



МИНОБРАЗОВАНИЯ РОССИИ
Региональный научный центр Российской Академии
образования в ЮФО
Российское психологическое общество
Академия психологии и педагогики

Материалы Всероссийской научно-практической конференции
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПРАКТИКА ИХ РЕШЕНИЯ



2023

УДК 159.9
ББК 88.7

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается.

Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения: Материалы Всероссийской научной конференции, 23–24 ноября 2023 г. – М.: Изд-во Кредо, 2023. – 307 с.

ISBN 978-5-91375-157-7

УДК 159.9
ББК 88.7

Настоящий сборник включает материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения», состоявшейся в г. Ростов-на-Дону, 23–24 ноября 2023 г. Конференция посвящена обсуждению вопросов междисциплинарных исследований в клинической психологии, психологии человека в условиях здоровья и болезни, проблемам диагностики, коррекции и психотерапии различных расстройств, психофизиологическим исследованиям и генетике поведения (психогенетике) в практике клинической психологии, проблемам, связанным с цифровизацией. В центре дискуссий были проблемы психологии экстремальных и кризисных ситуаций, совершенствования подходов к оказанию психологической помощи военнослужащим и их семьям, а также жителям новых регионов России. Материалы представляют собой статьи, подготовленные по результатам устных докладов. Все статьи прошли рецензирование и были отобраны в результате конкурсной процедуры. Они публикуются в авторской редакции.

© Коллектив авторов, 2023

© Издательство «Кредо», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВРАЖДЕБНОСТЬ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЙ ФАКТОРЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ	9
<i>Азарных Т.Д.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ВОЗВРАТИВШИХСЯ ИЗ ЗОНЫ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	16
<i>Аптасова А.М</i>	
РОЛЬ МОТИВОВ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ	22
<i>Великанова Л. П., Даций М.С., Кравцова Т. В.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ И ЕГО СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ УСТАНОВОК	26
<i>Габдулина Л. И., Ким В. В.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО И СТРУКТУРА ЦЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЕЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ	33
<i>Гвоздева Д.И., Джанерьян С.Т.</i>	
СОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПАНДЕМИЮ COVID-19	40
<i>Золотарева А.А.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ (ПО ЗАРУБЕЖНЫМ ВЗГЛЯДАМ)	44
<i>Караяни А. Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ	50
<i>Ключко Д. С., Ермаков П.Н.</i>	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРИТЧА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОДУКТИВНОГО ИЛИ НЕПРОДУКТИВНОГО КОПИНГА КЛИЕНТА	54
<i>Майсак Н. В.</i>	
ВЛИЯНИЕ НЕЧЕТКОЙ (НЕКОНКРЕТНОЙ) ИНСТРУКЦИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПОНЕНТОВ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ РЕШЕНИИ КОГНИТИВНОЙ ЗАДАЧИ	58
<i>Моисеенко Г.А., Коскин С.А., Пронин С.В., Чихман В.Н.</i>	

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МОТИВАЦИЮ ВЗРОСЛЫХ К ОБУЧЕНИЮ	61
<i>Николаева Е. И., Бережной Е. О.</i>	
ПОСТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ	66
<i>Ермаков П. Н., Ковш Е.М, Неживова А.В</i>	
НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ДУХОВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В КРИЗИСЕ ВХОЖДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОСТЬ	69
<i>Прихода И. В.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИИ И СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	75
<i>Русина Н.А., Сибирцева Г. Г.</i>	
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ, НАПРАВЛЕННОМ НА КОРРЕКЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ.	82
<i>Семенкина О.В.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И АДАПТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ВЗРОСЛЫХ	88
<i>Цой В. А.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ	93
<i>Шевырева Е. Г.</i>	
ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТРАХА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	99
<i>Шершнева М. Е.</i>	
ПРОГНОЗ ТРАНСФОРМАЦИИ S-T И R-R КОМПЛЕКСОВ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.	103
<i>Шевченко М. Г., Ажогин К. Э.</i>	
ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	107
<i>Шлыкова Ю. Б., Петровский А.М.</i>	

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ	111
<i>Щербатых Ю.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИ- КАЦИИ PECS В ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ	116
<i>Андрусенко В. М., Рыбчинский В. П.</i>	
ВЛИЯНИЕ МАЛОПОДВИЖНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПСИХО- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	121
<i>Ахмерова А. Р., Рыбчинский В.П.</i>	
САМООТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА	126
<i>Вихрова П. О., Шубин А. В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО ПЕРСОНАЛА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ	129
<i>Вольваченко Ю. И., Скиртач И. А.</i>	
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕ	135
<i>Вороня В.Д., Кузенко С. С.</i>	
ВИДЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ПЕРВИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	140
<i>Ворошилова Е. А.</i>	
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ	146
<i>Голубцова В. М., Игнатова Е. С.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРБАЛЬНЫХ АССОЦИАТИВНЫХ МЕТОДИК В РАБОТЕ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА	149
<i>Гомеля Ю. И., Луковцева З. В.</i>	
КАТЕГОРИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ БЫТОВОЙ И БОЕВОЙ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	155
<i>Горбунов А. М., Токарская Л. В.</i>	

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИН С СОЗАВИСИМЫМИ МОДЕЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ	160
<i>Капитанаки В.Е., Гринева А. С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ	167
<i>Дорофеева Л. О., Шевырева Е. Г.</i>	
ВТОРИЧНЫЕ ВЫГОДЫ ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	171
<i>Дреманова А. В., Скуртач И.А.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ»	179
<i>Вьюшкова С.С., Зяятдинова П.А.</i>	
РОЛЬ ЦЕННОСТЕЙ И ПОТРЕБНОСТЕЙ В МОТИВАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: УСЛЫШАТЬ «ВНУТРЕННИЙ ГОЛОС», ЧТОБЫ ВЫЖИТЬ?	183
<i>Зверева Л. В., Ермаков П. Н.,</i>	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	188
<i>Илич М., Щелкова О.Ю.</i>	
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ	195
<i>Капитанаки В. Е., Карбушева П. И.</i>	
ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИИ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА У УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ	202
<i>Киселёв И. С., Рыбчинский В. П.</i>	
ПАНДЕМИЯ КАК СТРЕССОВЫЙ ФАКТОР В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	209
<i>Осипова Н. В., Клименко Ю. И.</i>	
ПСИХОДЕРМАТОГЛИФИКА: БИОМАРКЕРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	216
<i>Короткова Е. В., Борисов А. И.</i>	

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	219
<i>Кучмезова А. А.-А., Манджари А.Э., Скиртач И.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	224
<i>Кучмезова А. А.-А., Манджари А.Э., Скиртач И.А.</i>	
СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУБДЕПРЕССИВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ	230
<i>Вьюшкова С. С., Литвинова Л. В.,</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ ДЕВУШЕК С ТАТУИРОВКАМИ	233
<i>Хмелевская О. Е., Лужбина А. А.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ	240
<i>Минеева Е.А., Болучевская В.В.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ ПОДХОДОВ К ПОНИМАНИЮ Я- КОНЦЕПЦИИ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМУ «СТЕРЖНЮ» ЛИЧНОСТИ	244
<i>Панов В. К.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СКЛОННЫХ К НАРУШЕНИЯМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	251
<i>Сажина С. А., Маткова А. В., Кузьмина А. С.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ В УСЛОВИЯХ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ	257
<i>Сычева А. И., Рублева А. И., Болучевская В.В</i>	
ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	262
<i>Титова И. И., Ермаков П. Н.</i>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	267
<i>Федина Е. Е., Михайлова К. А., Хоч Н.С.</i>	

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАС	272
<i>Хаменехи Н., Токарская Л.В.</i>	
САНОГЕННЫЙ И ПАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	281
<i>Харькина Т.В., Бабиева Н. С.</i>	
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАК ЧЕРТА ХАРАКТЕРА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА	287
<i>Шачнева К. И., Чернов Д.Н.</i>	
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ GESTАЦИОННОЙ ДОМИНАНТОЙ	295
<i>Шевцова А. А., Вьюшкова С. С.</i>	
СИНДРОМЫ НАВЯЗЧИВЫХ ГРЁЗ И «БРЕДОПОДОБНОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	302
<i>Юричек О. А., Шубин А. В.</i>	

ВРАЖДЕБНОСТЬ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЙ ФАКТОРЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Азарных Т. Д.

к. биол. н., доцент кафедры философии и истории

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет инженерных технологий,
Россия, г. Воронеж*

Аннотация. Целью исследования являлось изучение связи между высоким уровнем враждебности и следующими факторами: пол, тяжесть посттравматического стресса (ПТС), стрессорная нагрузка, личностные особенности (СМИЛ) при ПТС на гражданской выборке (студенты). Установлено, что у девушек уровень враждебности выше. Частота встречаемости высокого уровня враждебности связана прямой зависимостью с более тяжелым течением ПТС, большим количеством стрессов в истории жизни, акцентуированным профилем СМИЛ, имеющим различия по полу и свидетельствующем о нарушении социальной адаптации по стеничному (поведенческому) типу у девушек, психосоматическому – юношей.

Ключевые слова: ПТС, высокая враждебность, пол, стрессорная нагрузка, СМИЛ (модифицированный ММПИ), студенты

HIGH HOSTILITY IN POSTTRAUMATIC STRESS

Azarnykh T. D.

candidate of the biological sciences, assistant professor

Voronezh State University of Engineering Technologies, Russia, Voronezh

Annotation. The aim of the study was to examine the connection between high hostility and biological sex, amount stress, traits of personality (MMPI) in posttraumatic stress (PTS) of students. It is installed that PTS more heavy current differ under high hostility. The profile to personalities in group with high hostility witnesses for women of breach of the social adaptation on behavioural to type, for man – psychosomatic.

Keywords: posttraumatic stress, high hostility, biological sex, gravity of the current posttraumatic stress, amount stress, MMPI (modified), students

Посттравматический стресс и его крайняя выраженность в виде посттравматического стрессового расстройства ПТСР [4]) связан с нарушением социальной адаптации прежде всего через усиление враждебности. Под враждебностью в данном исследовании понимаются такие качества как агрессия, раздражительность, гнев и негодование (Derogatis L.R. et al., 1974) [цит. по: 2]).

Впервые связь ПТСР с агрессией была установлена у ветеранов Вьетнамской войны в США [15]. Однако, как показывает обзор литературы (1980–2012 г.г.), с гневом/враждебностью связано ПТСР не только комбатантной этиологии [10]. Связь между симптомами ПТСР и гневом, враждебностью, появлением агрессии, насилия установлена и на студенческой выборке (мужчины) [11].

Насилие может быть причиной ПТСР, в свою очередь ПТСР насильственного генеза может быть также и причиной последующего насилия. В этом случае речь идет о цикле насилия, в котором ПТСР выполняет медиаторную роль. Одним из первых свидетельств связи между ПТСР и циклом насилия было проведенное в США исследование среди находящихся в тюремном заключении подростков (13–22 лет): полный и частичный ПТСР встречался чаще, чем общей, а также подростковой выборках [7]. Позднее

проведенные исследования в разных странах на выборках подростков, находящихся в тюремном заключении за агрессивные действия, неоднократно подтверждали эту связь. При этом у подростков стрессом, приведшим к развитию ПТСР, было не только насилие (физическое, сексуальное), но и его свидетельство. Высокая частота встречаемости полного и частичного ПТСР установлена и на российских выборках, в частности, малолетних преступников мужского пола [19].

Связь ПТС с циклом насилия существует и вне криминальной сферы. Показано, в частности, что через год после завершения военных действий среди как еврейских, так и арабских подростков (7–11 классы) все еще существовали симптомы ПТС, а также участие в школьном насилии [20].

Таким образом, обзор литературы свидетельствует о том, что существует связь между ПТСР/ПТС и враждебностью. Однако в России исследования ПТСР/ПТС на гражданских выборках вне контекста монотравм (теракты, стихийные бедствия) единичны. Вместе с тем как в течение ПТСР, так и в стрессах, инициирующих его, установлены культуральные особенности [17; 18; 13]. Кроме того, зарубежными исследователями установлено, что на траектории течения ПТСР влияют такие социально-демографические факторы как уровень доходов страны [5], семьи [16], а также пол как среди взрослых [6], так и подростков [14].

Все это свидетельствует об актуальности исследования, целью которого являлось изучение связи между высоким уровнем враждебности и следующими факторами: пол, тяжесть ПТС, стрессорная нагрузка, личностные особенности (СМИЛ) при ПТС на гражданской выборке (студенты).

Определялась выраженность следующих показателей: ПТС по двум специфичным для него шкалам 1) Миссисипская (MS) [Keane T.M. et al., 1988], гражданский вариант [Vreven D.I. et al., 1995], 2) оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IES-R) с субшкалами вторжение IN, избегание AV, физиологическая реактивность AR [Horovitz M.J. et al., 1979; Marmar C.R. et al., 1996], а также 3) враждебность как симптомокомплекс NOS психопатологической симптоматики (SCL-90-R) наряду с другими: соматизации SOM, обсессивности-компульсивности O-C, межличностной сензитивности INT, депрессии DEPR со шкалой ее дополнительной диагностики ADD, тревожности ANX, фобической тревожности PNOB, паранойяльности PAR, психотизма PSY, обобщенного индекса тяжести дистресса GSI [Derogatis L.R. et al., 1974]; 4) депрессия BDI [Beck A. et al., 1961] (2-4 – в недельном интервале); 5) стрессорная нагрузка (LEQ) (все опросники адаптированы на российских выборках в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН [2]); 6) личностные особенности (СМИЛ, модифицированный MMPI), кодирование профиля по Хатэуэю [3].

Границей, разделяющей высокую и низкую выраженность враждебности, а также остальных симптомокомплексов психопатологической симптоматики (SCL-90-R), депрессии BDI, служили значения верхнего квартиля (с учетом пола): выше нее (25% выборки) высокая, ниже – низкая (75%) (собственные исследования на выборке, включающей 1977 чел.: 1364 девушки и 613 юношей, фронтальное тестирование) [1]. При этом высокая выраженность депрессии BDI и каждого симптомокомплекса рассматривалась как дезадаптационное состояние.

Необходимость рассмотрения в интервальном режиме симптомокомплексов психопатологической симптоматики связана с высокой вариативностью выраженности их в зависимости от выборок [2], что затрудняет сравнительную оценку тяжести течения ПТС.

Исследования проведены на студентах государственных вузов г. Воронеж дневной формы обучения инженерных и экономических специальностей в возрасте 18–20 лет. Всего в исследовании приняло участие 620 человек: 476 девушек и 144 юноши в

возрасте 18,9 (SD = 0,88) лет и 19,1 (SD = 1,00) соответственно. Во всех случаях после стресса, приведшего к развитию ПТС, прошло не менее полугода.

При статистической обработке (SPSS, версия 13) проводились: 1) вычисление среднего арифметического M и стандартного отклонения SD, достоверность разницы между группами определялась с помощью критериев t Стьюдента и U Манна-Уитни (последний в случае отклонения данных от закона нормального распределения, по критерию Колмогорова-Смирнова), 2) анализ таблиц сопряженности (критерий независимости χ^2 -Пирсона с поправкой на непрерывность).

Установлено, что уровень враждебности у девушек статистически значимо выше: M = 1,0, SD = 0,74 против M = 0,8, SD = 0,77 у юношей (U = 27594,5, p = 0,000). Такая зависимость увеличивает вероятность недооценки уровня психического дискомфорта у юношей, поэтому в дальнейшем анализ враждебности в интервальном режиме проводился с учетом пола.

Установлено, что высокая враждебность в исследуемой группе с ПТС встречается у девушек в 55,7% случаев, юношей – 50,7%, т. е. у каждого второго (таблица 1).

Таблица 1.

Выраженность психометрических показателей ПТС (в баллах) в группах с высокой и низкой враждебностью с учетом пола

Показатели	Девушки						Юноши					
	Враждебность				Достоверность разницы между группами		Враждебность				Достоверность разницы между группами	
	низкая		высокая				низкая		высокая			
	M	SD	M	SD	U/t	p	M	SD	M	SD	U/t	p
MS	82,3	14,54	102,9	21,05	11333,5	,000*	84,9	17,41	99,6	20,62	4,603	,000
IN	12,9	8,05	18,8	8,65	17239,0	,000	9,1	6,28	13,3	9,01	1906,0	,006
AV	17,7	8,03	21,8	7,64	5,598	,000	13,8	7,93	20,1	8,27	4,702	,000
AR	9,6	6,8	16,6	8,69	15042,0	,000	7,3	5,49	11,4	7,82	1779,0	,001
IES-R	40,2	19,1	57,1	21,73	8,920	,000	30,1	16,74	45,1	22,44	4,528	,000
N	211	–	265	–	–	–	71	–	73	–	–	–

Примечание: * – здесь и далее везде ноль перед запятыми опущен

В группе с высокой враждебностью независимо от пола выше уровень специфичных для ПТС MS и IES-R, включая все субшкалы вторжение IN, избегание AV и физиологическая реактивность AR.

Полученные данные совпадают с результатами зарубежных исследований, в которых установлено на гражданской выборке без разделения по полу (Северная Ирландия), что выраженность гнева выше при тяжело текущем ПТСР [8].

В этой группе выше также частота встречаемости всех других дезадаптационных состояний психопатологической симптоматики (SCL-90-R), включая депрессию BDI (69,1 ÷ 77,7 $\chi^2 = 99,002 \div 113,813$, p = 0,000 во всех случаях). При этом частота одновременной встречаемости дезадаптационных состояний в группе с высокой враждебностью по сравнению с низкой также выше: у девушек она составляет 9,1 (SD = 3,15) против 2,7 (SD = 3,08) (U = 5019,0, p = 0,000), у юношей 7,8 (SD = 3,6) и 3,0 (SD = 3,0) соответственно (U = 2355,0, p = 0,000). Полученные данные означают, что независимо от пола ПТС в группе с высокой враждебностью в большей степени осложнен коморбидной психопатологией. Полученные результаты совпадают с результатами зарубежных исследований, в которых установлено, в частности, что у комбатантов наиболее выраженным

гнев будет в случае наличия ПТСР с коморбидной депрессией по сравнению с одним любым из двух этих расстройств [9].

Установлено также, что в группе с высокой враждебностью независимо от пола выше такие показатели стрессорной нагрузки как количество стрессов КС и общий балл стрессов ОБС, у девушек – также индекс травматизации ИТ (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели стрессорной нагрузки в группах с высокой и низкой враждебностью с учетом пола

Показатели	Девушки						Юноши					
	Враждебность				Достоверность разницы между группами		Враждебность				Достоверность разницы между группами	
	низкая		высокая				низкая		высокая			
	М	SD	М	SD	U	p	М	SD	М	SD	U/t	p
КС	4,2	2,67	5,8	3,49	19736,5	,000	5,0	2,69	6,5	3,53	1984,5	,015
ОБС	12,0	8,96	19,0	13,63	18454,0	,000	13,2	8,95	18,6	12,72	1964,0	,012
ИТ	2,9	0,80	3,2	0,80	21606,0	,000	2,7	0,92	2,8	0,90	1,092	,277
N	211	–	265	–	–	–	71	–	73	–	–	–

Такая зависимость означает, что независимо от пола частота встречаемости высокого уровня враждебности выше уже при большом количестве пережитых стрессов. Поэтому даже психологическая проработка стрессов, имеющая целью снизить степень их актуализированности (а значит и общий балл стрессов ОБС), не приведет к снижению враждебности, поскольку количество пережитых стрессов не поддается дезактуализации и психокоррекции. Полученные данные согласуются с результатами большого кросс-национального исследования (20 стран, N = 51295 чел., ≥ 18 лет), в котором показано на гражданских выборах, что у пациентов с ПТСР, в жизни которых были множественные стрессы (без детализации генеза), отмечается наличие физического насилия [12].

