998.
3. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра (F50-F59).

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хахутадзе Н.М.К., Верисокина А.М., Погребатько В.А.

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

Актуальность. На осложнение вынашивания плода воздействует ряд факторов, которые носят негативный характер. В данный ряд входят межличностные отношения, социальная среда, экологическая обстановка, образ жизни женщины, а также экономическая сфера. Бесспорно, в эмбриогенез входят изменения личностного преобразования и глобальной трансформации, но, к сожалению, именно в данный период женщина более чувствительна к стрессовым аспектам.

По данным Всемирной организации здравоохранения было выявлено, что шесть из 10 случаев нежелательной беременности заканчиваются искусственным абортом и 30 процентов беременности заканчиваются выкидышем [1].

В психологии «беременность», является кризисным периодом, который несет за собой деструктивность в равновесии индивидуальности. Не каждая женщина способна адаптироваться к данному состоянию, что несёт за собой причины желания прервать беременность. В данном случае, протекание постабортного синдрома имеет три типа реакции. К первому типу относится -мгновенная реакция, которая наступает в течение года после осознанного прерывания беременности. Данная модель реакции наиболее благоприятная, т.к. облегчает выявления эмоционального состояния. Следующий тип является более распространенным и характеризуется перерастанием из постабортной реакции в хроническое состояние, которое временами может усиливаться. Отличительной чертой третьего типа является замедленная реакция, которая может проявиться через большой забытый промежуток времени, и осознание аборта перерастёт в симптомы ПАС совершенно неожиданно [2].

Но есть ряд факторов, которые способствуют спонтанному прерыванию беременности до достижения плода жизнеспособного возраста. Эмоциональная связь младенца с матерью закладывается еще до его рождения. У родителей будут формироваться надежды о своем ребенке и о себе как родителе, но при негативных обстоятельствах данная проекция рушится. Перинатальная утрата является психологической травмой, так как вызывает переживания, которые длительное время воздействуют на психику человека, тем самым может спровоцировать саморазрушающее поведение. Одной из главных особенностей данной проблемы является образование определенных преград, мешающих несостоявшимся родителям переживать горе и быть в трауре. Для женщины утрата ребенка – это сочетание утрат себя беременной, чувства принадлежности к диаде, единения с плодом, а также утраты ожидаемого материнства и особого внимания к себе [3].

В исследованиях О.Н.Аржановой, В.С.Корсак, О.О.Орловой, Ю.М.Пайкачевой в контексте современной перинатальной психологии, выделяются две основные ветви, которые характеризуют психологическое состояние женщины при угрозе прерывания беременности. Во-первых, данная проблема будет являться основой для возникновения таких феноменов, как: высокий уровень личностной тревожности, сензитивность, депрессивность, а также мобилизация защит. Во-вторых, данный аспект может действовать в обратном направлении, в котором негативные психологические состояния женщины могут стать причиной для угрозы нормально протекающей беременности [4].

В.В.Плотников, Т.А.Миронова, Л.Л.Казаренко отметили, что женщины с нарушенным гестационным периодом отличаются повышением астенических эмоций, которые снижают активность личности, включающей: пессимизм, ранимость, покорность, впечатлительность. Отличительной чертой таких женщин являются проблемы во внутрисемейных отношениях, а также отсутствие социальной поддержки [5].

Также отмечается, что женщины у которых при первой беременности был самопроизвольный аборт повторно переживают данное состояние совершенно иначе. Эмоциональный фон будет превышать показатели прошлой беременности, и включать в себя: ярко выраженную эмоциональную лабильность высокую чувствительность к внутренним и внешним раздражителям, неудовлетворенную эмоциональную близость в отношениях, а также проявление тревожного типа беременности [6].

Объект исследования: женщины с угрозой прерывания беременности.

Предмет исследования: эмоционально-волевые особенности беременных женщин с угрозой невынашивания плода.

Цель исследования: выявить степень изученности вопроса об особенностях эмоционального статуса женщины с угрозой прерывания беременности.

Материалы и методы исследования. Информация для исследования была взята из базы электронной библиотеки Cyberleninka, а также из базы научной электронной библиотеки Elibrary.ru.

Результаты исследования. Из результатов поиска по запросу «Эмоциональные состояния женщины с угрозой прерывания беременности» в базе научной электронной библиотеке Elibrary.ru было найдено общее количество публикаций за 2018-2023 гг. – 5 (6,4e-6)% научных публикаций из 55631787 (общее количество публикаций). Другие показатели обнаружены при запросе более широкого типа «Эмоциональное состояние женщины с нарушением репродуктивного здоровья»: здесь найдено 10 публикаций из 55631787 из всех публикаций, что соответствует (1,8e-5)%.

Из результатов поиска по запросу «Эмоциональные состояния женщины с угрозой прерывания беременности» в базе научной электронной библиотеке Cyberleninka было найдено общее количество публикаций за 2018-2023 гг. в разделе «Психологические науки» - 76 научных публикаций из 331 (общее количество публикаций).

Выводы: Библиометрический анализ показал, что количество публикаций, посвященных уровню эмоционально-волевой сферы у женщин с угрозой прерывания беременности, растет с каждым годом. Большинство исследований было проведено в России. Среди основных методик измерения эмоционального состояния использовались методики «Шкала реактивной и личностной тревожности» Спилберга-Ханина, а также «Шкала самооценки депрессии» Цунга.

Таким образом, проанализировав вопросы в области эмоционально-волевой сферы, необходимо сделать следующий вывод об отличительных особенностях женщин с нарушением гестационного периода. Женщина перестает доверять своему телу, которое не справилось с задачей вынашивания и рождения ребенка. Потеря уверенности в себе, низкая самооценка, подрыв веры в свои силы, чувство недовольства другими, также навязчивые и неприятные мысли - все это отмечает пониженный фон беременной женщины.

Исследования уровня особенностей эмоционально-волевой сферы женщины с угрозой прерывания беременности имеют важное значение для разработки эффективных программ поддержки и терапии. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать улучшению психологического благополучия и эмоциональной стабильностью у таких женщин.

Список литературы

1. Белогай, К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности// Материалы научно-практической конференции / К.Н. Белогай. – М.:РГУ, 2004. – С. 98-102.
2. Всемирная организация здравоохранения. (2021, 25 ноября).
3. Добряков И. В. Перинатальная психология: учебное пособие/ И.А. Добряков. – Питер: спб, 2018.- 125-134 с.
4. Магомедова М.А., Ревина А.А. Особенности эмоциональной сферы женщин с угрозой прерывания беременности // Скиф. 2019. №11 (39). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-emotsionalnoy-sfery-zhenschin-s-ugrozoy-preryvaniya-beremennosti> (дата обращения: 08.05.2024).

5. Полякова Е.Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома // Вестник НГУ. 2009. № 1 URL: https://postabort.ru/wp-content/uploads/2016/10/Polyakova_postabortion_syndrome.pdf?ysclid=lw0gu7vyje585144608

6. Хломов Кирилл Даниилович, Ениколопов Сергей Николаевич Влияние психоэмоциональных и индивидуально- характерологических особенностей на течение беременности у женщин с угрозой прерывания // СПЖ. 2007. №26. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-psihoemotsionalnyh-i-individualno-harakterologicheskikh-osobennostey-na-techenie-beremennosti-u-zhenschin-s-ugrozoy> (дата обращения: 10.05.2024).

7. Чемпорова Мария Реворьевна Особенности эмоциональной сферы женщин с угрозой прерывания беременности // studnet. 2020. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-emotsionalnoy-sfery-zhenschin-s-ugrozoy-preryvaniya-beremennosti-1> (дата обращения: 08.05.2024).

ВЛИЯНИЕ СЕТИ-ИНТЕРНЕТ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Хахутадзе Н.М.К., Тарасенко Т.Н.

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

Актуальность. Социальная сеть – это социальная структура, состоящая из группы узлов, которыми являются социальные объекты (люди, группы людей, сообщества, организации) и связей между ними (социальных взаимоотношений). В общераспространенном понимании социальная сеть – это сообщество людей, объединенных общими интересами, общим делом или имеющих другие причины для непосредственного общения между собой. В общефилософском подходе под социальной сетью понимают множество социальных объектов и определенное множество отношений между ними [1.] В настоящее время сеть интернет и социальные сети являются основным инструментом коммуникации и обмена информацией для миллиардов людей по всему миру. Развитие этих сетей имеет огромное значение как для личного общения, так и для бизнеса, политики, науки и многих других областей. Сеть интернет и социальные сети могут оказывать влияние на формирование химических зависимостей, таких как наркотики, алкоголь и так далее. Это происходит из-за доступности информации о вредных веществах, а также возможности легкого общения с людьми, которые уже имеют опыт потребления этих веществ. Социальные сети могут служить как площадка для продвижения и продажи наркотиков, а также для знакомства с новыми поставщиками. Кроме того, в социальных сетях могут существовать специализированные сообщества, где люди обмениваются опытом употребления наркотиков или алкоголя. Стоит отметить, что современные социальные сети активно используют механизмы психологической манипуляции, чтобы удержать пользователей на своих платформах. Алгоритмы построены таким образом, чтобы постоянно предлагать интересный контент и подстраиваться под индивидуальные предпочтения пользователя. Это может привести к постоянному просмотру информации, связанной с химическими зависимостями, формированию интереса к употреблению и, в конечном счете, к употреблению химических веществ.

Цель исследования. Проанализировать, какое влияние имеют социальные сети на формирование химических зависимостей.

Гипотеза. Социальные сети и сеть-интернет влияют на формирование химических зависимостей.

Материалы и методы. Социологический опрос, разработанный для выявления связи между развитием сети-интернет и социальных сетей и формированием химических зависимостей.

Результаты. В социологическом опросе участвовали 40 студентов КГМУ, возраста от 18 до 23 лет. По данным исследования: 39% от респондентов проводят в социальных сетях в среднем более 6 часов в день; 36% от трех до пяти часов в день; 17% более 8ми часов и 8% от двух до трех часов в день. Это означает, что социальные сети играют значительную роль в жизни молодых людей и являются основным источником информации, общения и развлечений для них. Важно отметить, что увеличение времени, проводимого в социальных сетях, может привести к негативным последствиям для здоровья, таким как ухудшение сна, изоляция от реального общества и проблемы с концентрацией и вниманием. Поэтому важно находить баланс между онлайн и офлайн активностями для поддержания здорового образа жизни.