Высокая враждебность связана с личностными особенностями, выявляемыми СМИЛ. Так, у девушек в группе с высокой враждебностью выше уровень девяти клинических шкал (т.е. всех, кроме мужественности-женственности 5) и двух оценочных – лжи L и достоверности F, тогда как третьей оценочной коррекции K – ниже (таблица 3).

Таблица 3.

Выраженность шкал СМИЛ (в баллах) в группах с высокой и низкой враждебностью с учетом пола

Шкалы СМИЛ*	Девушки						Юноши					
	Враждебность				Достоверность разницы между группами		Враждебность				Достоверность разницы между группами	
	низкая		высокая				низкая		высокая			
	М	SD	М	SD	U/t	p	М	SD	М	SD	U/t	p
L	43,5	5,66	41,6	4,82	20974,5	,000	44,2	6,23	42,5	5,6	1923,0	,085
F	60,6	8,09	67,9	9,23	14286,0	,000	63,0	9,48	70,2	11,3	1423,0	,000
K	51,4	6,7	46,2	6,07	14674,0	,000	52,5	7,27	47,1	6,57	4,555	,000
1	55,7	9,32	61,2	11,82	18439,0	,000	58,1	10,56	62,7	11,8	2,389	,018
2	58,0	12,01	63,0	12,68	20206,5	,000	61,4	13,28	69,1	13,68	3,327	,001
3	57,1	9,61	61,7	11,05	4,646	,000	58,4	10,18	60,9	9,72	1,465	,145
4	63,0	10,76	69,5	11,27	17372,5	,000	63,9	9,95	68,0	11,15	2,240	,027
5	61,5	9,12	61,7	8,73	25580,5	,834	57,3	10,48	58,8	8,24	0,901	,369
6	57,3	10,1	68,1	11,66	12716,0	,000	55,6	9,77	65,0	12,64	1423,0	,000

7	57,9	9,82	65,7	10,58	8,074	,000	61,4	12,27	65,4	14,16	1,760	,081
8	60,8	10,27	71,2	12,27	13297,0	,000	68,7	14,21	75,1	16,3	2,417	,017
9	63,3	11,49	68,0	10,4	4,586	,000	66,8	11,74	68,1	11,99	0,665	,507
0	53,0	8,72	56,6	8,82	19789,0	,000	53,2	8,54	56,9	9,53	2,397	,018
N**	207		250				68		68			

Примечания: * – названия оценочных шкал даны в сокращенном виде: L – лжи, F – достоверности, K – коррекции; названия клинических шкал даны в цифровой форме: 1 – невротического сверхконтроля, 2 – пессимистичности, 3 – эмоциональной лабильности, 4 – импульсивности, 5 – мужественности-женственности, 6 – ригидности, 7 – тревожности, 8 – индивидуалистичности, 9 – оптимистичности, 0 – социальной интроверсии; ** – сокращение объема выборки связано с исключением из нее лиц с сомнительными и недостоверными профилями СМИЛ

У юношей в группе с высокой враждебностью выше уровень шести клинических шкал невротического сверхконтроля 1, пессимистичности 2, импульсивности 4, ригидности 6, индивидуалистичности 8, социальной интроверсии 0, оценочной достоверности F и ниже – другой оценочной коррекции K.

Сам профиль у девушек в группе с высокой враждебностью имеет вид 84'6972310, низкой – 945827631 (рисунок 1).

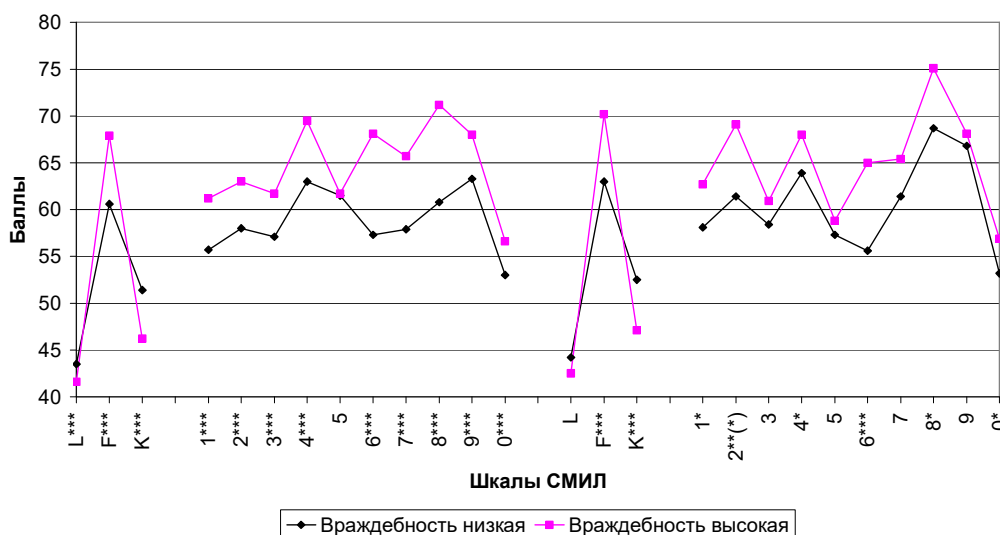


Рисунок 1. Профиль СМИЛ в группах с высокой и низкой враждебностью с учетом пола (слева – девушки, справа – юноши)

Примечание: вероятность различий между группами: * – $p < 0,05$; **(*) – $p = 0,001$; *** – $p = 0,000$ (см. также таблицу 3)

Профили в обеих группах являются смешанными с преобладанием стеничности, однако в группе с высокой враждебностью – акцентуированным по шкалам индивидуалистичности 8, импульсивности 4, ригидности 6, оптимистичности 9, причем по первым двум – сильно. Такой профиль свидетельствует об эмоциональной неустойчивости (шкала достоверности F выше 65 баллов), тяжести состояния, высокой субъективности восприятия и оценки ситуаций и нарушении социальной адаптации по стеничному, т. е. поведенческому, варианту с конфликтностью, протестными реакциями, плохим контролем поведения, импульсивностью вербальной и физической агрессией. При этом высокая субъективность восприятия увеличивает вероятность превентивной агрессивной реакции. Профиль в группе с низкой враждебностью не является акцентуированным, но он отличается от того, который характерен для контрольной группы (который согласно

собственным ранее опубликованным данным имеет вид 54982, N = 537 чел.) не только кодотипом, но и большим количеством шкал, выходящих за коридор значений в 55 баллов.

У юношей профиль в группе с высокой враждебностью имеет вид 8'294761350, низкой – 894273156. Профиль в первой группе является смешанным, акцентуированным по шкалам индивидуалистичности 8, оптимистичности 9, пессимистичности 2, импульсивности 4, по первой – сильно. Этот профиль свидетельствует об эмоциональной напряженности (шкала достоверности F достигает уровня 70 баллов), субъективности восприятия и оценки, а также о сочетании а числе ведущих шкал противоположного регистра (гипостеничного – шкала пессимистичности 2 и стеничного – оптимистичности 9), т.е. оказывается перекрытым вариант как стеничного, так и гипостеничного реагирования, что приводит к дезадаптации по психосоматическому варианту.

В группе с низкой враждебностью профиль не является акцентуированным, но и нормативным (который согласно собственным ранее опубликованным данным имеет вид 9842375, N = 267 чел.) его назвать нельзя прежде всего из-за стоящей на первом месте шкале индивидуалистичности 8.

Выводы

1. Уровень враждебности при ПТС имеет различия по полу: у девушек он выше.
2. Высокая враждебность при ПТС встречается независимо от пола у каждого второго студента.
3. В группе с высокой враждебностью независимо от пола: а) ПТС протекает тяжелее (выше уровень специфичных шкал и количество дезадаптационных состояний); б) выше количество пережитых в жизни стрессов, что является чрезвычайно тревожным фактом (поскольку количество стрессов не поддается дезактуализации и психокоррекции); в) личностные профили акцентуированы и свидетельствуют о нарушении социальной адаптации по стеничному (поведенческому) варианту у девушек, психосоматическому – юношей.

Список литературы.

1. Азарных Т. Д. 4.3. Дезадаптационные состояния и их связь со стрессами у студентов // *Современные направления развития вузовского образования.* – 2019. – С. 403–427.
2. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007.
3. Собчик Л.Н. Компьютерная программа к психодиагностическому тесту СМИЛ (вариант 3). Лицензия № 05324. М.: Институт практической психологии, 2001.
4. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дис. ... докт. психолог. наук: 19.00.04. СПб., 2008.
5. Atwoli L., Stein D.J., Koenen K.C., McLaughlin K.A. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates, and consequences // *Current opinion in psychiatry.* 2015. Vol. 28. P. 307–311.
6. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D. et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community // *Archives of general psychiatry.* 1998. Vol. 55. P. 626–632.
7. Cauffman E., Feldman S., Waterman J., Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders // *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry.* 1998. Vol. 37. № 11. P. 1209–1216.
8. Dyer K.F.W., Dorahy M.J., Hamilton G. et al. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD // *Journal of clinical psychology.* 2009. Vol. 65(10). P. 1099–1114.
9. Gonzalez O.I., Novaco R.W., Reger M.A. et al. Anger intensification with combat-related PTSD and depression comorbidity // *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy.* 2016. Vol. 8 (1). P. 9–16.

10. Jakšić N., Brajković L., Ivezić E. et al. The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD) // *Psychiatria Danubina*. 2012. Vol. 24(3). P. 256–266.
11. Jakupcak M., Tull M.T. Effects of trauma exposure on anger, aggression, and violence in a nonclinical sample of men // *Violence and victims*. 2005. Vol. 20. № 5. P. 589–598.
12. Karam E.G., Friedman M.J., Hill, E.D. et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys // *Depression and anxiety*. 2014. Vol. 31. P. 130–142.
13. Kawakami N., Tsuchiya M., Umeda M. et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey // *Journal of psychiatric research*. 2014. Vol. 53. P. 157–165.
14. Landolt M.A., Schnyder U., Maier T. et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A National Survey in Switzerland // *Journal of traumatic stress*. 2013. Vol. 26(2). P. 209–216.
15. Lasko N.B., Gurvits T.V., Kuhne A.A. et al. Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder // *Comprehensive psychiatry*. 1994. Vol. 35. № 5. P. 373–391.
16. Lowe S.R., Galea S., Uddin M., Koenen K.C. Trajectories of posttraumatic stress among urban residents // *American journal of community psychology*. 2014. Vol. 53(1). P. 159–172.
17. Neugebauer R. et al. post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide // *International journal of epidemiology*. – 2009. – T. 38. – №. 4. – C. 1033-1045.
18. Rajkumar A. P., Mohan T. S. P., Tharyan P. Lessons from the 2004 Asian tsunami: Epidemiological and nosological debates in the diagnosis of post-traumatic stress disorder in non-Western post-disaster communities // *International journal of social psychiatry*. – 2013. – T. 59. – №. 2. – C. 123-129.
19. Rajkumar A. P., Mohan T. S. P., Tharyan P. Lessons from the 2004 Asian tsunami: Epidemiological and nosological debates in the diagnosis of post-traumatic stress disorder in non-Western post-disaster communities // *International journal of social psychiatry*. – 2013. – T. 59. – №. 2. – C. 123-129.
20. Schiff M., Pat-Horenczyk R., Benbenishty R. et al. High school students' posttraumatic symptoms, substance abuse and involvement in violence in the aftermath of war // *Social science and medicine*. 2012. Vol. 75(7). P. 1321–1328.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ВОЗВРАТИВШИХСЯ ИЗ ЗОНЫ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Аптасова А. М.

Ассистент кафедры психологии

ФГБУ ВО «Донецкий государственный педагогический университет»

Россия, г. Горловка, ДНР

Аннотация. В представленной статье рассматриваются актуальные проблемы и перспективы в области реабилитации военнослужащих, возвращающихся из зоны боевых действий. Основное внимание уделяется исследованию причин и трудностей, с которыми сталкиваются военнослужащие, а также предложенным решениям для содействия их успешной социальной и профессиональной реинтеграции. В статье анализируются опыт РФ в области реабилитационных программ для ветеранов и выдвигаются рекомендации по улучшению существующих подходов.

Ключевые слова: реабилитация, военнослужащие, ветераны, зона боевых действий, социальная реинтеграция, профессиональная реабилитация, проблемы.

CURRENT PROBLEMS AND SOLUTIONS OF REHABILITATION OF SOLDIERS RETURNING FROM THE WAR AREA

Aptasova A.M.

Assistant of the Department of Psychology

FSBEI HE «Donetsk State Pedagogical University»

Russia, Gorlovka, DNR

Abstract. The summary in English: The article discusses the current problems and prospects in the field of rehabilitation of servicemen returning from the combat zone. The focus is on investigating the causes and difficulties faced by military personnel, as well as proposed solutions to facilitate their successful social and professional reintegration. The article analyzes the experience of the Russian Federation in the field of rehabilitation programs for veterans and provides recommendations for improving the existing approaches.

Keywords: rehabilitation, military personnel, veterans, war zone, social reintegration, professional rehabilitation, problems.

Современные условия военной службы ставят повышенные требования к физическому и психологическому состоянию военнослужащих. Экстремальная профессиональная деятельность в зонах боевых действий подвергает организм специалистов воздействию различных неблагоприятных внешних факторов. Эти стрессовые ситуации могут вызывать изменения в эмоциональном и психологическом состоянии и приводить к дезорганизации профессиональной деятельности, что может оказывать влияние на боеспособность как отдельных военнослужащих, так и военных подразделений в целом [1].

Среди неблагоприятных факторов внешней среды, воздействующих на военнослужащих, можно выделить экстремальные климатические условия, химические и биологические угрозы, а также психологические аспекты, связанные с постоянной угрозой для жизни и здоровья в зоне боевых действий.

Вооруженные конфликты и военные операции оставляют серьезные последствия для физического и психологического состояния военнослужащих, участвовавших в зонах боевых действий. Возвращение к мирной жизни может представлять собой значительные вызовы, как для самих солдат, так и для общества в целом. Семьи и родные

часто сталкиваются с проблемами отчужденности тех, кто прошел военные действия. Эти вызовы могут включать в себя физические и психологические травмы, адаптацию к обыденной жизни, интеграцию в общество и профессиональную реабилитацию.

Актуальной проблемой в настоящее время является обеспечение психического благополучия и поддержание профессиональной работоспособности среди военнослужащих. Эта тема в настоящее время признается одним из ключевых аспектов обеспечения высокой боевой готовности Вооруженных Сил Российской Федерации [2, с. 198].

С учетом современных вызовов и угроз, стоящих перед вооруженными силами, важно не только обеспечивать физическую готовность военнослужащих, но также уделять должное внимание их психическому состоянию и профессиональной пригодности. Способность поддерживать высокую боевую готовность требует комплексного подхода к обеспечению здоровья и благополучия военнослужащих в контексте современных геополитических и военных рисков.

В данной научной статье будет проведен теоретический анализ проблем, с которыми сталкиваются военнослужащие при возвращении из зоны боевых действий, и предложены решения для эффективной реабилитации.

Объекты и методы исследования

Объектами исследования в данной научной статье являются военнослужащие, возвратившиеся из зоны боевых действий, и процесс их реабилитации. Это включает в себя группы военнослужащих, подвергшихся различным аспектам военной жизни, а именно:

- Военнослужащие с телесными повреждениями, включая ампутации конечностей, ожоги и другие серьезные травмы, требующие медицинской реабилитации и долгосрочного ухода.
- Военнослужащие, страдающие от психологических проблем, таких как посттравматический стрессовый синдром (ПТСС), депрессия и тревожность, которые могут возникнуть в результате боевых действий.
- Военнослужащие, сталкивающиеся с вызовами социальной адаптации после перехода из военной среды в гражданскую жизнь, включая проблемы в семье, социальную изоляцию и адаптацию к новым ролям и ответственностям.
- Военнослужащие, ищущие профессиональную реабилитацию, и, следовательно, требующие переобучения или переквалификации, чтобы найти новую работу, так как их военная специализация может быть неактуальной в гражданской жизни.

Написание данной научной статьи включало следующие методы исследования: теоретические (классификация, синтез, анализ) эмпирические (наблюдение, опросы), анализ полученных результатов путем статистической обработки, обобщение.

Результаты и их обсуждение (экспериментальная часть)

Исследование, выявление и восстановительные мероприятия, направленные на преодоление негативных последствий, которые могут возникнуть вследствие воздействия многочисленных факторов, характерных для участия в боевых действиях (БД), представляют собой одну из ключевых задач в области авиационной медицины.

Эти факторы могут включать в себя как физические, так и психологические аспекты, связанные с участием в вооруженных конфликтах. При этом необходимо учитывать разнообразие ситуаций и условий, которые могут возникать в процессе БД, и их потенциальное воздействие на физическое и психическое здоровье военнослужащих. Таким образом, изучение и реабилитация этих аспектов представляют собой сложную и многогранную задачу для психологов и медиков. [3].

В свете увеличивающегося числа военных, участвующих в боевых действиях, возрастает важность предупредительных и реабилитационных мер, ориентированных на

сохранение профессионального состояния и трудоспособности военнослужащих и продолжение их карьерного пути.

Это обусловлено расширением географии и интенсивности вооруженных конфликтов, вовлекающих военный персонал. Очевидно, что обеспечение здоровья и долговечности военных становится более важным в современных условиях. С учетом изменяющейся природы военных угроз и стратегий, принятие предвидящих мероприятий и эффективная реабилитация являются ключевыми аспектами в обеспечении высокой боеспособности и продолжительности службы людей, которые вынуждены прибывать в зоне боевых действий. [4, с. 22].

Исследования показывают, что осуществление боевых миссий в условиях экстремальной среды влечет за собой возникновение физических и неврологических стрессов, что в свою очередь способствует развитию физиологических и эмоциональных нарушений.

Эти наблюдения подчеркивают сложность задач, стоящих перед военными в моменты выполнения боевых обязанностей. Экстремальные условия могут включать в себя такие факторы, как экстремальная и нестабильная погода, физические нагрузки и постоянная напряженность, что, в свою очередь, может повлиять на физическое здоровье и психологическое состояние солдат.

Таким образом, понимание и управление этими аспектами становятся важными задачами для поддержания боеготовности и обеспечения устойчивости военного персонала [5, с. 41–48].