Кроме того, 70% от студентов в возрасте от 18 до 19 лет, 80% от студентов в возрасте 20-21 года, 30% от студентов в возрасте 22-23 лет в сети-интернет в среднем проводят около 6-8 часов; 15% от студентов в возрасте от 18 до 19 лет, 15% студентов в возрасте от 20-21 лет, 40% от студентов в возрасте 22-23 лет около 3-5 часов в день; остальные проводят в сети-интернет не более 3х часов в день. Исследование показывает, что значительная часть респондентов проводит

значительное количество времени в социальных сетях, причем более 6 часов в день. Это может свидетельствовать о высокой зависимости от интернета и социальных сетей среди опрошенных. По моему мнению, данные показывают, что студенты молодого возраста (18-21 год) проводят больше времени в интернете по сравнению со студентами старшего возраста (22-23 года). Это может быть связано с особенностями социальной активности и общения в разных возрастных группах. В целом, исследование указывает на значительное влияние интернета и социальных сетей на поведение и время, проводимое в онлайн-пространстве.

Стоит отметить, что только 11% респондентов не сталкивались с контентом, связанным с химической зависимостью (употребление алкоголя, наркотиков, курение), в социальных сетях. Это говорит о том, что информационное пространство насыщено различными материалами, и важно уметь фильтровать и выбирать качественный контент, который действительно может повлиять на мировоззрение и привычки людей. Вероятно, что это обусловлено не только наличием в социальных сетях аккаунтов людей, которые открыто делятся своими опытами с химическими веществами, но и тем, что реклама таких продуктов часто проникает в нашу повседневную жизнь, вне зависимости от возраста и социального статуса пользователя.

По результатам исследования, только 3% респондентов интересуются, 27% немного интересуются и 70% совсем не интересуются контентом, связанным с химическими зависимостями. На основании этого можно сделать вывод, что в целом большинство респондентов не заинтересованы в данной теме несмотря на то, что часто сталкиваются с таким контентом.

Следует добавить, что 73% никогда не пользовались и 27% пользовались пару раз информацией из контента, связанного с алкоголем/электронными сигаретами/сигаретами. Ни один из респондентов не использует получаемую информацию на данную тему на постоянной основе.

В довершении вышесказанного, стоит упомянуть, что большинство участников исследования (36%) высказались за то, что эффект от социальных сетей в этом вопросе является частично значимым. Это говорит о том, что многие понимают, что такие публикации могут оказывать некоторое воздействие, но и не уверены в их решающей роли. Оставшиеся 11% «частично не согласных», вероятно, склонны считать, что личные убеждения и воспитание играют более важную роль, нежели внешние влияния. По данным исследования, лишь 8% опрошенных разделяют мнение о том, что контент, связанный с употреблением алкоголя и курением в социальных сетях, способствует формированию химической зависимости у людей. Остальные опрошенные распределились между вариантами «не согласен» и «затрудняюсь ответить», что свидетельствует о разнообразии мнений на эту тему.

Выводы. В целом, результаты опроса показывают разнообразные мнения насчет влияния социальных сетей на формирование химических зависимостей. В результате нашего исследования, были сделаны следующие выводы:

1. В наши дни молодежь проводит колоссальное количество времени в сети-интернет (в среднем 6-8 часов в день).
2. В социальных сетях много контента, связанного с химическими зависимостями (курение, алкоголь, наркотики и так далее).
3. Малая часть респондентов интересуется и использует информацию, связанную с химическими зависимостями и полученную в сети-интернет.
4. Большинство респондентов не считают, что материалы о потреблении алкоголя и курении в социальных сетях влияют на формирование химической зависимости у людей.

Из сказанного ранее, вытекает вывод о том, что наше исследование опровергло гипотезу и сеть-интернет и социальные сети не влияют на формирование химических зависимостей. Стоит отметить, что химические зависимости, такие как зависимость от наркотиков, алкоголя, табака и других веществ, являются серьезной проблемой современного общества. Важно осознавать риски и принимать меры для предотвращения развития этой проблемы в обществе. Для борьбы с этими проблемами необходимо проведение профилактической работы среди

пользователей социальных сетей. Важно осознавать риски, связанные с использованием веществ и проведением большого количества времени в онлайн-пространстве. Образовательные программы, консультации специалистов и поддержка со стороны близких могут помочь предотвратить формирование химических зависимостей.

Список литературы

1. Воронкин Алексей Сергеевич Социальные сети: эволюция, структура, анализ // ОТО. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-seti-evolyutsiya-struktura-analiz> (дата обращения: 09.05.2024).
2. Психологические аспекты зависимости. Айвазова А. Е. 2003
3. Мертёхин Артём Александрович Характеристика интернет-зависимости // Северо-Кавказский психологический вестник. 2012. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-internet-zavisimosti> (дата обращения: 09.05.2024).
4. Грищенко Я.Э. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ // Academy. 2022. №2 (73). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sotsialnyh-setey-na-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni-sredi-studentov> (дата обращения: 09.05.2024).

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СТРАХА СМЕРТИ ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ВРАЧЕЙ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ СТРАХА СМЕРТИ

Чуканов Д.В., Яковлева Н.В.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Рязань, Россия**

Актуальность. Здоровьесберегающая деятельность является одним из ключевых аспектов в поддержании и укреплении здоровья населения. Исследования в этой области имеют высокую актуальность, учитывая увеличивающееся число хронических заболеваний, связанных с неправильным образом жизни, включающим в себя недостаточную физическую активность, неполноценное питание, употребление вредных веществ и стрессы.

Проведение исследований в области здоровьесберегающей деятельности позволяет выявить наиболее эффективные методы профилактики заболеваний и позволяет разработать программы по повышению уровня осведомленности о здоровом образе жизни.

Следует отметить, что на качество здоровьесберегающей деятельности существенное влияние оказывает эмоциональное состояние субъекта, в том числе его тревоги и страхи. Среди страхов базовым является страх смерти. Смерть является неизбежной конечностью человеческой жизни, и страх перед ней является естественным аспектом психологического состояния человека. Изучение страха смерти имеет решающее значение для понимания психологических механизмов, лежащих в основе человеческого поведения и мотивации. Понимание страха смерти и его влияния на психологическое состояние человека способствует разработке более эффективных методов работы со страхами и тревогами, а также способствует улучшению качества жизни. По мнению Д.А. Леонтьева, столкновение со смертью - наиболее важный контекст осмысления жизни, а следовательно, и процессов здоровьесбережения.

В этом контексте особый интерес представляют медицинские работники. С одной стороны, в силу специфики профессии, они занимаются сохранением и укреплением здоровья пациентов, но и чаще многих других сталкиваются со смертью. Этот опыт «борьбы за жизнь», несомненно, влияет на здоровьесберегающую деятельность самих врачей, формируя особое отношение к смерти, в некоторых случаях - выраженный страх смерти.

Исследование влияния страха смерти на здоровьесберегающую деятельность врачей является актуальной задачей, поскольку может оказывать существенное влияние на качество медицинской помощи, эмоциональное состояние и профессиональное выгорание практикующих медиков. Понимание и анализ этого вопроса позволит разработать эффективные методы повышения показателей здоровьесберегающей деятельности у врачей и повысить их профессиональную компетенцию, что в свою очередь способствует улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Цель исследования: выявить отличительные особенности здоровьесберегающей деятельности врачей с высоким уровнем страха смерти по сравнению со здоровьесберегающей деятельностью врачей со средним уровнем страха смерти.

Гипотеза: здоровьесберегающая деятельность врачей с высоким уровнем страха смерти имеет отличительные особенности по сравнению со здоровьесберегающей деятельностью врачей со средним уровнем страха смерти.

Материалы и методы: использовался организационный метод поперечных срезов, эмпирические психодиагностические методы (опрос и тестирование), метод количественного анализа обработки данных. Были использованы следующие психодиагностические методики: опросник «Исследование здоровьесберегающей

деятельности» Н.В. Яковлевой, В.В. Яковлева, направленный на изучение особенностей здоровьесбережения; Профиль установок по отношению к смерти, DAP-R. Мы получили таким образом данные по 11 шкалам методик. Статистическая обработка осуществлялась посредством программы IBM SPSS Statistics с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

В исследовании приняло участие 64 врача. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Городская клиническая больница №5», ГБУ РО «Областная клиническая больница» и ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

Критерием для выделения групп являлся показатель по шкале «страх смерти» методики «Профиль установок по отношению к смерти». Средним показателем по шкале страха смерти является диапазон от 2 до 4,2. Высоким показателем по шкале страха смерти является диапазон от 4,3 до 7.

Экспериментальную группу составили 36 врачей из отделений для больных с ОМНК, неврологии, ревматологии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, реанимации и интенсивной терапии, гнойной хирургии, терапии, гинекологии, интенсивной терапии. В возрасте от 28 до 61 лет, условно здоровы. Средний возраст – 41,2 год. Средний показатель по шкале «страх смерти» - 4,9.

Контрольную группу составили 28 врачей из отделений для больных с ОМНК, неврологии, ревматологии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, реанимации и интенсивной терапии, гнойной хирургии, терапии, гинекологии, интенсивной терапии. В возрасте от 25 до 60 лет, условно здоровы. Средний возраст – 43,1 года. Средний показатель по шкале «страх смерти» - 3,1.

Статистический анализ показал отсутствие значимых отличий групп по половозрастному составу.

Результаты: по результатам статистического анализа полученных данных мы установили, что экспериментальная и контрольная группа имеют статистически значимые отличия по 3 измеряемым показателям шкал: мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности, самооценка уровня здоровья, приближающее принятие.

При этом, следует отметить, что значение среднего ранга выше в экспериментальной группе по показателю шкалы приближающего принятия. То есть, врачи, с высоким уровнем страха смерти, более склонны верить в счастливую «послежизнь», при которой смерть является просто переходом в другую жизнь. Это может быть элементом снижения тревоги при страхе смерти, некой защитной реакцией человека, который в противном случае не смог бы найти оправдание многим своим поступкам, что подтверждается метаанализом Jong J. (Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J., 2018).

В контрольной группе значение среднего ранга выше по показателям мотивационно-ценностной сферы здоровьесберегающей деятельности и самооценки уровня здоровья.

То есть врачи с высоким уровнем страха смерти ниже оценивают свой уровень здоровья, чем врачи со средним уровнем страха смерти. Следует отметить, что нами не были найдены исследования, которые говорили бы о уровне здоровья среди врачей, в зависимости от уровня страха смерти. Однако мы предполагаем, что показатели здоровья в группах не отличаются, а различия связаны именно с оцениванием своего уровня здоровья.

Также врачи с высоким уровнем страха смерти имеют менее развитые по сравнению с врачами со средним уровнем страха смерти мотивы, потребности, интересы, идеалы, мотивационные установки и диспозиции, детерминирующие в совокупности сознательное регулирование человеком состояния здоровья (Карпов А. В., Яковлева Н. В., 2014). По нашему мнению, это может быть связано с избеганием темы здоровья и сбережения здоровья. Страх смерти может вторично вызывать страх перед темой здоровья и здоровьесбережения. В этом плане, более низкий уровень мотивационно-ценностной сферы здоровьесберегающей деятельности у врачей с высоким уровнем страха смерти по сравнению с врачами со средним уровнем страха смерти является следствием избегания темы собственного

здоровьесбережения. Наши данные, полученные на выборке врачей, подтверждаются исследованиями Т.А. Богдановой и С.О. Перминовой (2013), которые рассматривали контексты столкновения со смертью людей разных профессий (врачи, пожарные, военные).

Выводы: отношение к смерти - сложный экзистенциальный вопрос бытия, который позволяет осознанно относиться к жизни и вопросам здоровьесбережения.

Врачи, в силу своей профессиональной деятельности, определенным образом подготовлены к восприятию смерти. Тем не менее, выраженный страх смерти достаточно широко представлен в профессиональной выборке. Наличие выраженного страха смерти значительно влияет на процессы собственного здоровьесбережения врача, особенно в области оценки своего состояния и мотивации здоровьесбережения.

Результаты данной работы могут являться основой для дальнейших исследований профессионального здоровья врача и анализа психологических источников помощи при формировании программ коррекции здоровьесберегающего поведения.

Список литературы

1. Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S. H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2018). The religious correlates of death anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior*, 8(1), 4–20.
2. Карпов А. В., Яковлева Н. В. Исследование мотивации здоровьесбережения как подсистемы витальной метакомпетентности личности // Известия ДГПУ. Психолого-педагогические науки. 2014. №1 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-motivatsii-zdoroviesberezeniya-kak-subsistemy-vitalnoy-metakompetentnosti-lichnosti> (дата обращения: 16.04.2024).
3. Яковлева Н.В. Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта / Н.В. Яковлева, В.В. Яковлев. – Рязань: РИО РязГМУ, 2014. –24
4. Гришина Н. В. Экзистенциальные проблемы человека как жизненный вызов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2011. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekzistentsialnye-problemy-cheloveka-kak-zhiznennyy-vyzov> (дата обращения: 17.04.2024).
5. Мухрыгина О. И. К проблеме диагностики саморегуляции психических состояний личности в экзистенциальном контексте // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2010. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-diagnostiki-samoregulyatsii-psiicheskikh-sostoyaniy-lichnosti-v-ekzistentsialnom-kontekste> (дата обращения: 17.04.2024).
6. Богданова Т. А., Перминова С. О. Экзистенциальная проблема столкновения со смертью и особенности ее преодоления // Психология. Психофизиология. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekzistentsialnaya-problema-stolknoveniya-so-smertyu-i-osobennosti-ee-preodoleniya> (дата обращения: 17.04.2024).

ДИАГНОСТИКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Шелоумова О.С.

**ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»,
Москва, Россия**

Одной из важнейших задач в работе медицинского психолога фтизиатрического стационара является оценка факторов риска психологической дезадаптации детей с туберкулезом органов дыхания (ТОД) в стрессовой ситуации госпитализации. Впервые неблагоприятные последствия госпитализации для детей были описаны австро-американским психоаналитиком и психиатром Рене Шпицем, дифференцировавшим у младенцев состояние частичной депривации, при которой ребенок, ранее имевший контакт с любящей матерью, лишался его на срок от трех до пяти месяцев при ограничении контактов с другими людьми, названное им «анаклитической депрессией», и состояние полной депривации при более длительной разлуке с матерью, когда при этом не возникали другие объектные отношения, названное «госпитализмом» [15; 16]. Фильм «Psychogenic Disease in Infancy», снятый Шпицем в 1952 году при обследовании депривированных детей в больницах и домах малютки, демонстрирует катастрофические и необратимые последствия депривационных условий, имевшие место в первый год жизни ребенка, для его психосоматического развития, приводящие в крайних случаях к смерти ребенка.

Дальнейшие исследования показали, что эмоциональные реакции детей на болезнь и госпитализацию обусловлены не только неблагоприятным влиянием материнской депривации, но и множеством других факторов, среди которых можно выделить тип и величину стресса или напряженности, вызванных болезнью и медицинскими процедурами, возраст ребенка, уровень развития, его адаптационные возможности и способность справляться со страхами и волнениями, связанными с болезнью, отношением и реакцией родителей на болезнь и госпитализацию ребенка, отношением персонала больницы, а также условиями больницы и т.д. [13].

На протяжении всего периода изучения стрессогенного воздействия болезни и госпитализации на детей, в фокусе внимания исследователей оставалась сфера фтизиатрии, поскольку длительное стационарное лечение туберкулеза, достигавшее двух лет и более, дети в большинстве случаев проходили без сопровождения родителя [10; 14]. В настоящее время стрессогенность госпитализации при туберкулезе органов дыхания (ТОД) у детей продолжает оставаться актуальной проблемой. Показано, что разлука с родителем или опекуном при длительном стационарном лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, требующимся для обеспечения соблюдения сложных схем химиотерапии, приводит к возникновению у детей 0–5 лет таких симптомов дистресса, как плач, агрессивное поведение, гиперактивность, замкнутость [12]. У детей более старшего возраста с ТОД наряду с симптомами психоэмоциональных нарушений отмечаются трудности в принятии диагноза, беспокойство по поводу своего будущего, негативная самооценка [18]. Значимыми стрессогенными факторами при госпитализации пациентов данной возрастной категории является невозможность видеться с прежними друзьями, заниматься спортом и теми видами хобби, которые не могут быть продолжены в условиях стационара [4].

Стрессогенность болезни и госпитализации обуславливает необходимость раннего выявления факторов риска психологической дезадаптации детей с ТОД для формирования индивидуализированной траектории психологического сопровождения на этапе стационарного лечения. В рамках когнитивных концепций психической травмы, восходящих к теории стресса Р. Лазаруса и работам А. Бека, в качестве значимого фактора дезадаптации выделяются когнитивные схемы как структуры, посредством которых осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, а также организуется его опыт и поведение.

Отмечается, что нарушения нормального функционирования индивида связаны с «когнитивной уязвимостью», обусловленной имеющимися у него схемами [2].

Дальнейшее развитие концепция схемы получила в работах американского психотерапевта Джеффри Янга в русле основанного им схема-терапевтического подхода в психотерапии [1]. В то время как в модели Бека схемы были широкими и мало специфичными, таксономия ранних дезадаптивных схем (РДС) Янга основывалась на различиях в когнитивном содержании схем [2; 5; 6]. РДС представляют собой устойчивые структуры, сформированные в детстве в результате недостаточного удовлетворения важных эмоциональных потребностей ребенка и/или психотравматического опыта, включающие ряд компонентов: когниции (убеждения, мысли, жизненные правила), эмоции, телесные ощущения, воспоминания. Активируясь определенной ситуацией, имеющей какое-либо сходство с аспектами предыдущих негативных переживаний, РДС вызывают сильные негативные эмоции, такие как горе, стыд, страх или ярость [1; 5].

Результаты исследований демонстрируют значимую корреляцию РДС с симптомами психоэмоциональных нарушений у детей и подростков. В частности, выявлена роль РДС в возникновении симптомов депрессии, социальной тревоги, расстройств пищевого поведения и ряда других расстройств [6; 7; 8; 9; 11]. Имеются данные о связи РДС с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями совладания со стрессом у взрослых пациентов с ТОД [3].

Целью исследования стало изучение взаимосвязи РДС с симптомами психоэмоциональных нарушений и проблемами психосоциальной адаптации у детей с ТОД при поступлении в стационар. Выборку составили 28 пациентов с ТОД в возрасте 8 – 12 лет ($10,39 \pm 1,7$), поступивших на стационарное лечение, из них 15 (53,57%) девочек и 13 (46,43%) мальчиков. Для определения депрессии использовался Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак. Оценка психосоциальной адаптации детей осуществлялась с помощью Опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)». Тревожность выявлялась с помощью Шкалы явной тревожности для детей (CMAS). Для определения РДС использовался Дюссельдорфский иллюстрированный опросник схем у детей (DISC) в адаптации Е.В. Романовой и М.В. Галимзяновой [11].

По результатам проведенного исследования была выявлена значимая положительная корреляционная связь общего балла выраженности РДС с симптомами психоэмоциональных нарушений и проблемами психосоциальной адаптации: тревожностью ($r = 0,568$, $p=0,01$), негативным настроением ($r = 0,724$, $p=0,01$), межличностными проблемами ($r = 0,696$, $p=0,01$), ангедонией ($r = 0,552$, $p=0,01$), общим показателем депрессии ($r = 0,741$, $p=0,01$), проблемами взаимоотношений со сверстниками ($r = 0,451$, $p=0,05$).