Многочисленные исследования, проводимые непосредственно в период боевых операций, предоставляют убедительные доказательства того, что в условиях экстремальной среды у значительной части пилотов возникают эмоциональные стрессы, одновременно с ухудшением функционального состояния и адаптивных способностей организма. Эти факторы в свою очередь приводят к снижению боеспособности военных частей и подразделений [6, с.138; 7, с.4–10; 8, с. 15–19].

Военный психолог Алексей Захаров в одном из своих интервью указал на основные поведенческие моменты, на которые должны обратить внимание родные военнослужащего, вернувшегося из зоны боевых действий [9]: «Посттравматический синдром - ПТСР - и боевая психологическая травма, в зависимости от характера человека, проявляются в двух вариантах. Это либо подавленность, либо агрессия. Человек может либо сидеть, часами упершись в стенку, или начинает рвать на себе рубаху, искать виновных, громко кричать и что-то требовать. Обязательно у всех, переживших посттравматический синдром, наблюдается потеря сна. Человек или не спит вообще, или постоянно просыпается от кошмаров, кричит по ночам.»

В частности, Захаров подчеркнул, что реабилитация неизбежна в любом случае, однако ее характер и затраты могут варьироваться в зависимости от степени сложности. Период времени, необходимый для преодоления воздействия боевой травмы, может растягиваться и иметь продолжительность более 1 года, а иногда и больше. Этот процесс сравнивается по своей длительности с переживанием чувства утраты близкого человека и часто требует, как минимум, года для принятия ситуации.

Поэтому важно разрабатывать и предоставлять эффективные мероприятия реабилитации, которые соответствуют потребностям и особенностям каждого военнослужащего.

Медико-психологическая реабилитация (МПР) представляет собой важную компоненту обширной системы восстановительных мероприятий. Эта система включает в себя комплекс мер, взаимосвязанных на государственном, социально-экономическом, организационном, медицинском, социальном и психологическом уровнях. [4, с. 3]. Ее

основная цель заключается в предотвращении развития патологических процессов, которые могут вызвать временное или стойкое нарушение работоспособности, а также обеспечении эффективного и оперативного восстановления военнослужащих для возобновления их деятельности [10, с. 4–11].

В современный период времени медицинская реабилитация представляет собой важный компонент медицинского обеспечения Вооруженных Сил. Следует отметить, что в Российской Федерации имеется достаточный опыт и современные, успешно проверенные методы в области реабилитации. Вместе с этим стоит обратить внимание на определенные проблемы:

- Эффективного внедрения новых, проверенных и более результативных подходов в практику медицинского обслуживания;
- Ограниченной доступности реабилитационных услуг, обусловленной длительными очередями, удаленностью лечебных учреждений от места жительства ветеранов и другими факторами, связанными с реформой системы здравоохранения в стране. Таким образом, одной из наиболее актуальных задач становится создание эффективной системы медицинской и медико-социальной реабилитации участников боевых действий [11, с. 294–299].

В процессе анализа потребности в проведении мероприятий по психологической реабилитации у пострадавших в ходе СВО, было установлено, что 83,5% из них требуют психокорректирующих воздействий. Статистические данные свидетельствуют, что каждый пятый участник боевых действий, не имеющий видимых физических повреждений, сталкивается с нервно-психическими нарушениями [12, с. 22–28], прежде всего с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Причиной развития ПТСР считается преодоление человеком событий, имевших угрожающий или травмирующий характер. Другими словами, психотравмирующие события не обязательно непосредственно затрагивают личность, так как она может быть свидетелем, очевидцем или даже участником данных событий.

Социальная реабилитация участников боевых действий оказывает существенное влияние на их восстановление, и это во многом зависит от отношения окружающих и официальной политики государства. Семейные отношения играют особенно важную роль в процессе социальной реабилитации, поскольку в семейном круге происходит основная адаптация участника вооруженных конфликтов к обыденной мирной жизни. Однако стоит отметить, что общение с ветеранами может вызвать психологические трудности у их близких людей, и они также могут потребовать поддержки и реабилитации.

С учетом накопленного опыта правительство Российской Федерации разрабатывает программы по трудовой реабилитации участников боевых действий. Диалоги с военнослужащими, участвовавшими в специальных военных операциях, показывают необходимость внесения изменений в законодательство страны, направленных на оказание помощи тем из них, кто получил серьезные травмы, чтобы обеспечить им адаптацию к новым условиям жизни и труда.

Заключение. В настоящее время существует значительная проблема при формализации предоставления соответствующих льгот (сложности в оформлении документов, бюрократические процедуры и, в некоторых случаях, недостаточное внимание со стороны представителей государственных органов). При этом существует множество организаций на разных уровнях власти, профильные комитеты и общественные организации ветеранов, которые активно оказывают помощь участникам специальных военных операций, что может создать путаницу и сложности в процессе получения привилегий и компенсаций.

При заключении обсуждения вопросов комплексной реабилитации, следует подчеркнуть важность ответственного подхода к реализации федеральных программ на региональном уровне; активное вовлечение местных органов власти в мониторинг выполнения государственных обязательств перед участниками специальных военных операций; обеспечение условий для комплексной реабилитации в существующих реабилитационных центрах, их комплектование квалифицированными кадрами; расширение сети федеральных реабилитационных центров.

Основным критерием оценки успешности принципов системы комплексной реабилитации должно быть не только количество проведенных лечебно-диагностических мероприятий и предоставленных компенсаций, но, главным образом, скорейшее выздоровление участников специальных военных операций, сокращение времени до возвращения военнослужащих в строй и их успешной реинтеграции в гражданскую жизнь.

Список литературы.

1. Белозеров Г. М., Джурко В. В., Клименко Г. Я., Попов В. И. Реабилитация участников боевых действий: история, современное состояние, перспективы развития // Экология человека: научный журнал. 2004. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/> (дата обращения 07.11.2023)
2. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Москва: Наука, 1988. – 270 с
3. Военный психолог рассказал о проблемах реабилитации военнослужащих, вернувшихся с СВО//, Московский комсомолец: информационный портал, дата публикации 12.03.2022. URL: <https://www.mk.ru/politics/2022/12/03/> (дата обращения 08.11.2023)
4. Корзунин, В.А. Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: специальности: 19.00.04 «Медицинская психология», 19.00.03 «Психология труда, инженерная психология, эргономика»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Корзунин Владимир Александрович. – Санкт-Петербург, 2002. – 26 с.
5. Полубояринов, В.Н. Медико-психологическое сопровождение профессиональной деятельности личного состава воинских частей специального обеспечения / В. Н. Полубояринов, Ю.В. Грабский, Д.А. Земляничников и др. // Военно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 337, № 2. – С. 41–48.
6. Пономаренко, В.А. Практическая психология: Проблемы безопасности лётного труда / В. А. Пономаренко, Н. Д. Завалова. – Москва, 2013. – 150 с.
7. Тришкин, Д.В. Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих: современное состояние и перспективы развития / Д.В. Тришкин, Г. Н. Пономаренко, А.В. Мерзликин и др. // Военно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 337, № 8. – С. 4–10.
8. Тришкин, Д.В. Особенности организации и принципы проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих специальных подразделений Минобороны России / Д.В. Тришкин, И. Г. Титов, С.А. Нечипорук // Военно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 336, № 6. – С. 15–19.
9. Фастовцов Г.А., Зайцева Е. А. Клинические характеристики атипичных вариантов посттравматического стрессового расстройства в судебно-психиатрической практике // Российский психиатрический журнал, 2015. № 6.
10. Фолков, Б. Эмоциональный стресс и его значение для развития сердечнососудистых заболеваний / Б. Фолков // Кардиология. – 2007. – Т. 7, № 10. –С. 4–11.
11. Цыган, В.Н. Патофизиология. Клиническая патофизиология: учебник для курсантов и студентов военно-медицинских вузов: в 2 т. / В.Н. Цыган, 294 А.В. Дергунов, П.Ф.

- Литвицкий и др; под ред. В.Н. Цыгана. – СанктПетербург: СпецЛит, 2018. – Т. 1: Патология физиология. – 430 с.
12. Юсупов, В.В. Современное состояние и перспективы развития медикопсихологического сопровождения военнослужащих Вооруженных Сил / В. В. Юсупов, Б.В. Овчинников, В.А. Корзунин и др. // Военномедицинский журнал. – 2016. – Т. 337, № 1. – С. 22–28.

РОЛЬ МОТИВОВ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ

Великанова Л. П.¹, Даций М. С.², Кравцова Т. В.³

¹*д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой наркологии, психотерапии и правоведения*

²*ассистент кафедры наркологии, психотерапии и правоведения*

³*доцент кафедры наркологии, психотерапии и правоведения*

¹²³*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,
Россия, г. Астрахань*

Аннотация. В статье рассмотрена взаимосвязь мотивов выбора профессии со способностями. Выборку составили 143 студента медицинского университета. Корреляционный анализ (коэффициент r-Спирмена) выявил значимую зависимость престижа профессии, материального благополучия и коммуникативных и организаторских способностей.

Ключевые слова: профессия врача, студенты медицинского вуза, мотивы, способности, психологическое благополучие.

THE ROLE OF MOTIVES FOR CHOOSING A DOCTOR'S PROFESSION IN THE FORMATION OF PERSONAL WELL-BEING

Velikanova L. P.¹, Dacius M. S.², Kravtsova T.V.³

¹*Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Narcology, Psychotherapy and Jurisprudence*

²*Assistant of the Department of Narcology, Psychotherapy and Law*

³*Associate Professor of the Department of Narcology, Psychotherapy and Law*

¹²³*Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Russia, Astrakhan*

Abstract. The article considers the relationship of motives for choosing a profession with abilities. The sample consisted of 143 medical university students. Correlation analysis (Spearman's r-coefficient) revealed a significant dependence of the prestige of the profession, material well-being and communicative and organizational abilities.

Keywords: doctor's profession, medical university students, motives, abilities, psychological well-being.

Исследователи все чаще обращают внимание на вопросы выбора профессии, поскольку этот выбор в значительной степени определяет благополучие человека в целом. Одним из ключевых направлений современного профессионального образования является подготовка медицинских специалистов.

Выпускник медицинского университета должен быть подготовлен к выполнению задач в области профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, психолого-педагогического сопровождения, организации и управления, а также научных исследований. Освоение этих видов деятельности в рамках профессионального обучения требует наличия у студентов мотивации к приобретению глубоких и устойчивых медицинских знаний и умений, а также стремления к саморазвитию и самореализации в выбранной сфере деятельности. Понимание мотивов позволяет получить представление о внутреннем мире студента, понять, что представляет собой выполняемая им учебно-профессиональная деятельность для него, какое личное значение она имеет.

При поступлении в медицинский университет абитуриенты основываются не только на мотивах приобретения профессии врача, но также на своем представлении об «идеальном враче». Этот «идеальный врач» должен обладать определенными и наиболее значимыми профессиональными и личными качествами. Данные представления, наряду с приобретенными специализированными знаниями, освоенными умениями и выработанными навыками, объединяются на персональном уровне уникальной системы мотивации и обуславливают успех профессионального и персонального становления будущего специалиста, а также его удовлетворенность будущей профессией. Последнее определяется неослабевающим интересом к выбранной специальности, стремлением к расширению познаний не только в профессиональном плане, но и в сопредельных областях, что является одной из составляющих (если не главной) благополучия личности в целом.

А. Н. Леонтьев считает, что основная функция мотива заключается в том, чтобы побуждать и направлять деятельность человека, исходя из его потребностей, а также уточнять и удовлетворять потребности. [6, с.432]

Выбор направления образования определяется целью поступления в учебное заведение. Этот выбор оказывает влияние на отношение к образовательному процессу, его успешность, возможности саморазвития в будущей профессиональной области и адаптацию в учебном и профессиональном сообществах. [3, с.52]

Исследования Н. А. Клоктуновой демонстрируют, что среди студентов превалирует внутренний социальный мотив — «возможность приносить пользу». Как считает исследователь, преобладание таких мотивов может быть обусловлено интересом молодежи к характеру и итогам трудовой деятельности, существующим общественным взаимоотношениям и потребностям социума. [5, с.334]

Существует мнение, что «настоящий» врач должен проявлять гуманизм к своим пациентам, имея высокий уровень ответственности за свои поступки. Считается, что хороший врач — это добрый, бескорыстный, внимательный профессионал, постоянно совершенствующий свое мастерство. Таким людям приписывают наличие таких качеств, как честность, целеустремленность, умение шутить, способность сопереживать. [7, с.57]

Термин «психологическое благополучие» был введен психологом Н. Брэдберном, который описал его как субъективное ощущение общей удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью. По его мнению, психологическое благополучие включает в себя позитивные и негативные эмоции, и разница между ними является показателем этого благополучия и отражает общее ощущение удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью. [1, с.65]

Таким образом, благополучие личности в профессии, удовлетворенность ей будет зависеть не только от мотивов выбора, но и от имеющихся (сформированных) моральных качеств, необходимых студентам медицинских вузов.

Цель исследования – изучение мотивов выбора профессии врача выпускников медицинского вуза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 143 испытуемых в возрастном диапазоне от 23 до 25 лет, исследование проводилось на базе Астраханского медицинского университета.

Использовались методики: «Мотивы выбора профессии» С.С. Гриншпун [4, с.11]; тест «Коммуникативные и организаторские способности» В. В. Синявский, В.А. Федорошин (КОС). [2, с.79] Обработка данных проводилась с помощью программы IBMSPSS 23 и пакета Excel.

На первом этапе была детально изучена каждая группа мотивов учебно-профессиональной деятельности и коммуникативных и организаторских качеств студентов.

Для этого определялось среднее арифметическое (М) оценки значимости каждого мотива и каждого качества в имеющихся группах. На втором этапе, при помощи корреляционного анализа r-Спирмена были выявлены особенности взаимосвязи мотивов выбора профессии с коммуникативными и организаторскими способностями (с учетом объема выборки значимыми считались корреляции при $p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$).

Результаты полученных данных отображены на следующих рисунках (см. Рис.1 и Рис.2).

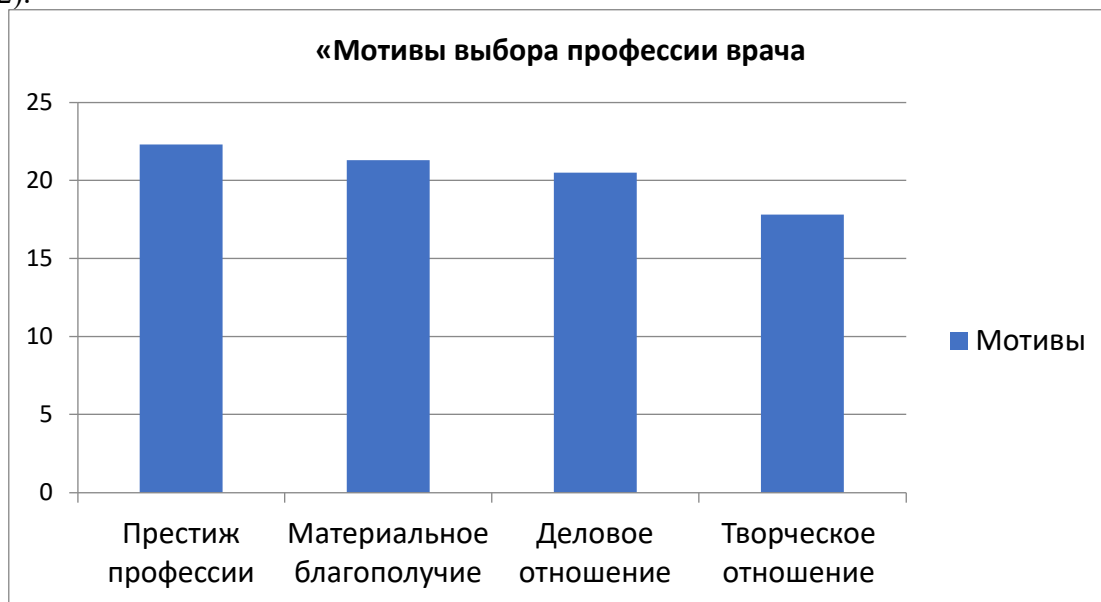


Рисунок 1. Средние значения по показателям опросника С.С. Гриншпуна «Мотивы выбора профессии»

Значения по шкалам расположены в порядке убывания. Наиболее частым мотивом был «престиж профессии». На втором месте по значимости – шкала «материальное благополучие». Не менее важным обозначен мотив «деловое отношение». Самое низкое среднее значение у студентов было выявлено по шкале «творческое отношение», что можно объяснить наличием системных ограничений возможности творческого мышления в практической деятельности врача: устоявшиеся схемы профилактики и лечения, протоколы, стандарты оказания медицинской помощи.

Результаты теста по тесту «Коммуникативные и организаторские способности» представлены на рис. 2.

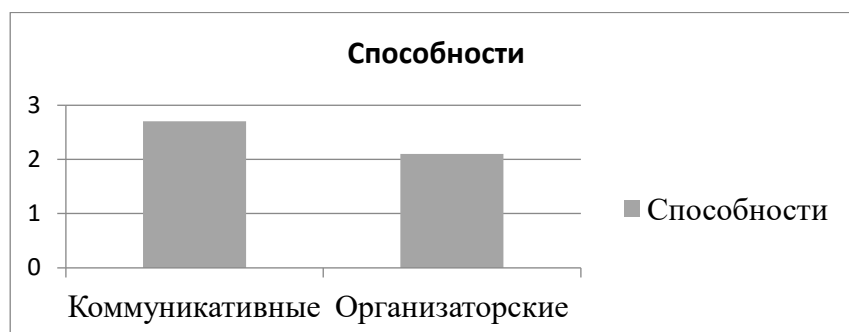


Рисунок 2. Средние значения по показателям теста «Коммуникативные и организаторские способности»

Для выяснения степени влияния коммуникативных и организаторских способностей на мотивы выбора профессии был использован корреляционный анализ (коэффициент корреляции r -Спирмена; см табл. 3).

Таблица 1.

Сравнительный анализ мотивов выбора профессии и способностей

Мотивы	Способности	
	Коммуникативные способности	Организаторские способности
Престиж профессии	$p \leq 0,19$ ($r=0,104$)	$p \leq 0,01$ ($r=0,546$)
Материальное благополучие	$p \leq 0,21$ ($r=0,041$)	$p \leq 0,05$ ($r=0,364$)
Деловое отношение	$p \leq 0,23$ ($r=0,069$)	$p \leq 0,22$ ($r=0,161$)
Творческое отношение	$p \leq 0,24$ ($r=0,142$)	$p \leq 0,25$ ($r=0,268$)

Как свидетельствуют данные, представленные в таблице 1 мотив «престиж профессии» обнаруживает сильную положительную связь с организаторскими способностями личности ($r=0,546$, $p \leq 0,01$).

Средняя положительная связь обнаружена между мотивом «материальное благополучие» и также организаторскими способностями ($r=0,364$, $p \leq 0,05$).