Полученные данные соотносятся с результатами предыдущих исследований, подтвердивших прогностическую валидность DISC для поведенческих проблем [11], а также дополняют их, указывая на взаимосвязь выраженности РДС с уровнем тревожности и депрессии. Диагностика РДС при поступлении в стационар дает возможность не только выявлять пациентов, относящихся к группе риска по психологической дезадаптации, но и определять мишени психокоррекции на основании анализа выявленных РДС.

Список литературы

1. Васильева А.В. Психотерапия: национальное руководство / под ред. А.В. Васильевой А.В., Караваевой Т.А., Незнанова Н.Г. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. 992 с.
2. Падун М.А. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика / М. А. Падун А. В. Котельникова; Российская акад. наук, Ин-т психологии. – М.: Ин-т психологии РАН, 2012. 204 с.
3. Стрельцов В.В., Харитонов Н.Ю., Баранова Г.В. Психопатологический статус болеющих туберкулезом органов дыхания в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2022. № 3. С. 44 – 53

4. Шелюмова О.С., Золотова Н.В. Факторы негативных переживаний у детей с туберкулезом органов дыхания, находящихся на стационарном лечении // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 2. С. 92–108.
5. Янг, Дж., Клоско, Дж., Вайсхаар, М. Схема-терапия. Практическое руководство: Пер. с англ. СПб. – ООО «Диалектика», 2020.
6. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? // Clin. Psychol. Psychother. 2010. Vol. 17. No. 5. P. 374–385.
7. Calvete E., Orue I., Hankin B.L. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts // J. Anxiety Disord. 2013. Vol. 27 (3). Pp. 278–288.
8. Calvete E., Orue I., Hankin B.L. Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescents // Journal of Abnormal Child Psychology. 2013. Vol. 41. Pp. 399–410.
9. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment // Eat Behav. 2015. Vol. 16. Pp. 64–71.
10. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. J. Pediatr. Nurs. 2009. Vol. 24, No. 2. Pp. 164–170.
11. Loose C., Meyer F., Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC) // Psciol. Reflex Crit. 2018. V. 31, No. 7.
12. Meyerson K.A., Hoddinott G., Garcia-Prats A.J., et al. Caregiver-child separation during tuberculosis hospitalisation: a qualitative study in South Africa // S. Afr. J. Psychol. 2021. V. 51. № 3. P. 409–421.
13. Nagera, H. Children's reactions to hospitalization and illness. Child Psych. Hum. Dev. 1978. No. 9, 3–19.
14. Prugh D. G., Staub, E. M., Sands, H. H., Kirschbaum, R. M., Lenihan, E. A. A study of the emotional reactions of children and families to hospitalisation and illness // American Journal of Orthopsychiatry. 1953. Vol. 23. Pp. 70–106.
15. Spitz R. A. Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 1945. 1, P. 53–74
16. Spitz R. A., Wolf, K. M. Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 1946. P. 313–342.
17. Van Vlierberghe L., Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth // Cognitive Therapy and Research. 2010. Vol. 34 (4). 316–332.
18. Zvonareva O., Witte S., Kabanets N., et al. Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing // PLoS One. 2021. V. 16.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИИ ПО СИСТЕМЕ FAST TRACK

Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Провоторова Ю.Д., Шеремет А.А., Зубарев Е.И., Шматов Д.В., Каменских М.С., Ефремов С.М.

Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Нарушения ритма сердца в настоящее время во всем мире представляют большую медицинскую и социальную проблему. По данным С.И. Гетман (2018), ежегодно в России от аритмии умирают более 100 тыс. человек. Одним из эффективных способов лечения аритмии, как и других сердечно-сосудистых заболеваний, является хирургическое лечение, обеспечивающее значительное улучшение состояния больного (Бокерия с соавт., 2010). Однако во многих случаях кардиохирургические вмешательства требуют длительного нахождения пациента в стационаре, что, как и само оперативное лечение, представляет для пациента специфическую стрессогенную ситуацию, связанную с неопределенностью, тревогой, физическим и психологическим дискомфортом (Трифонова с соавт., 2014). Одновременно ряд авторов отмечает недостаточную изученность психологического статуса пациентов, находящихся в ожидании хирургического лечения (Salzmann et al., 2020), а также недостаточную изученность влияния этого состояния на периоперационный период (Svensson et al., 2016). То же относится к изучению восприятия и ожиданий пациентов в отношении болезни и лечения, роль которых в кратко- и долгосрочных исходах кардиохирургического вмешательства показана лишь в отдельных работах (Шиндриков Р.Ю., 2019; Kube et al., 2020; Salzmann et al., 2020). Еще больший дефицит психологических данных сопровождает современный высокотехнологичный метод лечения кардиологических больных – метод радиочастотной абляции (РЧА), реализуемой по системе fast track, доказавший свою эффективность для большого числа пациентов (MacLeod et al., 2022). Очевидно, что применение технологии РЧА по системе fast track (в среднем 4–5 дней) также требует изучения предоперационного психологического статуса больных для обоснованной и целенаправленной психологической подготовки пациента к операции.

Цель исследования – изучить основные клиничко-психологические характеристики пациентов с нарушениями ритма сердца в период подготовки к радиочастотной абляции по программе fast track.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета после одобрения проекта локальной этической комиссией клиники. Исследовано 77 пациентов, отвечающих критериям включения: 1) пациенты с нарушениями ритма сердца в период подготовки к радиочастотной абляции (РЧА) по программе fast track; 2) возраст – 18 лет и старше; 3) информированное согласие на участие в психологическом исследовании; 4) отсутствие когнитивного дефицита, препятствующего пониманию вопросов психологических тестов.

Основные социально-демографические характеристики. Средний возраст исследованных пациентов составил $57,09 \pm 13,60$ лет (возрастной диапазон – от 21 до 77 лет; 51,95% составляют лица старше 60 лет). Среди всех пациентов – мужчин 34 чел. (44,2%). В группе преобладают лица со средним образованием (62,0%); высшее и неоконченное высшее образование имеют 38,0% больных. На момент госпитализации 42,9% пациентов постоянно работали, 6,5% не имели работы и не находились на пенсии, 7,8% находились на пенсии, но работали, 41,6% – на пенсии. По своему семейному статусу пациенты распределились следующим образом: не состоят в браке – 10,4%; состоят в официальном браке (имеют собственную семью) – 68,8%; разведены – 10,4%; вдовствуют – 9,1% пациентов (только женщины). 85,7% пациентов имеют собственных детей разного возраста. Почти половина пациентов (44,2%) имеет на попечении малолетних детей, пожилых родственников или инвалидов. Большинство пациентов (66,2%) проживает с собственной семьей, в

одиночестве живут 26,0% больных. Местом проживания подавляющего большинства пациентов (77,9%) является город или ближайший пригород.

Основные клинические характеристики. Наиболее часто встречающимся видом нарушений ритма сердца в исследованной группе пациентов является фибрилляция предсердий – 62,3%; пароксизмальная форма аритмии (50,6%) встречалась более, чем в 2 раза чаще, чем персистирующая форма (22,1%); при средней длительности заболевания $5,92 \pm 0,58$ лет, среди пациентов наиболее часто встречались те, кто болеют более 6 лет (37,7%) и от 1 года до 3 лет (32,5%). При изучении характера и частоты встречаемости коморбидной патологии выявлено, что 64 пациентов (83,1%) имеют другие сердечно-сосудистые заболевания, при этом частота встречаемости гипертонической болезни составила 80,5%. У 65 пациентов (84,4%) выявлена также сопутствующая патология эндокринной, желудочно-кишечной, мочеполовой, дыхательной и др. систем организма.

Методы исследования. Использовался психодиагностический комплекс, включающий структурированное клинико-психологическое интервью и два психометрических метода – 1) валидизированная русскоязычная версия опросника DASS-21 – «Шкала депрессии, тревоги и стресса» – инструмент для оценки депрессии, тревоги и стресса как трех коморбидных состояний в структуре психологического дистресса (Золотарева, 2021); 2) КОББ – «Краткий опросник восприятия болезни» – инструмент для оценки восприятия болезни, под которым понимаются когнитивные и эмоциональные представления пациентов о симптомах болезни, ее прогнозе, влиянии на жизнь; эти представления объединены в 2 фактора: «Восприятие угрозы болезни для жизни» и «Воспринимаемая контролируемость болезни и лечения» (Ялтонский с соавт., 2017). Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel XP. Получены таблицы распределения частот градаций номинативных признаков. С помощью одновыборочного Т-критерия определялись различия между психодиагностическими показателями пациентов и нормативными тестовыми показателями.

Результаты. *Эмоциональное состояние.* Изучение эмоционального состояния в период подготовки к РЧА по программе fast track (за 1 день до операции) осуществлялось с помощью методики DASS-21. Выявлено, что в структуре эмоционального состояния перед операцией доминирует состояние тревоги, выраженное в той или иной степени (от умеренной до очень высокой) более чем у половины пациентов (44 чел., 57,9%), в то время как признаки подавленности (депрессии) объективированы у 14 чел. (18,4%), стресса – у 26 чел. (34,2%). Наибольшая разница между выраженностью отдельных негативных эмоциональных состояний, измеряемых методикой DASS-21, отмечается на уровне очень высоких значений. Так, очень высокий уровень депрессии не был выявлен ни у одного пациента, стресса – у 1 пациента, в то время как очень высокий уровень тревоги накануне хирургического вмешательства выявлен у 14 чел.

При сравнении средних шкальных показателей методики DASS-21, полученных в группе пациентов, с нормативными тестовыми данными (Золотарева, 2021), выявлены высоко статистически значимые различия по трем показателям из четырех, свидетельствующие о высоком уровне дистресса пациентов в период ожидания операции (Депрессия: $T = -1,196$, $p = 0,236$; Тревога: $T = 6,050$, $p = 0,000$; Стресс: $T = 3,808$, $p = 0,000$; Общий показатель: $T = 3,415$, $p = 0,001$). Результаты сравнительного исследования показывают, что для лиц с нарушением ритма сердца в период ожидания операции в значительно большей степени характерно субъективное переживание тревоги (общего психического напряжения, эмоционального дискомфорта, неясных опасений, нефабулированного страха), чем подавленности, пессимизма, чувства вины (депрессии); что подтверждают данные Н.В. Погосовой с соавторами (2021), согласно которым у пациентов с фибрилляцией предсердий частота встречаемости симптомов депрессии существенно ниже, чем симптомов тревоги. Это открывает перспективы для целенаправленной психологической подготовки пациентов к операции, так как очерчивает ее основную мишень – предоперационную тревогу.