Следует констатировать, что ни коммуникативные ни организаторские способности не повлияли на мотивы «деловое отношение» и «творческое отношение».

Следует отметить, что врачи, да и другие медицинские работники, функционируют в системе отношений «человек-человек», в которой коммуникативные способности имеют особое значение, как для престижа профессии, так и для удовлетворенности ею и профилактики эмоционального выгорания.

Таким образом, полученные нами результаты дают возможность сделать вывод, о том, что студенты выпускники при выборе профессии врача руководствуются преимущественно мотивами «престиж профессии» и «материальное благополучие». В то же время усиление коммуникативной компоненты позволит повысить престиж профессии, минимизировать процессы выгорания, что следует учитывать в процессе обучения в вузе.

Список литературы.

1. Аргайл М. Психология счастья / М. Аргайл. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 271 с: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Бондарев В. П. Выбор профессии: из опыта работы центра проф. ориентации молодежи Ленингр. р-на Москвы / В. П. Бондарев. - Москва: Педагогика, 1989. - 126с.
3. Волошина Д. О. К вопросу изучения профессиональной мотивации в отечественной психологии // Образование и саморазвитие. – 2014. – № 1(39). – С. 50–53.
4. Гриншпун, С.С. Оценка личностно-делового потенциала учащихся в профориентационной работе // Школа и производство. – 1994–№ 6 – С. 11–12.
5. Клоктунова Н. А. Динамика детерминирующих мотивов выбора профессии врача студентами медицинского вуза // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 333–337.
6. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2010. – 511 с.
7. Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л. Л., Цаюкова Н. А. Коммуникативные навыки Учебное пособие. – Караганда – 2008. – 112 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ И ЕГО СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ УСТАНОВОК

Габдулина Л. И.¹, Ким В. В.²

¹Доцент, к. психол. н.

¹Кафедра психологии личности и консультативной психологии
Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»,
Россия, г. Ростов-на-Дону
²ООО «Дженезис», Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В статье делается акцент на том, что коммуникативные качества личности являются одним из значимых факторов её психологического благополучия. Представлены эмпирические данные об особенностях взаимосвязи между психологическим благополучием и деструктивными коммуникативными установками офисных работников. На основе полученных сведений описаны особенности психологического благополучия и коммуникативные качества психологически благополучного участника исследования.

Ключевые слова. психологическое благополучие, субъективное благополучие, коммуникативные качества личности, деструктивные коммуникативные установки, офисные работники.

THE RELATIONSHIP BETWEEN STUDENTS' SUBJECTIVE LONELINESS AND THEIR AFFILIATION MOTIVATION FEATURES OF SUBJECTIVE LONELINESS OF STUDENTS

¹Gabdulina L. I., ²Kim V. V.

¹Associate Professor, Candidate of Psychological Sciences

¹Department of Personality Psychology and Counseling Psychology
Academy of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don
²ООО "Genesis", Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The article focuses on the fact that communicative qualities of a person are one of the significant factors of his psychological well-being. Empirical data on the peculiarities of the relationship between psychological well-being and destructive communicative attitudes of office workers are presented. Based on the information obtained, the features of psychological well-being and communicative qualities of a psychologically well-being participant in the study are described:

Key words. psychological well-being, subjective well-being, communicative qualities of personality, destructive communicative attitudes, office workers.

Стремительно меняющиеся условия современной жизни, непредсказуемость различных социальных, политических и других ситуаций сказываются, помимо всего прочего, на психологическом благополучии людей. Достижение и поддержание психологического благополучия в различных сферах жизнедеятельности важно как для отдельного человека, так и для общества в целом. Являясь значимым жизненным устремлением человека, психологическое благополучие не только тесно связано с комфортным самоощущением, психическим и психологическим здоровьем личности [2,6], её личностным и

профессиональным развитием [4], самореализацией [3], но и в значительной мере обусловливает эффективность, продуктивность деятельности и взаимодействия людей [5]. Именно поэтому в последние десятилетия оно находится под постоянным вниманием исследователей.

Большинством авторов психологическое благополучие рассматривается как целостное многоаспектное образование. Описывая структуру благополучия, исследователи выделяют в ней два (Diener, Diener, 1996), пять (Селигман, 2013), шесть компонентов (Ryff, 1989) и т.д. Имеющиеся в современной отечественной и зарубежной психологии исследования позволяют сделать вывод о том, что будучи сложным целостным образованием, оно детерминировано многими факторами: внешними условиями, объективными обстоятельствами, жизненным путём личности, её отношением к нему и многим другим. Однако в центре детерминирующих уровень психологического благополучия источников находится личность - субъект разных форм активности, постоянно взаимодействующий с окружающим миром [Кучина].

В данной работе мы используем понятие психологического благополучия, которое предложили Т. Д. Шевеленковой и Т. П. Фесенко: оно рассматривается как целостное переживание, отражающее степень позитивного функционирования личности, степень её удовлетворенности собой и собственной жизнью [6]. Рассматривая индикаторы (аспекты, компоненты) авторы основываются на представлении К. Рифф, которая выделила следующие составляющие психологического благополучия: «автономия, овладение окружающей средой, личностный рост, позитивные отношения с другими, цель в жизни, принятие себя» [7,8]. Кроме того, в данной работе мы солидаризируемся с мнением Кучиной Т.И. [2] и др. о том, что в системе детерминирующих психологическое благополучие факторов центральное место занимает личность как субъект разных форм активности и прежде всего как субъект отношений с другими людьми, составляющих основное содержание жизни личности.

Можно с уверенностью полагать, что психологическое благополучие тесно связано с качеством межличностных отношений личности, которые, в свою очередь, обусловливаются её коммуникативными особенностями, могущими как способствовать, так и препятствовать построению удовлетворяющих её отношений с окружающими людьми. К личностным качествам, затрудняющим межличностные отношения, можно отнести деструктивные (негативные) установки личности, проявляющиеся в следующем её коммуникативном поведении в межличностных отношениях: брюзжание, завуалированная жестокость в отношении к людям, в суждениях о них, открытая жестокость в отношении к людям, обоснованный негативизм в суждениях о людях [1]. Важно понимать, какой вклад вносят те или иные коммуникативные личностные характеристики в психологическое благополучие личности. На изучение их связи направлено данное исследование. Оно имеет целью на выявление и анализ связи между психологическим благополучием в целом, его отдельными аспектами (индикаторами) и степенью выраженности некоторых коммуникативных качеств, в числе которых центральное место отводится деструктивным установкам молодых людей и людей среднего возраста (представителей работающей молодёжи – офисных работников), могущим заметно затруднять достижение ими психологического благополучия.

Целью данного исследования, таким образом, является изучение психологического благополучия и особенностей его связи с деструктивными коммуникативными установками офисных работников.

В исследовании приняли участие 50 человек - офисные сотрудники крупных компаний и государственных учреждений (26 мужчин и 24 женщины в возрасте от 20 до 40 лет). Выбор участников исследования обусловлен тем, что достижение психологиче-

ского благополучия людьми этой возрастной категории осложнено множеством факторов. Они находятся на этапе ранней взрослости, который предполагает высокую степень динамичности их внешней и внутренней жизни, необходимость вхождения в различные виды деятельности, с примеривание ими на себя новых социальных ролей, самореализацию в профессии и т.д.

Для получения первичных данных были применены методики: методика «Определение деструктивных установок в межличностных отношениях» (В.В. Бойко); методика диагностики шкалы психологического благополучия (Рифф, адаптация Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко); опросник СУМО (саморегуляция и успешность межличностного общения) (Куницыной В. Н).

Статистическая обработка данных была осуществлена с помощью описательной статистики, факторного и корреляционного анализа (по Спирмену). Для обработки данных были использованы стандартные программные пакеты статистической обработки данных: Excel и Statistica 13.4.

Психологическое благополучие участников исследования с нами было изучено помощью методики «Диагностика шкалы психологического благополучия» (Рифф, Т. Д. Шевеленковой и Т. П. Фесенко).

Результаты представлены ниже в табл. 1.

Таблица 1.

Среднегрупповые показатели общего уровня психологического благополучия и его индикаторов

<i>Индикаторы психологического благополучия</i>	<i>Степень выраженности</i>	<i>Нормативные значения</i>	<i>σ</i>
Психологическое благополучие	348	366,5	29,44
Позитивные отношения	59,5	64	7,7
Автономия	55,2	57	7,5
Управление средой	53,9	57,5	6,8
Личностный рост	60,3	65	5,5
Цели в жизни	58,3	63.5	6,68
Самопринятие	53,9	60	8
Баланс аффекта	92,6	87.5	11,35
Осмысленность жизни	101	98	10,12
Человек как открытая система	62,4	65	6.09

Среднегрупповые показатели общего уровня и изученных аспектов психологического благополучия участников исследования говорят в целом о среднем общем уровне психологического благополучия и средней степени выраженности отдельных его аспектов. Однако в степени выраженности основных индикаторов психологического благополучия имеют место заметные различия. Среднегрупповые показатели степени выраженности некоторых из них близки к нормативному значению. К ним относятся такие индикаторы психологического благополучия, как «автономия» «осмысленность жизни», что свидетельствует о том, что участники нашего исследования воспринимают свою жизнь в целом и основные её периоды (прошлое, настоящее и будущее) как наполнен-

ные смыслом, и они способны противостоять давлению со стороны внешнего окружения, независимо в решения и действовать в соответствии с ними. При этом остальные изученные нами аспекты психологического благополучия офисных работников имеет пониженную степень выраженности, в большей или меньшей степени приближаясь к нижней границе нормативного интервала. Исключение составляет «баланс аффекта», степень выраженности которого, наоборот, стремится к повышенному значению, приближаясь к верхней границы нормативного интервала. И это говорит о недооценке себя, неверии в свои силы участников нашего исследования, об их неуверенности в своей способности поддерживать позитивные отношения с окружающими людьми, что подтверждается и в том, что такие аспекты психологического благополучия, как «позитивные отношения» и «самопринятие» имеют пониженный уровень. О некоторой неудовлетворённости участников исследования собой и собственной жизнью свидетельствуют и показатели степени выраженности таких аспектов их психологического благополучия, как «управление средой», «личностный рост», «цели в жизни», «человек как открытая система». Они свидетельствуют о неуверенности участников нашего исследования в своих силах и способности изменить или улучшить условия своей жизни, об их неуверенности в своей способности развиваться, усваивать новые навыки, ставить цели на будущее, реалистично воспринимать любой жизненный опыт, эффективно его интегрировать.

Таким образом, в психологическом благополучии участвовавших в нашем исследовании офисных работников при наличии в целом общего среднего его уровня выявлен ряд проблем, связанных со степенью выраженности отдельных его индикаторов.

Далее в нашем исследовании были изучены деструктивные коммуникативные установки и некоторые другие коммуникативные личностные качества для установления их связи с психологическим благополучием участников исследования. Были применены методики: «Определение деструктивных установок в межличностных отношениях» (В. В. Бойко); опросник СУМО (саморегуляция и успешность межличностного общения) (Куницыной В. Н).

Результаты исследования деструктивных установок в общении приведены ниже в табл. Они говорят о средней степени их выраженности у участников исследования.

Таблица 2.

Среднегрупповые показатели выраженности деструктивных коммуникативных установок офисных работников

<i>Индикаторы деструктивных коммуникативных установок</i>	<i>Степень выраженности</i>	<i>Максимальные значения</i>
Общий уровень негативных установок	50,6	100
Завуалированная жестокость	9,8	20
Открытая жестокость	24,7	45
Обоснованный негативизм	2,8	5
Брюзжание	4,5	10
Негативный личный опыт	10,1	20

При этом с помощью корреляционного анализа были установлены значимые связи между их возрастом и некоторыми коммуникативными качествами (см. табл. 3 ниже). Как выяснилось, с возрастом значимо положительно связана степень выраженности компонента деструктивной коммуникативной установки «Негативные личный опыт общения с окружающими», что свидетельствует об увеличении с возрастом степени выраженности негативной оценки офисными работниками своего предшествующего опыта взаимодействия и совместной деятельности с окружающими людьми, а

также – об увеличении с возрастом степени выраженности авторитарного стиля общения и ослаблении, по их оценке, навыков и умений общения.

Таблица 3.

Значимые корреляции между и степенью выраженности коммуникативных качеств офисных работников и их возрастом

<i>Коррелируемые переменные</i>	<i>R</i>	<i>p-уровень</i>
Негативный личный опыт & Ваш возраст	0,322	0,023
На & Возраст	-0,377	0,007
АВ & Возраст	0,363	0,010

Условные обозначения:

На - навыки, умения общения

АВ – авторитарный стиль общения

Для установления связи между психологическим благополучием и коммуникативными качествами офисных работников был применён корреляционный и факторный анализ, результаты которого приведены в табл. 4 и 5. Представленные в табл. 4 значимые корреляции между негативными коммуникативными установками участников исследования и их психологическим благополучием говорят о следующем. Общий уровень негативных установок в межличностных отношениях тесно сопряжён с двумя аспектами психологического благополучия: положительно - «балансом аффекта» и отрицательно - «личностным ростом». Иными словами, повышение общего уровня негативных коммуникативных установок участников исследования закономерно связано с увеличением степени выраженности недооценки ими себя, с их неуверенностью в своей способности поддерживать позитивные отношения с окружающими людьми, а также - их неуверенностью в своей способности развиваться, усваивать новые навыки. Последнее, то есть «личностный рост» как один из индикаторов психологического благополучия, имеет значимую отрицательную связь с компонентом деструктивной коммуникативной установки «открытая жестокость», которая, в свою очередь, отрицательно связана с индикаторами психологического благополучия: «самопринятием» и «человек как открытая система», Иначе говоря, чем больше выражено у участников нашего исследования неприятие себя, неспособность реалистично воспринимать любой жизненный опыт и эффективно его интегрировать, неуверенность в своей способности меняться и развиваться, тем больше они склонны к открытой жестокости в отношениях с другими людьми и наоборот.

Таким образом, из индикаторов психологического благополучия с уровнем негативных установок в межличностных отношениях офисных работников прежде всего связаны относящиеся к их самоотношению, оценке ими своих способностей развиваться и эффективно интегрировать свой жизненный опыт.

Таблица 4.

Значимые корреляции между показателем психологического благополучия индивида и степенью выраженности деструктивных коммуникативных установок

<i>Коррелируемые переменные</i>	<i>R</i>	<i>p-уров</i>
Общий уровень негативных установок & Личностный рост	-0,393	0,005
Общий уровень негативных установок & Баланс аффекта	0,501	0,000
Открытая жестокость & Личностный рост	-0,472	0,001
Открытая жестокость Самопринятие	-0,374	0,008
Открытая жестокость & «Человек как открытая система»	-0,400	0,004

Приведённые в табл. 5 результаты факторного анализа, с нашей точки зрения, позволяют охарактеризовать психологически благополучного участника нашего исследования следующим образом.

Таблица 5.

Психологическое благополучие офисных работников с высоким общим показателем

<i>Переменные</i>	<i>Факторные нагрузки</i>
Психологическое благополучие	,645
Личностный рост	,535
Цели в жизни	,586
Человек как открытая система	,506
На	,607
Мо	,584

Условные обозначения:

На - навыки, умения общения

Мо- «мои ошибки», самокритичность

Психологически благополучные офисные работники владеют коммуникативными навыками, считают, что их прошлая и настоящая жизнь имеет смысл, имеют убеждения, которые являются источником их жизненных целей, самокритичны, признают свои ошибки и недостатки, уверены в своей способности развиваться и готовы к постоянному совершенствованию, уверены в своей способности усваивать и эффективно интегрировать новый жизненный опыт, что исключает выраженность деструктивных коммуникативных установок в межличностных отношениях.

С уровнем негативных установок в межличностных отношениях офисных работников прежде всего связаны индикаторы психологического благополучия, относящиеся к их самоотношению, к оценке ими своих способностей развиваться и эффективно интегрировать свой жизненный опыт. Описанные выше связи между психологическим благополучием и уровнем их негативных установок в межличностных отношениях свидетельствуют, с нашей точки зрения, об их взаимообусловленности.

Полученные им эмпирические данные позволяют конкретизировать представление об индивидуально-личностных детерминантах психологического благополучия

Список литературы.

1. Бойко В. В. Психоэнергетика. / В. В. Бойко Пб.: Питер, 2008. — С. 416. [Электронный ресурс] URL: https://bookap.info/okolopsy/boyko_psihoenergetika/gl66.shtm (дата обращения: 28.04.2022).
2. Кучина Т.И. Психологическое благополучие молодых людей в изменяющемся мире // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 3. С. 72–80. <https://doi.org/10.24158/spp.2022.3.10>.
3. Пучкова Г. Л. Субъективное благополучие как фактор самоактуализации личности. Хабаровск, 2003. 124 с.
4. Савченко И. А., Саяпина А. С. Психологическое благополучие и профессиональное развитие// Психологическое благополучие современного человека [Электронный ресурс]: материалы Международной заочной научно-практической конференции (20 марта 2019 г.) / Урал. гос. пед. ун-т; отв. ред. С. А. Водяха. – Электрон. дан. – Екатеринбург: [б. и.], 2019. С. 87–91

5. Шамионов Р. М. Субъективное благополучие личности как субъекта социального бытия // Известия Саратовского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2014. Т. 14 (№ 1). С. 80–86.
6. Шевеленкова Т. Д., Фесенко П. П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95–122.
7. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57. P. 1069–1081.
8. Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995) The Structure of Psychological Well-Being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 69, 719–727. Available from: <https://doi.org/doi/10.1037/0022-3514.69.4.719>

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО И СТРУКТУРА ЦЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЕЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Гвоздева Д. И.¹, Джанерьян С.Т.²

¹²Кафедра психологии личности и консультативной психологии
Академия психологии и педагогики
ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»
Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В статье представлены результаты исследования ценностей мужчин и женщин с разным уровнем суверенности психологического пространства личности. В исследовании приняли участие 100 респондентов в возрасте от 18 до 35 лет. Исследование проводилось с помощью методов тестирования и статистической обработки данных. Было показано, что высокая суверенность психологического пространства мужчин и женщин обуславливает интеграцию в единую структуру преимущественно индивидуальных ценностей, а низкая суверенность психологического пространства – преимущественно социальных.

Ключевые слова. психологическое пространство личности, суверенность, ценности, структура ценностей, мужчины, женщины.

PSYCHOLOGICAL SPACE AND THE STRUCTURE OF PERSONALITY VALUES IN THE CONTEXT OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PERSONALITY

Gvozdeva D.I.¹, Dzhanyeryan S.T.²

¹²Department of Personality Psychology and Counseling Psychology
Academy of Psychology and Pedagogy
Southern Federal University,
Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The article presents the results of a study of the values of men and women with different levels of sovereignty of the psychological space of the personality. The study involved 100 respondents aged 18 to 35 years. The study was conducted using testing methods and statistical data processing. It was shown that the high sovereignty of the psychological space of men and women determines the integration into a single structure of mainly individual values, and the low sovereignty of the psychological space – mainly social.

Keywords. psychological space of personality, sovereignty, values, structure of values, men, women.