Восприятие болезни. Для изучения различных аспектов восприятия болезни использована методика КОВБ (Ялтонский с соавт., 2017). Анализ результатов показал, что наибольшую оценку имеет показатель шкалы «Обеспокоенность болезнью» ($M=8,01$, $\sigma=2,23$, при максимальной оценке 10 баллов), отражающий высокую степень соответствующего эмоционального переживания у пациентов с нарушениями ритма сердца. Важным результатом является высокая средняя оценка шкалы «Понятность болезни» ($M=7,87$, $\sigma=2,34$) при минимальном среднем значении шкалы «Личный контроль» ($M=6,04$, $\sigma=2,58$), отражающей уверенность пациента в своей возможности влиять на течение болезни. Выявлено также, что средняя оценка шкал, входящих в фактор «Восприятие угрозы болезни для жизни» составляет 7,01 баллов, а средняя оценка шкал, входящих в фактор «Воспринимаемая контролируемость болезни и лечения», составляет 7,12 баллов. Полученные результаты показывают, что исследованные пациенты с нарушением ритма сердца практически одинаково высоко оценивают и угрозу, и контролируемость болезни; причем в факторе «Воспринимаемая контролируемость болезни и лечения» шкальные оценки распределились неравномерно: понятность болезни и вера в лечение имеют более высокие оценки, чем оценка своей возможности контролировать заболевание.

Выводы

1. Уровень тревоги и стресса у пациентов с нарушениями ритма сердца в период, непосредственно предшествующий операции РЧА, существенно выше нормативных показателей, в то время как уровень депрессии не отличается от средне-популяционного уровня. Симптомы тревоги, выраженные от умеренной до очень высокой степени, выявлены более чем у половины пациентов (57,9%), признаки подавленности (депрессии) объективированы у 18,4%, стресса – у 34,2%.

2. Результаты изучения восприятия болезни показали, что наибольшие значения имеют оценки шкал «Обеспокоенность болезнью» и «Понятность болезни» методики КОВБ, наименьшее значение – оценки шкал «Личный контроль» (болезни) и «Течение болезни» (прогноз): в группе пациентов с нарушением ритма сердца понятность болезни и вера в лечение преобладают над оценкой своей возможности контролировать заболевание.

3. При подготовке пациентов с нарушением ритма сердца к оперативному вмешательству по системе fast track основными мишенями психологической работы должны стать состояние тревоги и экстернальный характер отношения к болезни и лечению.

Список литературы

1. Kube, T. Patients' pre- and postoperative expectations as predictors of clinical outcomes six months after cardiac surgery / T. Kube, J. Meyer, P. Grieshaber, R. Moosdorf, A. Böning, W. Rief // *Psychology, health & medicine*. – 2020. – Vol. 25, № 7. – P. 781–792. – <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1659986>

2. MacLeod, J. B. Fast tracking in cardiac surgery: is it safe? / J. B. MacLeod, K. D'Souza, C. Aguiar, C. D. Brown, Z. Pozeg, C. White, R. C. Arora, J. F. Légaré, A. Hassan // *Journal of cardiothoracic surgery*. – 2022. – Vol. 17, № 1. – P. 69. – <https://doi.org/10.1186/s13019-022-01815-9>

3. Salzmann, S. Psychological Preparation for Cardiac Surgery / S. Salzmann, M. Salzmann-Djufri, M. Wilhelm, F. Euteneuer // *Current cardiology reports*. – 2020. – Vol. 22, № 12. – P. 172. – <https://doi.org/10.1007/s11886-020-01424-9>

4. Svensson, M. Patients' experience of mood while waiting for day surgery / M. Svensson, U. Nilsson, M. Svantesson // *Journal of clinical nursing*. – 2016. – Vol. 25, № 17–18. – P. 2600–2608. – <https://doi.org/10.1111/jocn.13304>

5. Бокерия, Л. А. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова, И. Н. Ступаков // *Здравоохранение РФ*. – 2010. – № 6. – С. 15–23.

6. Гетман, С. И. Распространенность нарушений ритма сердца и проводимости среди обратившихся за медицинской помощью к кардиологу на амбулаторном этапе / С. И. Гетман // *Кардиология*. – 2018. – Т. 58, № 6. – С. 20–28.

7. Золотарева, А. А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) / А. А. Золотарева // Психологический журнал. – 2021. – Т. 42, № 5. – С. 80–88.
8. Николаева, О. В. Основы персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов / О. В. Николаева, Т. А. Караваева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2021. – Т. 9, № 4 (35). – С. 339–354.
9. Погосова, Н. В. Восприятие болезни, психологический статус, качество жизни и приверженность к лечению у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших радиочастотную абляцию / Н. В. Погосова, В. А. Бадтиева, А. И. Овчинникова, О. Ю. Соколова // Кардиологический вестник. – 2021. – Т. 16, № 3. – С. 33–44.
10. Трифонова, Е. А. Роль отношения к болезни кардиологических пациентов, переживающих витальную угрозу, в формировании прогноза их психической адаптации в постгоспитальный период / Е. А. Трифонова, А. В. Чернорай, И. О. Чумакова // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 157–168. – DOI: 10.17759/psyedu.2014060414
11. Шиндриков, Р. Ю. Социально-психологические и поведенческие характеристики пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ожидающих трансплантацию сердца / Р. Ю. Шиндриков, О. Ю. Щелкова, Е. А. Демченко, Н. Е. Круглова // Психология. Психофизиология. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 44–54.
12. Ялтонский, В. М. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 51. – С. 1.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ИЗД ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Яковлева Н.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова, Рязань, Россия*

В современной психологии здоровья есть ряд понятий, которые описывают активность личности в управлении собственным здоровьем. Это внутренняя картина здоровья (Е.И. Первичко, И.М. Шишкова), поведение, связанное со здоровьем (Е.А. Рассказова, А.Ш. Тхостов), здоровьесберегающее поведение личности (Г.С. Никифоров), самосохранительное поведение (В.М. Медков). По мнению Ж. Огден активность личности в области здоровья чаще всего рассматривается в контексте когнитивно-бихевиорального подхода. В фундаментальной монографии К.Гланц «Здоровьесберегающее поведение и обучение здоровью: теория, исследования и практика» здоровьесберегающее поведение (health behavior) определяется как активность, нацеленная на формирование здоровых и элиминацию нездоровых поведенческих паттернов [1]. В зарубежной психологии здоровья создано множество моделей принятия решения, организации поведенческого паттерна, формирования устойчивой «здоровой» привычки и элиминации нежелательных поведенческих схем. Это работы по изучению моделей здоровья (health belief model), здорового стиля жизни (healthy lifestyle), здоровьесберегающего поведения (healthy behaviors). Все эти модели имеют концептуальный, объяснительный характер, отличаются оригинальностью подхода и разнообразием, но не позволяют перевести исследования в область прикладной психодиагностики. Отмечается явный дефицит исследований, в которых разработаны количественные критерии оценки здоровьесберегающей активности личности.

Одним из инструментов, способных решить проблему количественной оценки здоровьесбережения стал разработанный в Рязанском государственном медицинском университете опросник ИЗД (Исследование здоровьесберегающей деятельности). Тест основан на концепции здоровьесберегающей деятельности субъекта и базируется на деятельностном, системном и метасистемном методологическом подходе [8]. В рамках данного подхода здоровьесберегающая деятельность субъекта - целенаправленная активность человека, направленная на воспроизводство индивидуальных витальных ресурсов. Она представляет собой целый спектр процессов самоорганизации и саморазвития, направленных на поддержание, укрепление и развития витальных возможностей организма, которые в метасистемном подходе могут быть представлены как метапроцессы здоровьесбережения [5].

Опросник диагностирует индивидуальный уровень выраженности базовых метапроцессов здоровьесберегающей деятельности [8,9]. Методика включает 82 утверждения, которые оцениваются в диапазоне «Верно» - «Неверно». Ответы испытуемого позволяют оценить уровень выраженности каждого метапроцесса здоровьесбережения (отдельные шкалы) и здоровьесберегающей деятельности личности в целом (общий показатель). Шкалы опросника ИЗД:

1. Мотивационно-ценностная сферы здоровьесберегающей деятельности
1. Целеполагание в области здоровьесберегающей деятельности
2. Эталоны здоровья
3. Самооценка уровня здоровья
4. Поведенческие паттерны здорового образа жизни
5. Самоэффективность в области здоровьесбережения

База данных по опроснику ИЗД превышает 5 тысяч респондентов. Для каждой шкалы и для общего показателя рассчитаны интервалы низких, средних и высоких значений. Использование теста ИЗД дает возможность более полной, комплексной диагностики здоровьесбережения, не только структуры текущего состояния но и сформированности метапроцессов по управлению уровнем своего здоровья.

Для определения диапазона использования предлагаемой методики, сравним тест ИЗД с другими тестами, широко применяемыми в эмпирических исследованиях в

области психологии здоровья. Методика «Отношения к здоровью» Р.А. Березовской определяет выраженность 4 субшкал: когнитивной, эмоциональной, поведенческой и ценностно-мотивационной. Теоретический конструкт методики – психология отношений В.Н. Мясищева. Когнитивная субшкала позволяет оценить знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека и т. п. Эмоциональная субшкала выявляет особенности эмоционального отношения личности к изменениям состояния здоровья. Поведенческая субшкала определяет уровень приверженности здоровому образу жизни и последовательное воплощение здоровьесберегающего поведения в ситуации, когда это необходимо. Ценностно-мотивационная субшкала характеризует ранг ценности здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей респондентов [3].

Процедура заполнения методики Р.А.Березовской проста: методика представляет собой 10 вопросов с закрытыми вариантами ответов, которые оцениваются по семи-балльной шкале в континууме «важно-неважно». В целом, методика направлена на диагностику текущего «отношения к здоровью». Простота и оценочный характер методики Р.А.Березовской делает ее незаменимой в скрининговых исследованиях по смежной тематике, когда здоровьесбережение выступает одной из специфических характеристик предмета психологического изучения исследователя (возрастные, профессиональные особенности выборки и т.д.). Предлагаемая нами методика ИЗД углубляет психологические представления о здоровьесбережении личности, так как в ней содержится анализ не только общего уровня отношения к здоровью, механизмов здоровьесбережения. А шкалы ИЗД соотносятся не с психологической структурой отношения, но деятельности.

Еще один достаточно популярный тест для исследования здоровьесбережения - опросник «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо и В.А. Ясвина. Тест создан по принципу шкалы Лайкерта. Он представляет собой 24 пары противоположных полюсов, задающих поле, в котором респондент должен определить свое мнение. Тест «Индекс отношения к здоровью» включает 4 шкалы: эмоциональную, когнитивную, практическую и поступочную. Эмоциональная шкала (Э) направлена на выявление эмоционального отношения к своему состоянию здоровья. С.Д.Дерябо и В.А.Ясвин трактуют ее как уровень эстетического и этического наслаждения от здорового организма. Когнитивная шкала (К) определяет заинтересованность личности в вопросах здорового образа жизни, в особой «информационной сензитивности» к теме здоровьесбережения. Практическая шкала (П) направлена на диагностику и стремления к здоровьесбережению в реальной практической деятельности. Поступочная шкала (Пс) направлена на диагностику изменений в поведенческих паттернах личности, обусловленных отношением к здоровью, проявляющихся в особой здоровьесберегающей активности личности.

Методика «Индекс отношения к здоровью» Дерябо-Ясвина диагностирует не только отношение но и меру его интенсивности, что трактуется авторами как степень влияния этого отношения на повседневное поведение личности. При низкой степени интенсивности декларация важности здоровья не подтверждается действиями для его сохранения и развития. При высокой степени – напротив, высокая ценность здоровья регламентирует повседневное поведение и выборы личности. На наш взгляд, в данной методике уже содержится попытка оценить не только статические, но и динамические аспекты здоровьесбережения [4]. Но концептуальный конструкт методики – отношение – не позволяет авторам оценить поведенческие проявления психологической системы здоровья в достаточной мере. Такие же ограничения имеет интерпретация результатов методики Д.Сириес и В. Гавидии «Индивидуальная концепция здоровья». методика предполагает диагностику индивидуальных представлений личности о природе здоровья и его причинах в континууме «изначальная данность - результат усилий» [3].

Интересным, но мало используемым в России инструментом диагностики здоровьесбережения является тест Ючиньского. Опросник представляет собой 24 вопроса, ответы на которые позволяют определить выраженность 4 шкал: навыки рационального питания, профилактические знания, позитивный психологический

настрой и практическое применение профилактических знаний [7]. Этот тест расширяет представление о реализуемых личностью поведенческих паттернов здорового образа жизни и расширяет представления об исполнительском компоненте здоровьесбережения личности. Таким образом, методика ИЗД не заменяет существующие инструменты психодиагностики психологической системы здоровья, но значительно расширяет их.

Паспорт методики процедуры ее стандартизации, валидизации и нормирования представлены в ряде работ 2014-2024 гг.

В ходе психометрических процедур были проведены межгрупповые сравнения по демографическим, медицинским, психологическим и социальным характеристикам. Были обнаружены различия в изучаемых метапроцессах здоровьесбережения и общем уровне выраженности здоровьесберегающей деятельности, обусловленные возрастом и полом, профессиональной деятельностью респондентов. Степень влияния упомянутых факторов на показатели шкал опросников оказалась незначительной. Сделан вывод о том, что измеряемые свойства неспецифичны и универсальны относительно их диагностики. Полученные на выборке более двух тысяч респондентов тестовые нормы позволяют соотносить результаты исследований, выполненных на различных группах испытуемых по состоянию здоровья и личностным характеристикам. Тест ИЗД является эффективным инструментом и хорошо вписывается в дизайн современных психологических исследований здоровья [2,6,8]. Применение в качестве инструмента исследования опросника ИЗД позитивно зарекомендовало себя в эмпирических исследованиях. В статистической обработке шкалы ИЗД хорошо коррелируют с разными характеристиками личности, формируя развернутую картину психологической системы здоровьесбережения.

В целом, психодиагностический инструментарий исследования здоровьесбережения достаточно ограничен. Надеемся, что подробное описание и анализ возможностей представленных психодиагностических инструментов будет полезен для формирования дизайна психологического исследования будущих авторов работ по психологии здоровья.

Список литературы

1. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed.). Jossey-Bass.
2. Баранова А.В., Яковлева Н.В. Возможные Я и особенности саморегуляции в контексте субъективного восприятия времени // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020 Т. 8, №3(30). С. 327-337. Доступно по: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=446>. Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi:10.23888/humJ20203327-337
3. Березовская Р.А. Отношение к здоровью // Психология здоровья / Р.А. Березовская, Г.С. Никифоров; под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 2003. – С. 275–291.
4. Дерябо С.Д. Как вы к себе относитесь. Психологический тест // Здоровье детей. – № 1. – 2010. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://zdd.1september.ru/view_article.php?id=201000108 (дата обращения: 24.02.2018).
5. Карпов А.В., Яковлева Н.В. Новый подход к исследованию здоровьесберегающей деятельности личности // Человек и его здоровье. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novyy-podhod-k-issledovaniyu-zdoroviesberegayuschey-deyatelnosti-lichnosti> (дата обращения: 10.04.2024).
6. Маликова Л.А., Яковлева Н.В. Модель здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов с травмами // Материалы Первой международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований». 18-19 ноября 2020. – С.709-711.
7. Шишкова И.М. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Научная специальность: 19.00.04 – Медицинская психология ДИССЕРТАЦИЯ на соискание ученой степени кандидата психологических наук.-СПГМУ, 2021

8. Яковлева Н. В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С.202–214. doi:10.17759/exppsy.2015080317

9. Яковлева Н.В., Яковлев В.В. Методики психологического исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. №2 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodiki-psihologicheskogo-issledovaniya-zdoroviesberegayuschey-deyatelnosti-subekta> (дата обращения: 10.04.2024).

СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН О СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И СТРАТЕГИИ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Абросимов И.Н., Крюкова Л.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Актуальность. По данным Росстата, за последние годы число женщин, страдающих от алкогольной зависимости, увеличилось. В конце 80-х годов прошлого века соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин по полу составляло 10:1, в конце 90-х — 6:1, а на данный момент гендерные различия еще сократились — 3:1. По данным Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков, алкогольная зависимость наблюдается у 2-3% женского населения, а 10% женщин регулярно употребляют алкоголь [1]

Зависимость женщин от алкоголя – заболевание более тяжелое, чем алкоголизм мужчин, она чаще рецидивирует и хуже лечится. Недостаток знаний о субъективных представлениях о синдроме зависимости у женщин, являющихся важными участниками лечебно-реабилитационного и профилактического процесса, предопределяет низкую эффективность психологической помощи. Субъективные представления о болезни, связанные с зависимостью от психоактивных веществ, очень слабо исследованы. Они привлекают все больший интерес и в силу своей важности являются имеют сильное влияние на показатели здоровья и создание вмешательств, корректирующих искажённые представления о зависимостях от психоактивных веществ.

Теоретической основой для расширения наших знаний о субъективных представлениях о болезни является модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г.Левентала. Люди создают собственные представления о болезни, которые определяют интерпретации информации о конкретной угрозе здоровью. Модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла Г.Левентала имеет следующие измерения:

1. Идентификация болезни - распознавание симптомов болезни, на основе которых пациентом высказываются предположения, касающиеся симптомов, ярлыка болезни или диагноза;

2. Причина болезни - представления личности о внешних или внутренних факторах, рассматриваемых в качестве источника, повода возникновения болезни (стресс, наследственность и т.д.).

3. Последствия болезни - представления личности об ожидаемых и переживаемых эффектах влияния болезни на биологическое, психологическое и социальное благополучие (потеря трудоспособности, подавление иммунитета и т.д.).

4. Длительность болезни (временная перспектива, временные ограничения) – представления индивида о сроках и типе течения болезненного состояния – хроническом, остром или рецидивирующем;

5. Контролируемость /излечимость болезни - представления субъекта о степени доступного контроля над течением и исходом болезни, возможности её излечения;

6. Понятность болезни-согласованность, связанность и непротиворечивость представлений о ней.

7. Озабоченность болезни - обеспокоенность наличием болезни и заботами, связанными с ней;

8. Эмоциональные ответы на болезнь- эмоциональное реагирование на болезнь (тревога, страх, печаль) [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования: определение параметров восприятия угрожающей жизни психической болезни и стратегий совладающего поведения женщин, зависимых от алкоголя.

Задачи исследования: на двух группах женщин, зависимых от алкоголя, с разным уровнем восприятия болезни как угрозы, провести сравнительное

исследование: 1) восприятия хронической психической болезни; 2) позитивных и негативных стратегий совладания с хронической психической болезнью.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 70 женщин, зависимых от алкоголя, в возрасте от 29 до 62 лет (средний возраст – $40,04 \pm 10,54$). Пациентки находились на стационарном лечении в Московском научно-практическом центре наркологии ДЗ Москвы (клинический филиал № 2). Психологическое обследование проводилось на 10-14 день после купирования абстинентного синдрома.