Обеспечение благополучия населения как одна из важнейших задач, стоящих перед обществом и государством, в психологическом аспекте трансформируется в поддержание психологического благополучия личности. Согласно теории аффективного баланса показателем психологического благополучия выступает преобладание у личности позитивных аффектов над негативными [1], при этом причиной позитивных аффектов являются счастливые и радостные события в жизни. Однако, как отмечают некоторые авторы [1; 2], наполнение собственной жизни позитивными переживаниями за счет избегания обыденного течения жизни и увеличения удовольствий создает «гедонистический круговорот», требующий все больше удовольствий, новых событий и взаимоотношений, что приводит, в итоге, к снижению уровня благополучия.

Большинство исследователей едины во мнении, что позитивные эмоциональные оценки собственной жизни являются лишь одним из индикаторов психологического

благополучия [3], в то время как ценности личности выступают его детерминантой [4]; источником [5]; средством формирования [1; 2]; предиктором [6]. Как показывают исследования, высокий уровень психологического благополучия личности взаимосвязан, преимущественно, с доминированием эвдемонических ценностей [1]; ценностей разных сторон жизнедеятельности (семьи, друзей, любви, работы, успеха, хобби) [7] и социальных ценностей [2; 8]. Наряду с этим для обеспечения психологического благополучия необходимы следующие условия: наличие непротиворечивой системы ценностей личности [9]; наличие межпоколенной трансмиссии ценностей [6]; отсутствие девальвации ценностей [10]; конгруэнтность ценностей личности с ценностями социального окружения [6]; наличие возможности контролировать и осуществлять свою жизнь в соответствии с личностными ценностями [5].

Наличие ценностной регуляции собственной жизни личности поднимает вопрос о её субъектности. Одной из форм субъектности личности выступает её психологическое пространство, которое понимается как «...субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека.» [11, С.98]. Наиболее важным свойством психологического пространства является прочность его границ, которая обуславливает такую характеристику психологического пространства, как его суверенность. О суверенном психологическом пространстве можно говорить при наличии целостных границ; пространство с нарушенными границами называют депривированным. В широком смысле слова под характеристикой суверенность/депривированность скрывается выраженность потребности личности в приватности и возможности регулировать свои отношения с миром [11]. Авторы констатируют, что обладатель суверенного психологического пространства может поддерживать свою личностную автономию, управлять взаимодействием с миром, переживать суверенность собственного «Я», чувствовать себя в безопасности, быть уверенным и доверять миру [11]. Другими словами, суверенная личность способна регулировать процессы самопрезентации и самораскрытия в отношениях с другим человеком, защищая свое психологическое пространство и создавая зону психологического благополучия во взаимоотношениях [12]. В исследованиях установлено, что уровень суверенности психологического пространства соответствует уровню психологического благополучия личности [13-15], показателями которого выступают положительные отношения с другими, автономия, личностный рост, управление окружением, цели в жизни и самопринятие [по 16]. Также в эмпирических исследованиях показано, что высокая суверенность психологического пространства сопровождается доверием к миру, себе и другим людям, заботой о других [12; 15]; независимостью и способностью противостоять социальному давлению; способностью управлять повседневными делами [15], что согласуется с показателями психологического благополучия личности. Таким образом, суверенность психологического пространства может выступать фактором, способствующим достижению личностью психологического благополучия.

С одной стороны, как было сказано выше, характеристики психологического пространства обуславливают отношение личности к миру в широком смысле этого слова, а с другой стороны они зависят от интенсивности и осмысленности жизни личности – при неопределенности в жизни психологическое пространство расширяется, при стабильности в жизни остается неизменным, а при возникновении ценной идеи сужается; в критических ситуациях границы психологического пространства теряют свою прочность [11]. Известно, что высшими регуляторами жизнедеятельности личности, придающими направленность и осмысленность её жизни, являются личностные ценности [17]. Принимая во внимание взаимосвязь между уровнем суверенности психологического пространства личности и уровнем её психологического благополучия, а также взаимосвязь

последнего с ценностями, мы полагаем, что суверенность психологического пространства как показатель психологического благополучия личности может поддерживаться спецификой содержания и структуры личностных ценностей.

Объект и методы исследования. Проведенное исследование было *нацелено* на установление содержания и структуры ценностей личности у мужчин и женщин с разным уровнем суверенности их психологического пространства. *Предмет исследования* – ценности личности. Эмпирическим объектом исследования выступили 100 респондентов (36 мужчин и 64 женщины) в возрасте от 18 до 35 лет. В исследовании были применены методы тестирования (методика «Суверенность психологического пространства личности» С. К. Нартовой-Бочавер, ценностный опросник Ш.Шварца) и статистической обработки данных (дескриптивная статистика, коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты и обсуждение. По результатам методики «Суверенность психологического пространства личности» установлены группы мужчин и женщин с высоким, средним и низким уровнями суверенности психологического пространства. Далее в каждой группе устанавливалась содержание и структура ценностей респондентов.

У женщин с низким уровнем суверенности психологического пространства центральной в структуре ценностей является ценность «безопасность», которая интегрирована с ценностями «конформность» ($R_s=0,56$; $p=0,028$), «доброта» ($R_s=0,54$; $p=0,036$), «традиции» ($R_s=0,79$; $p=0,000$), «самостоятельность» ($R_s=0,52$; $p=0,047$), «стимуляция» ($R_s=0,65$; $p=0,008$), «достижения» ($R_s=0,68$; $p=0,004$), «гедонизм» ($R_s=0,70$; $p=0,003$). Здесь и далее под центральной ценностью мы понимаем ценность, для которой установлено наибольшее количество взаимосвязей с другими ценностями. В соответствии с классификацией ценностей Ш.Шварца [18] ведущая ценность «безопасность» относится к группе ценностей сохранения, в которую также входят интегрированные с ней ценности «конформность» и «традиции». При этом интегрированными с ценностью «безопасность» оказались также ценности, относящие к противоположной по содержанию группе – ценности открытости к изменениям («самостоятельность», «стимуляция», «гедонизм»), что позволяет говорить о возможности возникновения ценностного конфликта у женщин данной группы.

У мужчин с низким уровнем суверенности психологического пространства в структуре ценностей не установлено центральной ценности, а взаимосвязанными между собой оказались ценности «конформность», «универсализм», «доброта» и «традиции» (Рис.1). Вышеописанные ценности относятся к совместимым и дополняющим друг друга ценностям (заботы о людях, природе и сохранения), которые составляют группу социальных ценностей [18].



Рис. 1. Структура ценностей личности у мужчин с низким уровнем суверенности психологического пространства (r, Spearman)



Рис. 2. Структура ценностей личности у мужчин с высоким уровнем суверенности психологического пространства (r, Spearman)

Таким образом, при низком уровне суверенности психологического пространства, когда личность вынуждена защищать свои границы, у женщин структура ценностей конфликтна, и центральной ценностью в ней является ценность сохранения, а у мужчин интегрированы между собой ценности сохранения и заботы о людях.

У женщин с высоким уровнем суверенности психологического пространства центральной в структуре ценностей является ценность «власть», которая интегрирована со всеми ценностями, кроме ценности «универсализм» (Таблица 1). Отметим, что очень высокая суверенность психологического пространства может выступать как защитный фактор (психологический кокон), обеспечивающий комфортное существование при выраженном недоверии к миру [12] и внешних интервенциях [11], что может обуславливать направленность на контроль и управление другими.

У мужчин с высоким уровнем суверенности психологического пространства не установлено центральной ценности, а взаимосвязанными оказались ценности «безопасность» (ценность сохранения), «стимулирование», «гедонизм» и «самостоятельность» (ценности открытости к изменениям) (Рис. 1), что говорит о потенциальной конфликтности их ценностной сферы [18].

Таким образом, при высоком уровне суверенности психологического пространства, когда личность самостоятельно регулирует взаимоотношения с миром, структура ценностей у женщин конфликтна, а у мужчин – потенциально конфликтна; в структуре ценностей респондентов обоего пола преобладают индивидуалистические ценности - у женщин ценность «власть», а у мужчин - ценности открытости изменениям.

Таблица 1.

Взаимосвязи между ценностями у женщин с высоким уровнем суверенности психологического пространства (rs Spearman)

Ценности	Spearman R	p-level
Власть - Конформность	0,642114	0,004064
Власть - Традиции	0,614283	0,006682
Власть - Доброта	0,595105	0,009178
Власть - Универсализм	0,382963	0,116735
Власть - Самостоятельность	0,729124	0,000597
Власть - Стимуляция	0,499478	0,034819
Власть - Гедонизм	0,690865	0,001500
Власть - Достижения	0,727324	0,000625
Власть - Безопасность	0,542570	0,019994

У женщин со средним уровнем суверенности психологического пространства центральной в структуре ценностей является ценность «достижения», которая интегрирована со всеми ценностями, кроме ценности «безопасность» (Таблица 2).

Таблица 2.

Взаимосвязи между ценностями у женщин со средним уровнем суверенности психологического пространства (rs Spearman)

Ценности	Spearman R	p-level
Достижения - Конформность	0,375964	0,037122
Достижения - Традиции	0,522732	0,002553
Достижения - Доброта	0,508763	0,003471
Достижения - Универсализм	0,652230	0,000070
Достижения - Самостоятельность	0,514364	0,003073
Достижения - Стимуляция	0,519153	0,002766

Достижения - Гедонизм	0,661921	0,000050
Достижения - Власть	0,652110	0,000070
Достижения - Безопасность	0,218973	0,236605

У мужчин со средним уровнем суверенности психологического пространства в структуре ценностей не установлено центральной ценности, а взаимосвязанными между собой оказались ценности «безопасность», «конформность», «универсализм», «доброта» и «традиции» (Рис.3), которые составляют группу социальных ценностей [18].



Рисунок 3. Структура ценностей личности у мужчин со средним уровнем суверенности психологического пространства (r_s Spearman)

Таким образом, при среднем уровне суверенности психологического пространства, когда человек уверен в себе, доверяет миру и умеет строить гармоничные отношения, у женщин структура ценностей конфликтна, и центральной ценностью выступает ценность «достижения», а у мужчины интегрированы между собой ценности сохранения и заботы о людях.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что уровни суверенности психологического пространства поддерживаются спецификой содержания и структуры ценностей респондентов в зависимости от их пола. Так, при низком уровне суверенности психологического пространства личности в единую структуру интегрированы преимущественно социальные ценности; при высоком уровне - индивидуалистические ценности; при среднем уровне – индивидуалистические у женщин и социальные у мужчин. Высокая и средняя суверенность психологического пространства у женщин сопровождается их ориентацией на самоутверждение - при высокой суверенности через власть, а при средней – через достижения. Не зависимо от уровня суверенности психологического пространства ценностная сфера женщин остается потенциально конфликтной. В литературе отмечается, что противоречие в системе ценностей приводит к психологическому неблагополучию (Берзин). Низкая и средняя суверенность психологического пространства у мужчин сопровождается их ориентацией на обеспечение безопасности и заботу о других, а высокая – ориентацией на обеспечение безопасности, событийную насыщенность, самостоятельность, риск, что делает ценностную сферу личности при высокой суверенности психологического пространства потенциально конфликтной.

Заключение. Исследование показало, что суверенность психологического пространства у женщин поддерживается такой структурой ценностей, где выделяются ведущие ценности, содержание которых различно при разном уровне суверенности психологического пространства. Суверенность психологического пространства у мужчин поддерживается такой структурой, в которой ценности взаимосвязаны без выделения

центральной ценности, а содержание взаимосвязанных ценностей зависит от уровня суверенности психологического пространства.

Список литературы.

1. Водяха С. А. Современные концепции психологического благополучия личности // Дискуссия. 2012. № 2. С. 132–138.
2. Комарова О. Н., Рассказова А. Л. Ценности старшеклассников как предикторы их психологического благополучия // Вестник Московского информационно-технологического университета - Московского архитектурно-строительного института. 2023. № 1. С.140-149. – DOI 10.52470/2619046X_2023_1_140.
3. Меренкова В. С., Солодкова О. Е. Исследование феномена "удовлетворенность жизнью" // Комплексные исследования детства. 2020. Т. 2. № 1. С. 4–13. – DOI 10.33910/2687–0223-2020-2-1-4–13.
4. Белинская Е. П., Савинкина А.О. Социально-психологические проблемы здоровья // Человек работающий. Междисциплинарный подход в психологии здоровья /под ред. К.А. Бочавера, А. Б. Данилова. Москва: Перо, 2018. С. 7–37.
5. Тихомандрицкая О. А., Малышева Н. Г., Шаехов З. Д., Кабальнов Н. А. Проблема взаимосвязи личностных ценностей и психологического благополучия у старшеклассников // Психологические исследования. 2018. Т. 11. № 62. С. 9.
6. Галяпина В.Н., Лебедева Н. М. Трансмиссия ценностей и психологическое благополучие подростков: трехпоколенное исследование русских и осетин в Республике Северная Осетия — Алания // Культурно-историческая психология. 2019. Том 15. № 2. С. 43–53. DOI: 10.17759/chp.2019150205
7. Леонтьев Д. А., Рассказова Е.И. Что надо для счастья: культурные, региональные и индивидуальные различия и инварианты источников счастья. Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2006. № 2. С.3–13.
8. Худякова Т. Л., Бородовицына Т. О. Взаимосвязь ведущих ценностей личности и компонентов психологического благополучия студентов различных профилей подготовки // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. 2021. № 3. С. 63-67.
9. Берзин Б. Ю. Психологическое благополучие личности: к вопросу о сущности понятия // Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2018. Т. 24, № 4(180). С. 74–81.
10. Шутенко А.И. Девальвация ценностей как социокультурный вызов психологическому благополучию и здоровью современной молодежи // Проблема психологии личности в условиях социокультурных вызовов российскому обществу: сборник статей. Белгород: Издательский дом "Белгород", 2018. С.218-227.
11. Нартова-Бочавер С. К. Психологическое пространство личности: монография. Москва: Прометей, 2005. 312 с.
12. Комарова Т. К. Суверенность как фактор психологического благополучия личности // Проблемы психологического благополучия: Материалы Международной заочной научной конференции. Екатеринбург-Фергана: [б.и.], 2022. С. 468–475.
13. Панина Е. Н. Взаимосвязь суверенности психологического пространства и субъективного благополучия личности: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук: 19.00.01 - Общая психология, психология личности, история психологии. Красноярск, 2006. 22 с.
14. Бисингалиева Ж. А. Исследование взаимосвязи психологических границ и суверенности психологического пространства // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. №3. <https://mir-nauki.com/PDF/57PSMN319.pdf>

15. Сунцова Я. С. Психологическое благополучие женщин с разным уровнем суверенности психологического пространства // Евразийское научное объединение. 2020. № 10–7(68). С. 509–513.
16. Музыченко А. В., Харитончик А. А. Взаимосвязь психологического благополучия и ценностных ориентаций личности // Коллекция гуманитарных исследований. 2023. № 1(35). С. 53–58. DOI 10.21626/j-chr/2023–1(35)/7
17. Леонтьев Д. А. Психология смысла: монография. Москва: Смысл, 2019. 84 с.
18. Карандашев В. Н. Методика Ш.Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.

СОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПАНДЕМИЮ COVID-19

Золотарева А. А.

*Департамент психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Россия, г. Москва*

Аннотация. Целью исследования является изучение соматических и психологических реакций на пандемию COVID-19. Опрошенные студенты российских университетов ($n = 1236$) в большинстве случаев испытывали симптомы стресса (55%), тревоги (63%), депрессии (55%) и соматизации (72%). Соматические и психологические реакции были более частыми и интенсивными у студентов, перенесших инфекцию SARS-CoV-2. Данные результаты могут стать основой для разработки профилактических мероприятий в российских университетах.

Ключевые слова: стресс, тревога, депрессия, соматизация, пандемия COVID-19

SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO THE COVID-19 PANDEMIC

Zolotareva A.A.

*School of Psychology, National Research University Higher School of Economics,
Russia, Moscow*

Abstract. The current study examined somatic and psychological reactions to the COVID-19 pandemic. The students of Russian universities ($n = 1,236$) in most cases experienced symptoms of stress (55%), anxiety (63%), depression (55%), and somatization (72%). Somatic and psychological reactions were more frequent and intense in students with experience of SARS-CoV-2 infection. These findings can become the basis for the development of preventive measures in Russian universities.

Keywords: stress, anxiety, depression, somatization, COVID-19 pandemic

После объявления Всемирной организацией здравоохранения пандемии COVID-19 правительства по всему миру разработали меры по предотвращению заражений инфекцией SARS-CoV-2. Данные меры касались в том числе студентов, которые были вынуждены учиться дистанционно. Зарубежные исследователи выявили, что многие студенты были обеспокоены вопросами, связанными с финансовым положением, академическими перспективами и карьерным ростом, переживали за состояние здоровья своей семьи и дальнейшие траектории своего образования, сообщали о неудовлетворенности онлайн-обучением из-за низкой самоэффективности, общей тревожности и страха перед пандемией COVID-19 [1; 9].

Российские исследователи сравнивали показатели стресса, тревоги и депрессии у студентов университетов до пандемии COVID-19, в первые дни распространения пандемии и во время строгих мероприятий по сдерживанию заражений инфекцией SARS-CoV-2 [10]. До пандемии студенты значительно реже сообщали о симптомах стресса, тревоги и депрессии, чем в первые дни распространения пандемии и во время строгих профилактических мероприятий. Известно, что во время пандемии COVID-19 депрессивные симптомы были более выраженными среди русских взрослых, чем среди взрослых итальянцев, немцев и испанцев [2]. Подобной статистики в студенческой среде до сих пор не было предоставлено, в связи с чем целью настоящего исследования является

изучение соматических и психологических реакций студентов российских университетов на пандемию COVID-19.

Метод. Сбор данных проходил в марте-апреле 2021 года сразу после отмены дистанционного формата обучения. В исследовании приняли участие 1236 студентов нескольких российских университетов, в том числе 889 (72%) девушек и 347 (28%) юношей в возрасте от 18 до 24 лет ($M = 19,57$; $SD = 2,13$).

Все участники исследования заполнили следующие инструменты:

1. Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15) К. Кроенке в адаптации А. А. Золотаревой оценивает общий показатель соматизации и содержит перечень соматических симптомов (например, «боль в грудной клетке», «ощущение сильного сердцебиения»).

2. Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scale-21) С. Ловибонда и П. Ловибонда в адаптации А.А. Золотаревой измеряет коморбидные состояния депрессии (например, «Мне казалось, что жизнь бессмысленна»), тревоги (например, «Мне было страшно без всякой на то причины») и стресса (например, «Я чувствовал, что трачу много нервов»).

Кроме того, участники исследования ответили на социально-демографическую анкету с вопросами о поле, возрасте и опыте инфицирования SARS-CoV-2 (в том числе субъективном, т.е. не подтвержденном результатами медицинских анализов и обследований).

Результаты. Соматизация была выявлена у 72% студентов (на рис. 1 показана статистика соматических симптомов). Более половины опрошенных жаловались на симптомы стресса (55%), тревоги (63%) и депрессии (55%).



Рисунок 1. Статистика соматических и психологических реакций на пандемию COVID-19

Студенты, перенесшие инфекцию SARS-CoV-2, чаще сообщали о симптомах стресса ($\chi^2(1) = 6,640$, $p = 0,010$), тревоги ($\chi^2(1) = 6,326$, $p = 0,012$) и соматизации ($\chi^2(1)$

= 11,767, $p = 0,001$), но не депрессии ($\chi^2(1) = 2,234, p = 0,135$). Рис. 2 описывает процентное соотношение соматических и психологических реакций на пандемию COVID-19 у студентов, перенесших и не перенесших инфекцию SARS-CoV-2.

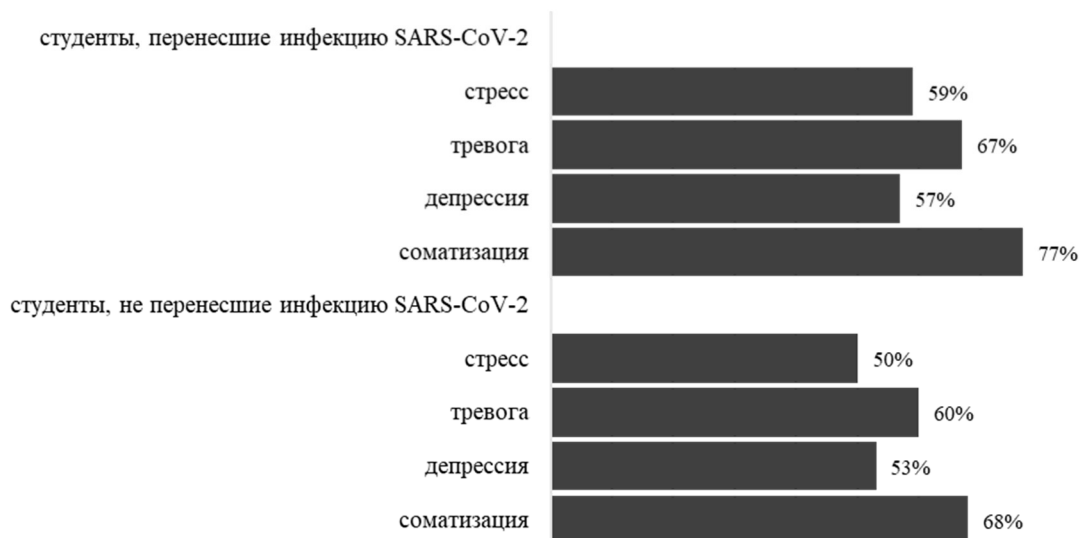


Рисунок 2. Соматические и психологические реакции на пандемию COVID-19 у студентов, перенесших и не перенесших инфекцию SARS-CoV-2

Обсуждение результатов. Соматический и психологический дистресс среди студентов российских университетов был выше, чем среди студентов французских [6], китайских [7], чешских и словацких университетов [4]. Высокая частота встречаемости симптомов психологического неблагополучия российских подростков была подтверждена результатами допандемических исследований [3]. Кроме того, частота и интенсивность соматических и психологических реакций были выше у студентов, перенесших инфекцию SARS-CoV-2. В зарубежных исследованиях с участием взрослых респондентов опыт перенесенной инфекции SARS-CoV-2 также был связан с симптомами соматического и психологического дистресса [5].

Ключевым ограничением настоящего исследования является тот факт, что участники исследования отмечали опыт перенесенной SARS-CoV-2 как в случае подтвержденного заболевания, так и в случае, если им казалось, что они переболели COVID-19. Некоторые симптомы соматизации сходны с симптомами инфекции SARS-CoV-2, такие как усталость, головокружение, головная боль, диарея, тошнота и боли в животе, что может привести к ошибочному предположению респондентов о том, что они были инфицированы SARS-CoV-2 [8]. Будущие исследования должны включать объективную оценку соматического и психологического неблагополучия среди студентов российских университетов, основанную на данных медицинских осмотров и динамических наблюдений.

Заключение. Знания о соматических и психологических реакциях студентов на пандемию COVID-19 могут стать основой профилактических мероприятий в российском образовательном пространстве.

Список литературы.

1. Appleby J. A., King N., Saunders K. E. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the experience and mental health of university students studying in Canada and the UK: A cross-sectional study // *BMJ Open*. – 2022. – V. 12. – e050187.

2. Brailovskaia J., Cosci F., Mansueto G. et al. The association between depression symptoms, psychological burden caused by Covid-19 and physical activity: An investigation in Germany, Italy, Russia, and Spain // *Psychiatry Research*. – 2021. – V. 295. – ID 113596.
3. Brailovskaia J., Schönfel P., Zhang X. et al. A cross-cultural study in Germany, Russia, and China: Are resilient and social supported students protected against depression, anxiety, and stress? // *Psychological Reports*. – 2018. – V. 121. – P. 265–281.
4. Gavurova B., Ivankova V., Rigelsky M. et al. Somatic symptoms, anxiety, and depression among college students in the Czech Republic and Slovakia: A cross-sectional study // *Frontiers in Public Health*. – 2022. – V. 10. – ID 859107.
5. Guerrini C. J., Schneider S. C., Guzick A. G. et al. Psychological distress among the U.S. general population during the COVID-19 pandemic // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – V. 12. – ID 642918.
6. Le Vigouroux S., Goncalves A., Charbonnier E. The psychological vulnerability of French university students to the COVID-19 confinement // *Health Education and Behaviour*. – 2021. – V. 48. – P. 123–131.
7. Liu S., Liu Y., Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey // *Psychiatry Research*. – 2020. – V. 289. – ID 113070.
8. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infection: A systematic review and meta-analyses with comparison to the COVID-19 pandemic // *Lancet Psychiatry*. – 2020. – V. 7. – P. 611–627.
9. Schiff M., Zasiakina L., Pat-Horenczyk R. et al. COVID-related functional difficulties and concerns among university students during COVID-19 pandemic: A binational perspective // *Journal of Community Health*. – 2021. – V. 46. – P. 667–675.
10. Zinchenko Y. P., Shaigerova L. A., Almazova O. V. et al. The spread of COVID-19 in Russia: Immediate impact on mental health of university students // *Psychological Studies*. – 2021. – V. 66. – P. 291–302.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ (ПО ЗАРУБЕЖНЫМ ВЗГЛЯДАМ)

Караяни А. Г.

Кафедра психологии служебной деятельности

*Санкт-Петербургский военный ордена Жукова институт войск национальной гвардии
Российской Федерации,
Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные подходы к оказанию психологической помощи участникам боевых действий в зарубежных армиях. Раскрываются особенности американской, британской и израильской схем психологической помощи. Делаются выводы о возможности использования зарубежного опыта в деятельности российских военно-психологических структур.

Ключевые слова. боевой стресс, психологическая помощь участникам боевых действий, психологическая реабилитация участников боевых действий.

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO COMBAT PARTICIPANTS (ACCORDING TO THE FOREIGN VIEW)

Karayani A. G.

Department of Psychology of official activity

*St. Petersburg Military Order of Zhukov Institute of the National Guard of the Russian Federation,
Russia, St. Petersburg*

Annotation. This article discusses the main approaches to providing psychological assistance to participants in combat operations in foreign armies. The features of American, British, and Israeli psychological assistance schemes are revealed. Conclusions about the possibility of using foreign experience in the Russian activities of military psychological structures are drawn.

Keywords. combat stress, psychological assistance to combatants, psychological rehabilitation of combatants.

Революционный рост мощности, точности, дальнобойности, всепогодности военных средств поражения остро ставит вопрос о содержании и эффективных схемах оказания психологической помощи участникам боевых действий. С одной стороны, возрастающая поражающая мощь оружия, увеличивая объёмы гибели и ранений участников военных событий и повышая уровень их психотравматизации, актуализирует необходимость психологической помощи. С другой стороны, она же существенно ограничивает возможности её осуществления в зоне боевых действий. В связи с этим специалисты зарубежных армий активно ведут поиск форм и методов оказания психологической помощи участникам боевых действий, стремясь предоставить её каждому военнослужащему и, одновременно, обеспечить максимальную безопасность участников вспомогательного взаимодействия.

Изучение практики зарубежных специалистов (психологов, психиатров, социальных работников, специалистов по душевному здоровью и т. д.) по оказанию психологической помощи участникам боевых действий позволяет выделить по крайней мере три качественно своеобразных подхода в этой области: британский, израильский и американский [1—11].

Анализ британской военно-психологической литературы и беседы с руководителями британского психологического общества позволяют заключить, что в *Великобритании* отсутствует развёрнутая военно-психологическая служба. В вооружённых силах этой страны функционирует главный военный клинический психолог, который активно сотрудничает с гражданскими региональными психологическими (медицинскими) центрами. В связи с этим система психологической помощи участникам боевых действий основывается на психологическом активе, который реализует технологию TRiM (Trauma Risk Management — управление риском травматизации) [6]. Суть этой технологии базируется на постулате «Разделенный страх — пол страха. Разделённое горе — пол горя». Для её практической реализации осуществляется подготовка десятков тысяч психологических активистов из числа военнослужащих, питающих интерес к психологии, отличающихся организаторскими и коммуникативными качествами. Главной задачей психологических активистов является выявление в ходе боевой работы и, особенно в постбоевой период, сослуживцев, испытывающих дистресс и побудить их к обсуждению их состояния. Считается, что вербализация переживаемых проблем позволяет участникам боевых действий отреагировать, переосмыслить и купировать их. При этом роль психологического активиста состоит в том, чтобы не только побуждать сослуживца к вербализации травматических инцидентов, но и к оказанию элементарной психологической поддержки, в виде демонстрации соприсутствия, сочувствия, готовности прийти на помощь и т. д.

Сам акроним TRiM означает «обрезать». То есть целью реализуемой технологии психологической помощи является «обрезка», прерывание процесса развития негативных психических тенденций в здоровье участника боевых действий, недопущение их трансформации в серьёзные психические расстройства.

Об эффективности рассматриваемой системы говорит следующий факт. Оценивая причины почти трёхкратно более низкого уровня ПТСР в британской армии по сравнению с вооружёнными силами США, эксперты приводят в качестве одной из причин функционирование системы TRiM [8].

Израиль отказался от использования в названии службы психологического вспомоществования термина «психологическая», считая, что оно «отпугивает» нуждающихся в помощи. Поэтому сегодня в армии обороны *Израиля* действует служба душевного здоровья.

Сущность израильского подхода к оказанию первой психологической помощи в экстремальной, в том числе боевой, обстановке раскрывает профессор Тель-Авивского медицинского центра им. Хаима Шебы профессор Иосиф Зохар (Jozeph Zohar) [4]. Общее название системы помощи — Erase, что означает «стирать», «очищать», «удалять». Здесь используется образ стиральной резинки, которая стирает всё ненужное, ошибочное.

Система психологической помощи лицам, подвергшимся мощному стрессору, предполагает реализацию следующих процедур:

- 1) снижение стрессового воздействия (расположение пострадавшего в безопасном месте);
- 2) удовлетворение физиологических потребностей (в воде, пище, гигиене и т. д.);
- 3) предоставление пострадавшему необходимой информации, его ориентация в происходящем;
- 4) указание на источники поддержки (друзья и т. д.);
- 5) подчёркивание временности негативных переживаний пострадавшего и перспективы скорейшего его возвращения к деятельности.

При этом, как подчёркивает Zohar, главными целями вспомоществования являются: а) возвращение пострадавшего к активному функционированию; б) восстановление эмоционального и поведенческого контроля; в) восстановление способности к межличностной коммуникации.

Наиболее отчётливо израильский подход к психологической помощи лицам, попавшим в экстремальную, в том числе боевую ситуацию представлен в Six CS model for immediate cognitive psychological first aid (Модель SIX CS), то есть модели оказания немедленной когнитивной помощи Six CS. Эта модель разработана соучредителем ICFR (International Center Functional Resilience) доктором Moshe Farchi (Израиль) [5].

Шесть «С» — это аббревиатура, охватывающая шесть принципов модели психологического вмешательства: Communication — коммуникация, Commitment — приверженность, вовлеченность, Cognition — активное включение когнитивной системы, Continuity — ощущение последовательности событий, Control — контроль событий, Challenge — способность решать простейшие задачи.

Каждому принципу соответствует ряд поведенческих и вербальных методов, нацеленных на снижение стрессовых реакций, восстановление самоэффективности и возвращение способности человека функционировать во время чрезвычайных ситуаций и во время повышенного стресса (рис.1).

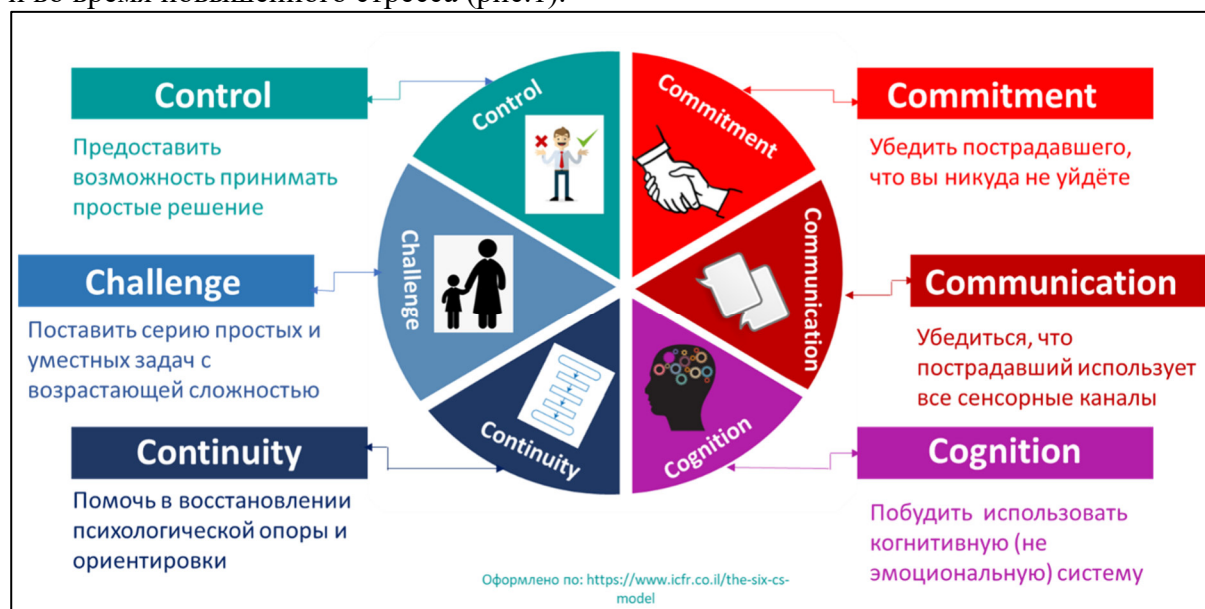


Рисунок 1. Модель SiCS Moshe Farchi

Из представленной на рис. 1 модели видно, что проявляющейся в экстремальных условия активации лимбической системы субъекты психологической помощи противопоставляют активацию когнитивной активности пострадавшего (побуждение к выполнению простейших когнитивных процедур), для преодоления чувства беспомощности пострадавшему предлагается выполнять несложные активные действия, против возникающего ощущения одиночества пострадавшему демонстрируется соприсутствие, против растерянности — предлагается восстановить последовательность развития события.

Модель создана в целях максимального расширения круга субъектов первой психологической помощи нуждающимся. Её целью ставится повышение функциональных способностей и, как следствие, уменьшение чувства беспомощности и растерянности, которые вызываются потенциально травматическим событием, что впоследствии поможет снизить риск ПТСР.

В вооруженных силах США вся работа по психологической помощи участникам боевых действий осуществляется в рамках программы контроля боевого и операционного стресса (Combat and operational stress control или COSC), организация и содержание которой определяются в постоянно обновляемых полевых уставах (Field Manual) [10].

Система управления стрессом предполагает осуществление профилактических, диагностических, коррекционных, поддерживающих, реабилитационных и иных мероприятий. Управление боевым стрессом осуществляется на этапах подготовки, ведения и завершения участия военнослужащих в боевых действиях и включает комплекс профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий. Для систематизации и дифференциации мероприятий психологической помощи и компетенций её субъектов всё пространство психологического вспомоществования делится на 4 зоны [3; 9, 107—119]:

1. *Зелёная зона*, в которую включаются военнослужащие, переживающие конструктивный стресс, использующие адаптивный копинг и демонстрирующие благополучие и эффективное функционирование. У таких военнослужащих отмечаются самоконтроль, спокойствие и устойчивость, работоспособность, способность к игре, чувство юмора, полноценный сон, этичное поведение.

Находящийся в таком состоянии военнослужащий определяется как «готовый». Основными видами психологической помощи такому военнослужащему являются мониторинг, профилактика, психологическая поддержка. Субъектами психологической помощи здесь выступают командиры. Психологическая помощь оказывается непосредственно в боевых порядках или в подразделении (после боя).

2. *Жёлтая зона*, охватывающая военнослужащих, переживающих умеренный и проходящий деструктивный стресс или утрату функций. Для таких участников боевых действий характерны тревога, раздражительность, гнев, беспокойство, плохой сон, нарушений умственной концентрации, социальная изоляция, «срезание углов», чрезмерная громкость и гиперактивность. Находящийся в таком состоянии военнослужащий определяется как «реагирующий». Субъектами психологической помощи выступают командиры, сослуживцы (система товарищеской взаимопомощи) и сами военнослужащие (самопомощь).

3. *Оранжевая зона* включает участников боевых действий, переживающих более суровый дистресс или утрату функций. Среди таких военнослужащих выделяются *типы*: травма, усталость, горе, моральная травма. Для них характерны такие черты, как утрата контроля, невозможность заснуть, паника или ярость, апатия, стыд или чувство вины. Военнослужащий в таком состоянии классифицируется как «травмированный». Субъектами психологической помощи выступают те же лица, что и жёлтой зоне, к которым может подключаться семья.

4. *Красная зона* охватывает военнослужащих с клиническими психическими расстройствами, неизлеченными стресс-травмами. Среди них выделяются *типы*: ПТСР, депрессия, тревога, наркозависимость. Для них характерны симптомы проявляющиеся стойко в течение более чем 60 дней после возвращения из района боевых действий. Работа с данной категорией военнослужащих входит в компетенцию специалистов по психическому здоровью.

С описанной выше системой синхронизируется работы мобильных групп специалистов по психическому здоровью, медицинских отрядов (высылающих команды превенции боевого стресса и команды восстановления/подготовки) и восстановительных центров, работающих в режиме 24/7.