Методы исследования: клиничко-библиографический, эмпирический, статистический (пакет программ Microsoft Excel, SPSS 20). В исследовании применялись методики: 1) «Краткий опросник восприятия болезни» (КОВБ) (Broadbent E. и др. в адаптации Ялтонского В.М., Ялтонской А.В., Сирота и др., 2017) [2]. 2) Опросник «Жизнь с хронической болезнью» (GCQ) для измерения позитивных и негативных стратегий совладания с хроническим заболеванием (Persson, L.O., 2013; пилотажная версия Ялтонского В.М.). Статистический анализ данных был осуществлён с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты. Общая выборка женщин ($n=70$), зависимых от алкоголя, была разделена на две группы сравнения на основе критерия КОВБ «Общее восприятие болезни как угрозы». Группу 1 составили пациентки, воспринимающие зависимость от алкоголя как умеренную угрозу жизни и здоровью ($УВУ$ ($Me=36,97 \pm 7,43$) ($n=35$); группу 2 - пациентки, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни здоровью ($ВВУ$ ($Me=58,91 \pm 7,75$) ($n=35$)).

Сравнительное исследование субъективных представлений женщин о синдроме зависимости от алкоголя показало их выраженное различие в двух обследуемых группах. Больные, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью, определяют последствия своей болезни как тяжелые ($9,26 \pm 1,27$ балла; $P=0,000$), а течение болезни как хроническое ($7,26 \pm 3,62$; $p=0,000$). Женщины считают, что болезнь хорошо понятна им ($8,63 \pm 2,37$), успешно идентифицируют синдром зависимости от алкоголя по его симптомам ($8,17 \pm 2,05$; $p=0,000$) и представляют его как слабо контролируемый ими ($2,8 \pm 2,69$; $p=0,000$) и только частично излечимый благодаря проводимому лечению ($5,2 \pm 3,05$; $p=0,014$). Для них характерна выраженная озабоченность заболеванием ($8,94 \pm 1,99$; $p=0,001$) и выраженное эмоциональное реагирование на болезнь ($8,91 \pm 1,74$ балла; $P=0,000$).

Больные, воспринимающие свое заболевание как умеренно выраженную угрозу жизни и здоровью, определяют последствия своей болезни как умеренные ($5,94 \pm 3,23$ балла; $P=0,000$), а течение болезни как непродолжительное ($3,83 \pm 3,41$; $p=0,000$). Женщины считают, что болезнь хорошо понятна им ($8,17 \pm 2,95$), способны только частично идентифицировать синдром зависимости от алкоголя по его симптомам ($3,2 \pm 3,1$; $p=0,000$) и представляют его как умеренно контролируемый ими ($3,2 \pm 3,1$; $p=0,000$) и только частично излечимый благодаря проводимому лечению ($6,91 \pm 3,28$; $p=0,014$). Для них характерна умеренная озабоченность болезнью ($6,46 \pm 3,64$; $p=0,001$) и умеренное эмоциональное реагирование на болезнь ($8,91 \pm 1,74$ балла; $P=0,000$).

В группе женщин, воспринимающих болезнь как умеренную угрозу для жизни и здоровью, выявлено более интенсивное использование позитивной копинг-стратегии когнитивная переоценка ($72,00 \pm 14,71$; $p=0,000$) и достоверно более низкое применение таких стратегий совладания с хронической болезнью, как фатализм ($32,71 \pm 20,23$; $p=0,013$), протест ($33,71 \pm 25,99$; $p=0,004$) социальная изоляция ($34,74 \pm 23,78$; $p=0,042$), интрузия ($40,57 \pm 28,09$; $p=0,004$).

В группе женщин, воспринимающих болезнь как выраженную угрозу жизни и здоровью, выявлено более интенсивное использование таких негативных стратегий совладания с хронической болезнью, как фатализм ($47,14 \pm 23,37$; $p=0,013$), протест ($53,14 \pm 27,31$; $p=0,004$) социальная изоляция ($48,69 \pm 28,67$; $p=0,042$), интрузия ($61,14 \pm 27,68$; $p=0,004$). В данной группе показатель «Индекс негативного совладания с болезнью» был статистически достоверно выше ($46,19 \pm 17,17$; $p=0,006$), а «индекс позитивного совладания» статистически достоверно ниже ($57,55 \pm 12,86$; $p=0,009$) чем в группе женщин, воспринимающих синдром зависимости от алкоголя как умеренную

угрозу. Кроме того, следует отметить, что в двух обследуемых группах индекс позитивного совладания был выше, чем индекс негативного совладания с болезнью, что свидетельствует о недостаточной оценённости роли позитивных стратегий совладания в психологической адаптации к синдрому зависимости от алкоголя.

Выводы.

1. По результатам исследования выделено два дифференцированных типа субъективных представлений о синдроме зависимости от алкоголя: а) как умеренной угрозы для здоровья; б) как выраженной угрозы для здоровья.

2. Субъективные представления женщин о синдроме зависимости от алкоголя, воспринимающих свою болезнь как выраженную угрозу жизни и здоровью, характеризуются хроническим течением болезни, сопровождающейся тяжелыми последствиями, успешной идентификацией синдром зависимости от алкоголя по его симптомам и его выраженной понятностью для них. Для них характерны выраженные озабоченность болезнью и эмоциональное реагирование на болезнь. Они воспринимают синдром зависимости как слабо поддающийся их контролю и частично излечимый благодаря проводимому лечению.

3. Субъективные представления женщин о синдроме зависимости от алкоголя, воспринимающих свою болезнь как умеренно выраженную угрозу жизни и здоровью, характеризуются восприятием течения болезни как непродолжительной, сопровождающимся умеренными последствиями и ограниченной идентификацией синдрома зависимости от алкоголя по его симптомам. Болезнь воспринимается ими как хорошо понятная, умеренно контролируемая ими и частично излечимая благодаря проводимому лечению. Для их восприятия болезни характерна умеренные озабоченность эмоциональное реагирование на болезнь.

4. Восприятие женщинами синдрома зависимости как умеренную угрозы для жизни и здоровью, характеризуется более интенсивным использованием позитивной копинг стратегии когнитивная переоценка и более низким применением таких стратегий совладания с хронической болезнью как фатализм, протест, социальная изоляция и интрузия.

5. Для женщин, воспринимающих болезнь как выраженную угрозу жизни и здоровью, характерно более интенсивное использование негативных стратегий совладания с хронической болезнью «фатализм», «протест», социальная изоляция, интрузия. В данной группе показатель «Индекс негативного совладания с болезнью» был выше, а «индекс позитивного совладания» ниже чем в группе женщин, воспринимающих синдром зависимости от алкоголя как умеренную угрозу. Кроме того, следует отметить, что в двух обследуемых группах индекс позитивного совладания был выше, чем индекс негативного совладания с болезнью, что свидетельствует о недостаточной оценённости роли позитивных стратегий совладания в психологической адаптации к синдрому зависимости от алкоголя.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017. – 170с.
2. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования, 2017, 10(51), 1. <http://psystudy.ru> (27.04.2024).
3. Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>.
4. Martin S. Hagger & Sheina Orbell (2022) The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model, *Health Psychology Review*, 16:3, 347-377, DOI: 10.1080/17437199.2021.1878050.
5. McAndrew, L. M., Mora, P. A., Quigley, K. S., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2014). Using the common sense model of self-regulation to understand the

relationship between symptom reporting and trait negative affect. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 989–994. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9372-4>.

6. Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60–65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>

Содержание

1. ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Абакумова К.Н. (Курск, Россия) 3
2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Ламчева Е.И., Тимашков А.Ю. (Москва, Россия) 6
3. ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОГО ПРАКСИСА И ПРОСТРАНСТВЕННОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД
Акуленкова М.В., Вирлова А.П. (Курск, Россия) 12
4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБРАЗНОЙ РЕПЕТИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОШМАРНЫХ СНОВИДЕНИЙ
Баранов М.Л. Джангильдин Ю.Т. (Балашиха, Россия) 14
5. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ
Беккер Р.А., (Безр-Шева, Израиль) Быков Ю.В., Быкова А.Ю. (Ставрополь, Россия) 18
6. РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
Беккер Р.А., (Безр-Шева, Израиль) Быков Ю.В., Быкова А.Ю. (Ставрополь, Россия) 21
7. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И/ИЛИ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ КАК ВАЖНОГО ПРЕДИКТОРА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ
Беккер Р.А., (Безр-Шева, Израиль) Быков Ю.В., Быкова А.Ю. (Ставрополь, Россия) 24
8. ТРАДИЦИОННАЯ МАСКУЛИННОСТЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ ПРИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С АВТОРАМИ НАСИЛИЯ МУЖСКОГО ПОЛА
Благов И.А (Москва, Россия) 27
9. НАРУШЕНИЕ РАННЕЙ ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
Блюм А.И., Аксенова А.С. (Курск, Россия) 32
10. РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Блюм А.И., Беликова Д.О. (Курск, Россия) 35

11. **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА ИНТЕНСИВНОГО МАТЕРИНСТВА У МАТЕРИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У РЕБЕНКА**
Блюм А.И., Василенко Т.Д. (Курск, Россия) 38
12. **БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МАТЕРЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕОНАТАЛЬНОГО СТРЕССА У НОВОРОЖДЕННЫХ**
Блюм А.И., Есенкова Н.Ю., Солнцева О.М. (Курск, Россия) 41
13. **ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И СПОСОБНОСТИ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
Богушевская Ю.В., Ивченко А.И. (Курск, Россия) 44
14. **К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПИКТОГРАММЫ КАК МЕТОДА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**
Богушевская Ю.В., Стрекалова В.А. (Курск, Россия) 47
15. **РОЛЬ ПСИХОСОМАТИКИ В ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯХ**
Бурдакина И.А., Искусных А.Ю. (Воронеж, Россия) 50
16. **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ**
Василенко М.А. (Курск, Россия) 53
17. **ХРОНОТИПЫ СТУДЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПЕРВОГО КУРСА: КТО ОНИ – СОВЫ, АРИТМИКИ ИЛИ ЖАВОРОНКИ**
Вайель К.В. (Волгоград, Россия) 56
18. **СВЯЗЬ МЕЖДУ СТИЛЕМ ПРИВЯЗАННОСТИ, СЕПАРАЦИОННОЙ ТРЕВОГОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИЕЙ У СТУДЕНТОВ В СИТУАЦИИ СЕПАРАЦИИ**
Василенко Т.Д., Есенкова Н.Ю. (Курск, Россия) 59
19. **ДЕЗАДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА У ЛИЦ С НАРЦИССИЗМОМ**
Василенко Т.Д., Морозов А.А. (Курск, Россия) 63
20. **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**
Василенко Т.Д., Черкашина А.Е. (Курск, Россия) 66
21. **ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ В РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬЕ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ И ИХ УЧЕТ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ**
Васина А.Н., Скуйбеда А.А. (Москва, Россия) 69
22. **СТИЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ФАКТОР АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**
Годовникова Л.В. Харченко О.А. (Белгород, Россия) 72