Круг задач, решаемых при оказании психологической помощи военнослужащим с симптомами реакций боевого стресса непосредственно в зоне боевых действий, сводится к мероприятиям, описываемых через мнемоформулу «sixs Rs». К таким мероприятиям относятся: 1) *reassure* (убеждение пострадавших в нормальности произошедшего с ними); 2) *rest* (отсрочка от участие в боевых действиях или перерыв в выполнении служебных обязанностей); 3) *replenish* (восполнение потребностей тела в температурном комфорте, воде, пище, гигиене и сне); 4) *restore* (восстановление уверенности в целях деятельности, в своих силах, в подразделении путем поддержания контактов сослуживцев с пострадавшим); 5) *return* (возвращение в свое подразделение и реинтеграция в него); 6) *remind* (напоминание солдату до боя, во время боя и после боя, что он — американский солдат и выполняет законную миссию, что американский солдат ведет себя достойно, потому что занимается правым делом, повреждение или убийство не комбатантов бесчестно для него и его боевых товарищей, опускание до мести помогает врагам дискредитировать его [2; 3; 10].

Главная нагрузка по организации и оказанию психологической помощи ложится на командиров подразделений, на которых официально возложены задачи осуществления таких функций, как: *усиление* (формирование уверенности, предостережение, предупреждение; создание реалистической стрессовой обстановки в ходе обучения; укрепление групповой сплоченности); *облегчение* (устранение стрессоров; обеспечение адекватного сна и отдыха; проведение афтер-экшн ревью в малых группах); *выявление* (мониторинг стрессовой нагрузки подчиненных; своевременное выявление реакций боевого стресса, травмы, болезни); *лечение* (активная поддержка лечения; организация отдыха и восстановления в пределах 24-72 часов после обнаружения симптомов; обращение к капеллану, врачам); *реинтеграция* (поддержка возвращения пострадавших к службе, если возможно, поддержание связи с подразделением; формирование у пострадавших ожидания возвращения к службе; не допущения возмездия (мести) или издевательств со стороны сослуживцев; поддержание коммуникации с специалистами по психологической помощи [3; 7].

Таким образом, зарубежная практика оказания психологической помощи участникам боевых действий содержит интересный и оригинальный опыт осуществления этой работы. Некоторые методические схемы оказания психологической помощи представляются весьма актуальными и полезными.

Вместе с тем, следует учитывать, что вооруженные силы США, Великобритании и Израиля не участвовали в войнах с широким использованием противником современного оружия и в этом отношении их опыт психологической помощи участникам боевых действий ограничен.

Список литературы.

1. Караяни, А. Г., Корчемный, П. А. Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. М.: Изд-во ВУ, 2010. 348 с.
2. Караяни А. Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента: учебн. пособие. 2-е изд. М.: Юрайт, 2020.
3. Караяни А. Г. Психологическая помощь участникам боевых действий: американский опыт // Психологическая помощь военнослужащим : Материалы заочной межведомственной межвузовской научно-практической конференции «Психологическая помощь военнослужащим: проблемы и решения» / под ред. А. С. Черепанова, Е. В. Митасовой, Т. В. Иншаковой, Е. А. Некрасовой. – М.: ВУ, 2021–142 с.
4. Опыт Израиля по работе с военной травмой. Лучшие практики и ошибки, которых можно избежать. Запись онлайн-мастерской 19 авг. 2023 г. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=fub7DCSqs2s> (дата обращения: 4.11.2023).

5. Farchi, Moshe & Bergman, Tal & Gershon, Bella & Ben Hirsch-Gornemann, Miriam & Gidron, Yori. (2018). The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid: From Helplessness to Active Efficient Coping. *International journal of emergency mental health*. 20. 1-12. 10.4172/1522-4821.1000395
6. Hacker Hughes JGH, Earnshaw M, Greenberg N, Eldridge R, Fear NT, French C, Deahl MP, Wessely S. The Use of Psychological Decompression in Military Operational Environments. *Military Medicine*, Vol. 173, June 2008.
7. Hammer P. S. Navy operational stress control: in Navy and Marine Corps Combat & Stress Conference 2010 —Taking actions, measuring Results|. URL: <https://slideplayer.com/slide/8029058/> (дата обращения: 14.10.2023)
8. Jones N., Burdett H., Wessely S., Greenberg N. The subjective utility of early psychosocial interventions following combat deployment // *Occup. Med. (Lond)*. 2011. Vol. 61 (2). P. 102—107.
9. Nash W. P. US Marine corps and Navy combat and operational stress continuum model: a tool for leaders // *Combat and operational behavioral health*. Falls Church, Virginia. 2011. pp.107—119.
10. United States Army. Field Manual No. 6-22.5. *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*. Washington, DC, Department of the Army, 2009.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ

Ключко Д. С.¹, Ермаков П. Н.²

¹*Аспирант 1 года кафедры психофизиологии и клинической психологии,*

²*Д. биол. н., академик РАО, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии*

¹²*Академия психологии и педагогики ФБОУ ВО «Южный федеральный университет», Россия, Ростов-на-Дону*

Аннотация. в данной статье рассматривают особенности влияния цифровой среды на когнитивные функции. Результаты многих исследований указывает на трансформацию высших психических функций под развитием информационно-коммуникационных технологий. Исследователи отмечают как «плюсы», так и «минусы» данного явления. Преобладающим остается подход, представители которого утверждают, что влияние есть, но не указывают, каким оно является: положительным или отрицательным.

Ключевые слова. когнитивные функции; цифровая среда; цифровизация; подростковый и юношеский возраст.

FEATURES OF COGNITIVE FUNCTIONS IN A DIGITAL ENVIRONMENT

Klyuchko D. S.¹, Ermakov P.N.²

¹*Postgraduate student of 1-year of Department of Psychophysiology and Clinical Psychology,*

²*Doctor of Biological Sciences, Professor,*

Head of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

¹²*ACADEMY of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University Rostov-on-Don, Russia*

Abstract. This article discusses the features of the influence of the digital environment on cognitive functions. The results of many studies indicate the transformation of higher mental functions under the development of information and communication technologies. Researchers note both the "pluses" and "minuses" of this phenomenon. The prevailing approach remains, whose representatives claim that there is an influence, but do not indicate whether it is positive or negative.

Keywords. cognitive functions; digital environment; digitalization; adolescence.

Мир стремительно меняется, не оставляя человеку времени на привычный образ жизни. Технологии шагнули далеко вперед, подчинив себе практически все сферы деятельности человека. Современное общество живет в условиях цифровой среды – цифровизации всех сфер деятельности, большого количества поступающей информации (причем из разных источников и разными способами), которую необходимо обрабатывать, сохранять и использовать. Все это не может не влиять на особенности когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы человека. Особенно велико влияние этой среды на когнитивные функции. Появляется такой термин как «цифровая социализация» (Солдатова Г. У.), который характеризует особенности развития в новой среде [5]. Это понятие предполагает учет всех доступных ребенку инфокоммуникационных технологий, выступающих не только источником информации, но и важнейшим инструментом коммуникации. [7, с. 23]

Одной из характеристик цифровой среды является наличие множества реальных и виртуальных миров, в которых живет человек [7]. Выделяются следующие характеристики цифровой среды (Г.У. Солдатова): массовое и более раннее овладение высокотехнологичным арсеналом новых культурных средств и инструментов; увеличение длительности нахождения ребенка в онлайн пространствах; самостоятельное освоение и использование подростками всех доступных онлайн-ресурсов, имеющее активный и стихийный характер; социальные сети приобретают статус значимых для подростков площадок самопрезентации; за счет онлайн-контактов происходит значительное расширение круга социального капитала подростков; столкновение с широким кругом новых рисков онлайн-среды; у подростков и их родителей наблюдается существенная разница в пространственно-временной конфигурации пользования Интернетом; цифровой разрыв между поколениями детей и родителей; недостаточная цифровая компетентность детей и родителей; несоответствие системы образования изменениям цифрового общества (несмотря на готовность школьных учителей молодого и среднего возраста (поколения Y и X) к модернизации образовательного процесса) [5, с.73-74].

Новая среда предъявляет и особенные требования к способам восприятия, сохранения и использования поступающей информации. Именно поэтому необходимо рассмотреть, каким образом формируются и развиваются когнитивные функции в этом пространстве.

Л. С. Выготский указывал на прижизненный характер развития высших психических функций, их социальное происхождение, которое происходит в сотрудничестве ребенка со взрослым. В условиях цифровой среды особым орудием, которое опосредует формирование высших психических функций, выступает Интернет. Нередко именно он (Интернет) выступает как значимый посредник между окружающим миром и ребенком. Происходит трансформация высших психических функций под влиянием развития информационно-коммуникационных технологий, на что указывают результаты многих исследований [7].

Рассмотрим характерные особенности когнитивных функций в подростковом и юношеском возрасте, так как этот период является наиболее значимым для закрепления способов воспроизведения и использования поступающей информации.

Для подросткового возраста характерно достижение высокого уровня всех познавательных процессов, которые формируются не изолированно, а в тесной взаимосвязи. Значимую роль играет мышление [8, с.106]. Подростки способны оперировать абстрактными понятиями, рассуждать чисто в словесном плане, выдвигать гипотезы и предположения, анализировать и оценивать свои умственные действия и т. д. [3, с.131]. Становлению теоретического и понятийного мышления способствует то, что рассуждения приобретают логический и абстрактный характер [9, с.140-143]. Для таких процессов как восприятие, память, воображение характерна дальнейшая интеллектуализация [3, с.131]. Происходит перестройка памяти и изменение ее отношений с мышлением. Характерен переход к использованию логической, произвольной и опосредованной памяти [9, с.140-143].

Для юношеского возраста характерна философская направленность мышления. Важными качествами являются: гибкость, универсальность, продуктивность познавательной деятельности, самостоятельность решения учебно-познавательных задач. Изменения происходят и во внимании: увеличивается его объем, способность длительно сохранять информацию, интенсивность, переключаться с одного предмета на другой; зависимость внимания от направленности интересов; большая избирательность. Для памяти свойственно увеличение объема, изменение способов запоминания. Абстрактное мышление в большей степени характерно в данном возрасте. Такие операции как анализ

и синтез, аргументирование и доказательство, все больше усложняются и совершенствуются. Возникает тенденция к обобщенному пониманию мира. Индивидуальное своеобразие и сложное строение приобретают когнитивные структуры в юности [9, с.154-155].

Достаточно трудно дать однозначный ответ насчет влияния цифровых технологий на когнитивные функции, исследователи по-разному отвечают на этот вопрос.

Как именно информационно-коммуникационные технологии влияют на внимание? Многие исследователи задаются этим вопросом. Все больше работ, в которых не выявляется тотально негативного влияния использования компьютера и Интернета на концентрацию внимания [7, с.32].

В исследовании Б. Спэрроу и ее коллег изучается феномен «транзактивной памяти». Авторы предположили, что развитию этой памяти способствует Интернет. Результаты исследования показали: запоминается не содержание, а место, где находится информация, путь к ней; память начинает функционировать по другим механизмам [7, с.29].

Клипное мышление является еще одним значимым феноменом цифрового мира. Строится по принципу конструирования музыкальных клипов: видеоряд – слабосвязанный набор образов, фактов, событий. Восприятие мира происходит короткими, разрозненными порциями, фрагментарно. Предпочтение образной информации, большая скорость ее потребления – являются особенностями данного феномена. Клиповое мышление — это способ адаптации к мощному контентному потоку и когнитивный ответ миру информационного общества, это формирование навыков поиска ключевых моментов в неопределенных и сложных условиях разнообразия информации [7, с.34- 35].

Авдеева Е. А. и Корнилова О. А., занимаясь изучением научных источников о влиянии цифровой электронной среды на человека, рассказывают, что для выяснения степени этого влияния была собрана международная группа ученых (исследование проводилось в течение двадцати лет). Ими были сделаны выводы о негативном влиянии данного феномена на развитие когнитивных функций в годы, когда происходит его образование [2, с.45]. Для цифровой среды характерно постоянное изменение, что не может не оказывать влияния на когнитивные функции, которые формируются прижизненно. Подрастающее поколение утрачивает познавательные навыки, навыки концентрации внимания; происходит сокращение эффективности умственной деятельности (появляются трудности с пониманием смысла прочитанного), продолжительной работоспособности; снижается способность критически оценивать факты и информацию; свойственна поверхностность восприятия; меняются особенности памяти. При постоянном переключении внимания происходит привыкание к отвлечению как к норме [2, с.46-49].

Игнатова Ю. П., Макарова И. И., Степаненко В. П., Багдасаров А.А., которые занимались изучением влияния цифровых технологий на когнитивные способности человека, пришли к выводу, что представленный ими обзор результатов исследований не дает однозначного ответа на вопрос: является ли влияние цифровых технологий положительным или отрицательным. Во многих работах показано развитие таких когнитивных навыков, как внимание, память, скорость обработки информации. Однако положительные результаты, особенно у детей, ограничиваются временем использования цифровых носителей [4].

Агеев Н. Я., Токарчук Ю. А., Токарчук А. М., Гаврилова Е. В., *которые занимались изучением* связи цифровых технологий с развитием когнитивных и коммуникативных процессов подростков и юношей, пришли к выводу: нет единого мнения о связи цифровых средств с обозначенными процессами; при этом отмечается, что процесс цифровизации затрагивает все сферы жизни [1, с.46].

Солдатова Г. У., Вишнева А.Е. при изучении особенности развития когнитивной сферы у детей с разной онлайн-активностью получили следующие результаты: дети и

подростки со средним диапазоном онлайн-активности оказываются наиболее эффективными при выполнении ряда когнитивных задач, что согласуется с современными исследованиями. Авторы пришли к выводу, что использование цифровых технологий в определенном временном диапазоне способствует более успешному развитию когнитивных функций. [6, с.113].

Появляется все больше исследований, которые доказывают, что цифровые технологии предоставляют подрастающему поколению больше «плюсов», чем «минусов». Указывается даже положительное влияние цифрового пространства на развитие некоторых когнитивных функций. Несмотря на наличие разных позиций о влиянии цифровой среды на когнитивные функции и не утихающие споры относительно этой проблемы, преобладающим остается безоценочный подход, представители которого утверждают, что влияние есть, но не указывают, каким оно является: положительным или отрицательным [6].

Список литературы.

1. Агеев Н. Я., Токарчук Ю. А., Токарчук А. М., Гаврилова Е. В. Связь цифровых технологий с развитием когнитивных и коммуникативных процессов подростков и юношей: обзор эмпирических исследований [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2023. Том 15. № 1. С. 37–55. DOI: 10.17759/psyedu.2023150103 Портал психологических изданий PsyJournals.ru— https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2023_n1/Agееv_et_al?ysclid=lotsnbco4p272538233 [Связь цифровых технологий с развитием когнитивных и коммуникативных процессов подростков и юношей: обзор эмпирических исследований // Психолого-педагогические исследования — 2023. Том 15. № 1]
2. Авдеева Е. А., Корнилова О. А. Влияние цифровой электронной среды на когнитивные функции школьников и студентов // КВТиП. 2022. №S3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-tsifrovoy-elektronnoy-sredy-na-kognitivnye-funktsii-shkolnikov-i-studentov> (дата обращения: 11.11.2023).
3. Возрастная и педагогическая психология: учебник для вузов / Б.А. Сосновский [и др.]; под ред. Б.А. Сосновского. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 359 с.
4. Игнатова Ю. П., Макарова И. И., Степаненко В. П., Багдасаров А.А. Влияние цифровых технологий на когнитивные способности человека (обзор) // Психология. Психофизиология. 2022. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-tsifrovoyeh-tehnologiy-na-kognitivnye-sposobnosti-cheloveka-obzor> (дата обращения: 11.11.2023).
5. Солдатова Г. У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 3. С. 71—80. doi:10.17759/ sps.2018090308
6. Солдатова Г. У., Вишнева А.Е. Особенности развития когнитивной сферы у детей с разной онлайн-активностью: есть ли золотая середина? // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 97—118. doi: 10.17759/cpp.2019270307
7. Солдатова Г. У., Рассказова Е.И., Нестик Т.А. Цифровое поколение России: компетентность и безопасность – М.: Смысл, 2017. – 375 с.
8. Толстых Н. Н. Психология подросткового возраста: учебник и практикум для вузов / Н. Н. Толстых, А.М. Прихожан. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 406 с.
9. Хилько М.Е. Возрастная психология: учебное пособие для вузов / М.Е. Хилько, М. С. Ткачева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 201 с.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРИТЧА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОДУКТИВНОГО ИЛИ НЕПРОДУКТИВНОГО КОПИНГА КЛИЕНТА

Майсак Н. В.

*Доцент кафедры психологии, кандидат психологических наук, доцент
ФГБОУ «Астраханский государственный университет им. В. Н. Татищева»
Россия, г. Астрахань*

Аннотация. В статье показано, что терапевтическая притча может использоваться в диагностике продуктивного или непродуктивного копинга клиента. Придумывая окончание истории, клиент проецирует в рассказ свою проблему и способ совладания с ней (копинг). Интерпретируя ответ клиента, психолог выявляет возможности клиента к преодолению проблемы и уточняет стадию прохождения терапии.

Ключевые слова. терапевтическая притча, копинг-стратегии, стадии терапии.

THERAPEUTIC PARABLE IN DIAGNOSING CLIENT'S PRODUCTIVE OR NON-PRODUCTIVE COPING

Maysak N. V.

*Assistant Professor of the Department of Psychology,
Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor
Astrakhan State University named after V.N. Tatischev
Russia, Astrakhan*

Abstract. This article demonstrates the utilization of a therapeutic parable in diagnosing a client's productive or non-productive coping. By creating the ending of the story, the client projects their problem and coping mechanism into the narrative. Through interpreting the client's response, the psychologist identifies the client's potential for overcoming the problem and clarifies the stage of therapy progression.

Keywords. therapeutic parable, coping strategies, therapy stages.

Арт-терапевты и практические психологи в своей консультативно-диагностической работе нередко используют метафоры, сказки, притчи, аллюзии на известные литературные произведения и кинофильмы, чтобы подчеркнуть какую-то важную мысль, родившуюся как ассоциация на значимые слова и фразы клиента. В своей консультативной и арт-терапевтической деятельности я нередко прибегаю к восточным притчам Носсрата Пезешкяна, среди которых диагностичной для выявления проблемы и ресурсов клиента по ее преодолению является персидская притча «История-напутствие» [4, с. 109–112].

Так, история эта повествует о Путнике, который в жаркий день брел со стонами по дороге под палящим солнцем, с трудом передвигая ноги, так как был обвешан разными предметами. На его груди висел старый мельничный жернов, за спиной висел бурдюк с водой, к ногам цепями были привязаны тяжелые камни, а на голове он нес большую тыкву, с трудом балансируя всем телом. В полуденный зной повстречался ему крестьянин, который спросил, зачем он несет тяжелый мельничный жернов, когда в каждом ауле есть мельница? Путник задумался и ответил, что не замечал этого. Поняв, как это было глупо, он снял жернов и оставил его вдоль дороги. При этом тыква с головы упала и разбилась, а внутри она оказалась совсем гнилой!.. Пошел Путник по дороге дальше, и по пути повстречал другого крестьянина, который возвращался с полевых работ. Теперь Путник услышал вопрос о том, зачем он несет тяжелый бурдюк, если вдоль дороги

течет арык с чистойшей и прохладной водой? Опять задумался Путник, решил снять тяготивший его бурдюк и вылить воду, которая, как оказалось, уже протухла...