23. **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**
Годунова Е.С., Крикуненко К. И., Польская Н.А. (Москва, Россия) 76
24. **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И ФЕНОМЕН ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АПАТИИ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ РАБОТЕ С ОНКОБОЛЬНЫМИ**
Горлова Д.Е., Вишнякова Н.Н. (Красноярск, Россия) 81
25. **ГЕНДЕРНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ КАК ПАТОЛОГИЯ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**
Добряков И.В., Фесенко Ю.А. (Санкт-Петербург, Россия) 85
26. **ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РИСУНОЧНЫХ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**
Екина Д.В., Вишнякова Н.Н. (Красноярск, Россия) 90
27. **БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ “ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД”**
Живора Е. А. (Курск, Россия) 93
28. **НОРМАЛЬНЫЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ НАРЦИССИЗМ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ**
Завгородняя И.В., Лемешко А.А (Воронеж, Россия) 95
29. **ОСОБЕННОСТИ СОБЫТИЙНОГО КОНТЕКСТА ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ «ВТОРИЧНОЕ БЕСПЛОДИЕ»**
Земзюлина И.Н. (Курск, Россия) 100
30. **УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ И ОТНОШЕНИЕ К ЛЮДЯМ, СТРАДАЮЩИМ ОТ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ И СОВРЕМЕННЫХ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНО**
Зинков В.Ю. Кузина С.А. Потапова Е.А. (Санкт-Петербург, Россия) 103
31. **ТЕОРИЯ ГУМАНИТАРНОГО УПРАВЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**
Зубов С.В. (Санкт-Петербург, Россия) 106
32. **ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ КГМУ**
Ивенков М.П., Левченко Е.В. (Курск, Россия) 109
33. **СВЯЗЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**
Казумова А.Б. (Москва, Россия) 111
34. **СТРЕСС В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
Карселадзе Н.Д., Никанорова Е.С., Глибко К.В. (Москва, Россия) 114
35. **ФОРМИРОВАНИЕ УМЕНИЙ ПСИХОЛОГА – КОНСУЛЬТАНТА НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ**
Клюева Н.В. (Ярославль, Россия) 118
36. **К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ**

- Конищева Е.В. (Курск, Россия) 121
37. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ
ОДНОСТОРОННЕЙ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ АГНОЗИИ (НЕГЛЕКТА)
Кузминчук Д.Е., Жемчужникова А.А., Донская Е.Н. (Воронеж, Россия) 124
38. ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ОШИБОК И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У
ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кузнецова А.А. Маякова В.С. (Курск, Россия) 127
39. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ПОСЛЕ ОНМК
Котельникова А.В., Кукшина А.А. (Москва, Россия) 130
40. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
КАЧЕСТВЕННЫМ И ТЕМПОВЫМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА В МЛАДШЕМ
ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ
Ледовских Н.К. (Борисоглебск, Россия) 134
41. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Логинова И.О., Тихомирова Ю.Р., Дождева Д.В. (Красноярск, Россия) 137
42. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И
САМОУВАЖЕНИЯ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ (СВО)
Логинова И.О., Федоськина М.Е. (Красноярск, Россия) 141
43. Перфекционизм в структуре личности пациентов кардиологического
профиля
Логинова И.О., Фаркова Л.И. (Красноярск, Россия) 143
44. ОТНОШЕНИЕ К БРАЧНОМУ ПАРТНЕРУ В СВЯЗИ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ
БЛАГОПОЛУЧИЕМ
Малашина М.В., Трошихина Е.Г. (Санкт-Петербург, Россия) 147
45. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ С
РАЗЛИЧНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МОЗГА
Малютина О.П. (Воронеж, Россия) 151
46. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У
ПАЦИЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ
Мельник Н.В., Семёнова В.С. (Красноярск, Россия) 155
47. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА: БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
Молчанова Л.Н., Калмыкова А.И. (Курск, Россия) 158
48. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
С ДИАГНОЗОМ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
Молчанова Л. Н., Слукина В.О. (Курск, Россия) 160
49. ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Недуряева Т.В., Кустова М.Ю. (Курск, Россия) 162

50. **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИЕЙ**
Николаевская А.О., Жерновская В.А. (Курск, Россия) 165
51. **ТРЕВОЖНОСТЬ И КОМПЬЮТЕРНАЯ АДДИКЦИЯ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ**
Николаевская А.О., Жерновская В.А. (Курск, Россия) 168
52. **ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ В АНАМНЕЗЕ**
Николаевская А.О., Шкодова А.А. (Курск, Россия) 170
53. **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**
Онучина А.В. (Советск, Россия) 172
54. **КЛИНИКА ПАМЯТИ (МОСКВА) – НОВАЯ ФОРМА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ С КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ**
Осипова Н.Г. (Москва, Россия) 175
55. **Профилактика травматического стресса у студентов, проживающих на территориях вовлеченных в последствия боевых действий (апробация программы)**
Панич О.Е. (Белгород, Россия), Розенова М.И. (Москва, Россия) 179
56. **БИБЛИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**
Пастух И.А., Волохова Д.А. (Курск, Россия) 183
57. **СОБЫТИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКЕ ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА ИНТЕРВЬЮ**
Польская Н.А., Якубовская Д.К. (Москва, Россия) 186
58. **УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**
Протопопова М.А. (Курск, Россия) 191
59. **НОРМАТИВНОЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**
Розачева Т. В. (Екатеринбург, Россия) 194
60. **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ СУИЦИДООПАСНОГО ПОДЕВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**
Романовская М.В., Фесенко Ю.А. (Санкт-Петербург, Россия) 198
61. **ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ ЭПИЗОДАМИ И РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ**
Русина Н.А., Макоеева П.С. (Ярославль, Россия) 203

62. **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПРИЯТИЯ ПОДРОСТКОМ СТИЛЯ ВОСПИТАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ С ПОРЯДКОМ ЕГО РОЖДЕНИЯ, ТРЕВОЖНОСТЬЮ И АГРЕССИВНОСТЬЮ**
Русина Н.А., Макина Д.Ю. (Ярославль, Россия) 207
63. **СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**
Сенченко Г.В., Гриценко В.С. (Красноярск, Россия) 211
64. **КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОТ МАТЕРЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**
Сергиенко А.А., Зверева Н.В. , Строгова С.Е. , Суркова К.Л. , Зверева М.В., Клак Д.С. (Москва, Россия) 215
65. **СВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИЕЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ИНТЕЛЛЕКТУМ У ДЕТЕЙ - ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**
Симановский А.Э., Горохова Д.А. (Ярославль, Россия) 219
66. **НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
Сирота Н.А., Фетисов Б.А. (Москва, Россия) 222
67. **ИНДИВИДУАЛЬНО ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ СВО ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ**
Смирнов Н.В., Пунченко М.В. (Курск, Россия) 225
68. **ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ФАКТОР ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО РОСТА**
Солдатенко К.А. (Курск, Россия) 228
69. **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЕЙ С ОВЗ (КОГНИТИВНЫЙ АСПЕКТ)**
Сорокоумова Е.А., Васина Е.В. (Москва, Россия) 231
70. **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ**
Степанова И.В. (Москва, Россия) 234
71. **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕДИАТОРЫ В ДЕТЕРМИНАЦИИ СОМАТИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЖАРНО-СПАСАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**
Стрельникова Ю. Ю. (Санкт-Петербург, Россия) 240
72. **ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СОМАТОГЕННЫХ И ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ**
Стрельцов В.В., Харитонова Н.Ю. (Москва, Россия) 243
73. **ОСОБЕННОСТИ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН: ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ**
Ступак Е.П. Хахутадзе Н.М.К. (Курск, Россия) 249
74. **ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К НАРУШЕНИЮ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

- Сурьянинова Т.И., Ахременко Е.М. (Курск, Россия) 253
75. ЛИЧНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЯ И СТИЛЬ РУКОВОДСТВА КАК ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
Таранова Н.В. (Санкт-Петербург, Россия) 257
76. ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ СФЕРА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У МУЖЧИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Феоктистова Е.В., Зенкова К.С. (Курск, Россия) 260
77. БОЛЕЗНЬ КАК РАЗГРУЗКА: ОБЗОР СЛУЧАЕВ ИЗ ПРАКТИКИ КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА
Фокина А.В. (Москва, Россия) 263
78. ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК САНОГЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ
Харькина Т.В. (Москва, Россия) 266
79. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.
Хахутадзе Н.М.К. Анохина П.В. (Курск, Россия) 269
80. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Хахутадзе Н.М.К., Верисокина А.М., Погребатько В.А. (Курск, Россия) 272
81. ВЛИЯНИЕ СЕТИ-ИНТЕРНЕТ И СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ, КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ
Хахутадзе Н.М.К., Тарасенко Т.Н (Курск, Россия) 275
82. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СТРАХА СМЕРТИ ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ВРАЧЕЙ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ СТРАХА СМЕРТИ
Чуканов Д.В., Яковлева Н.В. (Рязань, Россия) 278
83. ДИАГНОСТИКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ В ОЦЕНКЕ РИСКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ
Шеломова О.С. (Москва, Россия) 281
84. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К ОПЕРАЦИИ ПО СИСТЕМЕ FAST TRACK
О.Ю. Щелкова, М.В. Яковлева, Ю.Д. Провоторова, А.А. Шеремет, Д.В. Шматов, М.С. Каменских, С.М. Ефремов (Санкт-Петербург, Россия) 284
85. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ИЗД ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ
Яковлева Н.В. (Рязань, Россия) 288
86. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН О СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И СТРАТЕГИИ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ
Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Абросимов И.Н., Крюкова Л.В. (Москва, Россия) 292