У Н. Пезешкяна притча заканчивается тем, что с последними лучами заходящего солнца пришло к Путнику просветление, и понял он, что все ненужные вещи нес на себе напрасно, утруждая себя так, что шел сгорбившись и сильно страдая. Сел Путник у обочины, снял камни с ног и пошел облегченный дальше.

Однако в своей работе я использую идею незаконченных предложений (на примере теста Сакса/Леви), поэтому свой рассказ заканчиваю так: «Идет дальше Путник по дороге, еле-еле передвигая ноги из-за тяжелых камней на ногах, и думает...». А затем задаю клиенту вопрос: «О чем же думает Путник?». На основе механизма проекции ответ клиента позволяет узнать о его переживаниях, комплексах и страхах, о проблемах, о стратегиях совладания как продуктивном или непродуктивном копинге в его поведенческом арсенале.

Р. Лазарус для классификации копинг-стратегий выделил три основных критерия: 1) эмоциональный или проблемно-ориентированный копинг, сфокусированный на решении проблемы; 2) когнитивный или поведенческий копинг; 3) успешный или неуспешный (избегающий) [по: 1]. При этом Э. Хайм справедливо подчеркивает, что стратегии совладания (когнитивные, эмоциональные и поведенческие) могут быть продуктивными, относительно продуктивными или непродуктивными [по: 2, с. 235–238]. Непродуктивные стратегии не способствуют преодолению трудных жизненных ситуаций, относительно продуктивные помогают частично справиться со стрессом невысокой интенсивности, а продуктивный копинг позволяет успешно справляться с обстоятельствами и проблемами, которые сначала могут казаться непреодолимыми и неразрешимыми.

Так, опыт диагностики продуктивного (достигающего) и/или непродуктивного (избегающего) копинга клиентов во время консультативной работы с использованием данной притчи показал, что клиенты с продуктивным копингом заканчивают притчу примерно так же, как она описана Н. Пезешкяном: клиент сам порассуждал-подумал над вопросом терапевта и решил «избавить» Путника от ненужных тягот жизни, «сняв» с него камни. Подобные ответы испытуемых клиентов говорят об их продуктивных попытках справиться с собственными проблемами и жизненными трудностями. В ходе дальнейшей беседы они, как правило, принимают решение изменить к лучшему свою жизненную ситуацию. Например, одна клиентка, родив от мужчины двоих детей, так и не получила от него предложения выйти замуж. Он жил за ее счет, к тому же изменял ей, что даже зафиксировали видеокамеры гостиницы, в которой они работали. И вот когда ему дали срок за распространение наркотиков, он решил жениться на ней. Клиентка поехала к нему на зону и «за пять минут, в пальто» их брак зарегистрировали. Притча помогла ей осознать, что она реализовала свою мечту в таком ее грустном исполнении, а муж (с ее слов) женился, чтобы было кому возить в зону передачи. В конце этой встречи клиентка сказала: «Я знаю, что теперь буду делать!». Она уверенно пошла к выходу, и все ее движения говорили о том, что она решила развестись после нескольких месяцев формального замужества.

Некоторые клиенты придумывали такие варианты окончания притчи: «Путник встретил третьего крестьянина, который указал ему на цепи и камни», и лишь тогда путник смог задуматься о своей ноше и сбросить ее. Подобный копинг можно считать относительно продуктивным. Здесь видится влияние на клиента терапии, в процессе которой он постепенно «зреет», а терапевт осуществляет своего рода функцию «дородительства».

Непродуктивный копинг, связанный с низкой осознанностью, неуверенностью и страхами, с неготовностью клиента анализировать свою проблему, приводил в конце

притчи к ответам следующего рода: «Я не знаю, как освободиться от камней. Ну, как?!»; «Путник несет свои камни дальше, так как они нужны ему: он в дальнем селении строит себе дом / семью» и т. п. Например, одна женщина живет с мужем-алкоголиком, страдает, но ничего в своей жизни менять не собирается; она ждет, когда ее муж перестанет пить, приходит к психологу за советом, как ей его изменить. Другая женщина находится в разводе, но то живет с бывшим мужем на его территории, то уходит от него. Она бессознательно привязана к нему, психологически связана с ним, поэтому между ними и отсутствует сепарация. В данном случае официальный развод мог выступать «устрашающим маневром», заставляющим другого измениться, однако такое общение является манипулятивным, а подобные копинг-стратегии – непродуктивными.

Были также клиенты, которые начинали рассуждать, что цепи как кандалы на ногах, их нельзя снять просто так: надо идти в ближайшее селение, искать кузнеца, который сможет расковать Путника. В таком вербальном поведении клиента видится мощное сопротивление, неспособность или неготовность решать проблему, с которой он столкнулся в своей жизни. Например, эта категория клиентов оправдывает тирана, с которым живет семья: «Ну, он же добрый/хороший/зарабатывает... Как же дети без отца будут?... Что про меня родители подумают?... Что соседи скажут, если узнают?..» и т. д.

Следует отметить, что, согласно положениям Джеймса Прохаски (Prochaska J., 1985), в психотерапии клиент обычно проходит от четырех до шести стадий терапевтических изменений: от стадии предразмышлений (или сопротивления) клиент, благодаря инсайтам, движется к стадии размышлений, затем – к стадии действий; сохранения изменений (или апробации в жизни новшеств) и завершения [3, с. 135]. Предразмышления говорят о неосознанности, непонимании проблемы или нежелании работать с ней, о недостаточной активности самого клиента. Размышления над проблемой связаны с серьезными намерениями клиента по принятию решений, необходимых для улучшения качества жизни. Восприятие проблемы как решаемой заставляет клиента искать возможности для ее устранения: он обдумывает способы ее решения, взвешивая все «за» и «против». Усиление активности проявляется на стадии действий, в ходе которой происходят поведенческие изменения, замечаемые окружающими и фиксируемые самим клиентом. На стадии сохранения изменений происходит трансформация привычного образа жизни и поведения, что ведет к позитивному восприятию жизни, к предотвращению нежелательных паттернов поведения и новых проблем.

Таким образом, продуктивный когнитивный копинг клиента, конструктивно завершившего «Историю-напутствие», может свидетельствовать:

- а) о развитии антиципационной состоятельности, под которой следует понимать способность к предвосхищению возможного развития событий;
- б) о навыках клиента конструктивно перерабатывать негативный жизненный опыт и принимать соответствующие ожиданиям осознанные решения;
- в) о тестировании реальности как итоге терапии клиента.

Под тестирование реальности мы понимаем способность клиента дифференцировать собственные фантазии (внутреннюю реальность) и внешнюю реальность, осознанно корректировать субъективные чувства, впечатления и мысли путем их сопоставления с объективными фактами.

Подчеркнем, что прохождение терапевтических стадий является циклическим процессом: клиенты могут начать работу, но ничего в жизни не изменить и, следовательно, не прийти к адекватному решению своей проблемы. В этом случае терапевтический процесс может пойти по пути углубления анализа, продолжен в другом подходе или с другим терапевтом.

Терапия с использованием притчи-напутствия в начале работы с психологом позволяет как будто «заглянуть за горизонт». Ответ клиента как окончание притчи может не

только диагностировать проблему, но и этап процесса терапии, а также, будучи проанализированным в совместной работе, продвигать клиента к пониманию причин своей проблемы и усиливать желание продуктивно ее проработать для успешного преодоления.

Список литературы.

1. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни [Текст]. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. - 136 с.
2. Майсак, Н.В. Профилактика личностных деформаций и деструкций специалистов стрессогенных профессий: учебно-методическое пособие для студентов вузов [Текст]. – М.: НОУ ВПО «МПСУ», 2012. – 288 с., илл.
3. Майсак, Н.В. Психосоциальная помощь специалистам стрессогенных профессий: монография [Текст]. – М.: Изд-во МГОУ, 2011. – 158 с.
4. Пезешкян, Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия: Пер. с нем. /Общ. Ред. А.В. Брушлинского и А.З. Шапиро [Текст]. – М.: Прогресс, 1992. – 240 с.

ВЛИЯНИЕ НЕЧЕТКОЙ (НЕКОНКРЕТНОЙ) ИНСТРУКЦИИ НА ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПОНЕНТОВ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ РЕШЕНИИ КОГНИТИВНОЙ ЗАДАЧИ

Моисеенко Г. А., Коскин С. А.^{1, 2}, Пронин С. В.¹, Чихман В.Н.¹

¹*Институт физиологии им. И. П. Павлова РАН, г. Санкт-Петербург, Россия*

²*Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны РФ*

Аннотация. Известно, что необходимость действий в условиях неопределенности является стрессогенным фактором, при длительном воздействии приводящим к возникновению психосоматических расстройств. Имеется большое количество работ, посвященных этой тематике, в частности, [1-6]. В предлагаемой нами работе путем анализа характеристик ЭЭГ и вызванных потенциалов (ВП) исследовалась электрическая активность мозга в процессе решения когнитивных задач при четкой и нечеткой постановке задачи (инструкции). Задача, решаемая испытуемыми, заключалась в классификации предъявляемых им изображений по степени их размытия. Нечеткая постановка задачи позволяла сымитировать неопределенность ситуации, а лимитированное время выполнения задания играло роль стрессового фактора. Для того, чтобы снизить влияние на результаты экспериментов варибельности визуальных стимулов, были сформированы наборы изображений, имеющих одинаковые физические характеристики: среднюю яркость и энергию. Данные наборы стимулов уже использовались нами в ряде работ (например, [9]), в которых необходимость действий в условиях неопределенности отсутствовала. Полученные в них результаты могут быть использованы при поиске отличий в характеристиках ЭЭГ и ВП, вызванных фактором неопределенности.

Методика. Использовались 90 изображений, принадлежащих двум классам: живые и неживые объекты (в равном количестве). Изображения были подвергнуты цифровой фильтрации с использованием высокочастотного и низкочастотного фильтров. Обработка производилась таким образом, чтобы низкочастотные изображения («размытые») и высокочастотные («четкие») имели одинаковую энергию и одинаковую среднюю яркость. Изображения предъявлялись на экране компьютерного монитора. В исследовании принимали участие 10 здоровых испытуемых с нормальной остротой зрения. Первая задача, поставленная перед испытуемыми, заключалась в классификации изображений по признаку «четкости/размытости», причем отвечать требовалось «честно и правильно». Вторая задача - классифицировать объекты по тем же признакам «четкости/размытости», но требовалось обманывать экспериментатора, отвечать так, как будто у данного испытуемого нарушена острота зрения. Эту задачу можно было понять неоднозначно (т. е. выбрать различные стратегии ее решения). Ответ испытуемого заключался в нажатии на соответствующую классу изображения кнопку «мышь». В процессе решения задач производилась регистрация связанных с ними вызванных потенциалов. Затем сравнивались характеристики их основных компонентов (С1, N1, P1, P2, N2, N170, P3, SNV).

Результаты. При выполнении нечетко сформулированных задач наблюдается увеличение амплитуды основных компонентов вызванных потенциалов (Рис.1). Больше всего это выражено во фронтальных (компонент С1, P2, SNV), центральных (компонент N1, N2) и правой височной (компонент P2) областях мозга. Это можно трактовать как признаки перегруженности мозга. В теменных областях было отмечено уменьшение амплитуды и латентности компонента P3.

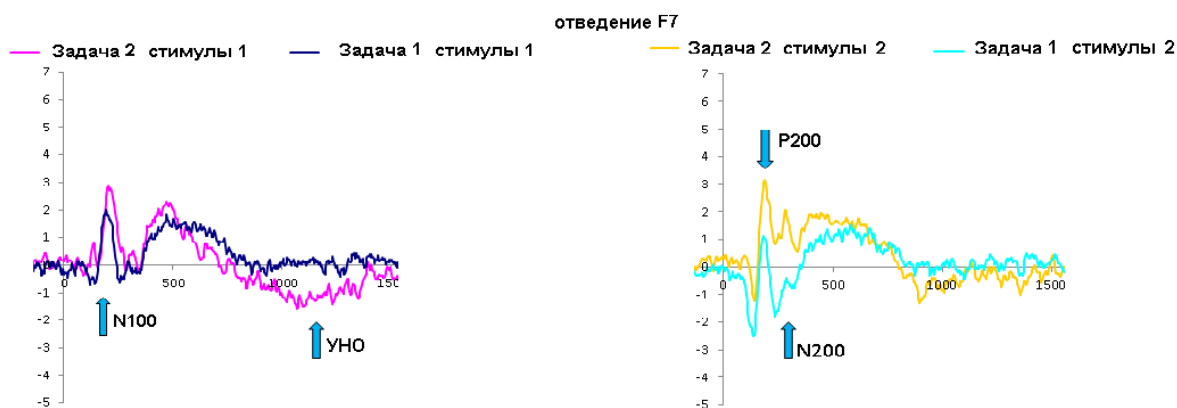


Рисунок 1. Пример изменений вызванных потенциалов во фронтальных областях мозга при решении обеих задач.

Обсуждение. На все выбранные нами для анализа основные компоненты вызванных потенциалов (С1, N1, P1, P2, N2, N170, P3, SNV) влияет селективное внимание [7]. Вероятно, увеличение амплитуды ранних компонентов вызванных потенциалов, обнаруженные в данных экспериментах, связаны с повышением селективного внимания к изображениям стимулов, а поздние с переосмыслением принятого решения.

В теменных же областях было отмечено уменьшение амплитуды и латентности компонента P3. Изменение латентных периодов компонентов P3 было также выявлено А. А. Коваленко с соавторами на отрицательные стимулы по сравнению с нейтральными стимулами [3]. Увеличение амплитуды вышеописанных компонентов и уменьшение амплитуды компонента P3, вероятно, также связаны со стратегиями обмана испытуемого и принятием решения испытуемого в стрессовых условиях.

Заключение. Можно предположить, что четко сформулированная задача, выполняемая в предсказуемых условиях, является менее энергозатратной для исполнителя, чем сходная задача, но при нечеткой формулировке, и выполняемая в условиях неопределенности. Увеличение амплитуд вызванных потенциалов, полученное в данных экспериментах, можно трактовать как связанное с повышенными энергозатратами при работе мозга в сложной, стрессовой ситуации.

Список литературы.

1. Глущенко В. В., Глущенко И. И. Общение руководителя с подчиненными как элемент организационной культуры // Бюллетень науки и практики. – 2016. – №. 8 (9). – С. 175–187.
2. Кузьменко Е. В. Современные представления о проявлениях механизмов психоэмоционального стресса // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Биология. Химия. – 2013. – Т. 26. – №. 2 (65). – С. 95–106.
3. Коваленко А. А. и др. Анализ вызванных ЭЭГ-потенциалов при отрицательной эмоциональной активации у человека: временные и топографические характеристики // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Биология. Химия. – 2009. – Т. 22. – №. 1 (61). – С. 35–41.
4. Авдентова В. Б. Изменение временной перспективы у взрослого человека в стрессовых ситуациях // Universum: психология и образование. – 2023. – №. 1 (103). – С. 20–23.
5. Вержинский С. В. Лакунарный инфаркт у военнослужащих: клиническая значимость, ключевые аспекты оказания медицинской помощи. – 2018.
6. Сидоров К. Ф. Тревожность как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. 2013. Выпуск 2. С. 42–52.

7. Моисеенко Г. А. Характеристики вызванных потенциалов при неправдивых (лживых) ответах в задачах, требующих высокой концентрации внимания //Сборник трудов XXV научной школы-конференции молодых ученых по физиологии и высшей нервной деятельности и нейрофизиологии. – Общество с ограниченной ответственностью «Квант Медиа», 2021. – №. 1. – С. 212–214.
8. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга человека в клинической практике //Таганрог: Издательство ТРТУ.-1997.-252 с. – 1997.
9. Моисеенко Г. А. и др. «Исчезающие» оптоотипы и объективное измерение остроты зрения человека //Оптический журнал. – 2020. – Т. 87. – №. 12. – С. 84–92.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МОТИВАЦИЮ ВЗРОСЛЫХ К ОБУЧЕНИЮ

Николаева Е. И., Бережной Е. О.

Кафедра возрастной психологии и педагогики семьи

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена»

Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Работа направлена на анализ факторов, которые отличают людей, во взрослом возрасте после получения профессионального образования продолжающих учиться в системе дополнительного образования. Показано, что такими факторами могут быть внутренняя потребность в обучении, большое число циклов обучения и поздний возраст начала обучения в высшей школе.

Ключевые слова. мотивация к обучению, обучение взрослых, чтение

FACTORS AFFECTING THE MOTIVATION OF ADULTS TO LEARN

Nikolaeva E. I., Berezhnoy E. O.

Department of Age Psychology and Family Pedagogy

FGBOU VO "Russian State Pedagogical University named after A. I. Herzen."

Russia, St. Petersburg

Abstract. The work is aimed at analyzing the factors that distinguish people who, in adulthood, after receiving professional education, continue to study in the additional education system. It is shown that such factors may be the internal need for training, a large number of training cycles and the late age of starting higher education.

Keywords. motivation to learn, adult learning, reading.

Мотивацию к обучению взрослых можно рассматривать как необходимую предпосылку для обучения взрослых не только в официальных учреждениях, но и в их стремлении получать все новые и новые знания [20]. Внимание к обучению взрослых было представлено в научной литературе всегда, но в последнее время акцент сместился не на углубление прежних знаний взрослого человека, а на освоение иных областей знаний и потребность смены прежнего профессионального пути на новый [3, 7].

Теоретические модели исследований в области образования взрослых предполагают, что мотивация к обучению может быть связана с ощущением самоэффективности [16, 18] и внутреннего понимания ценности образования как такового [10, 11]. Кроме этого, психологические характеристики, индивидуальные убеждения и эмоциональные воспоминания могут влиять на желание и успешность обучения во взрослом возрасте [19].

Введение в поиске в e-library сочетания «обучение взрослых» с отметкой искать литературу с 2016 г. ведет к появлению 3173 источников. Однако основная масса из них направлена на поиск инструментов повышения мотивации к обучению взрослых, не имеющих такой мотивации. Именно поэтому работы посвящены организации процесса обучения [2, 8], методикам, стимулирующих мотивацию к обучению [4, 17], барьерам, которые встают на пути взрослого в процессе обучения [1, 9]. При этом есть взрослые и пожилые люди, которых не нужно мотивировать: они сами ищут различные источники познания и активно ими пользуются [12, 15]. И встает вопрос, что отличает тех, кто стремится к получению нового знания и готов преодолевать трудности, и теми, кто, даже получив уже образование, далее не желает продолжать обучение. В данной работе мы

предприняли попытку выявить основные причины, которые помогают человеку сохранить желание учиться, уже получив высшее образование и имея конкретную специальность.

Поскольку предыдущее образование является лучшим показателем участия в дальнейшем образовании [13, 14], то мы оценивали уровни образования респондентов, число циклов обучения, пройденных ими после основного обучения, сколько времени человек тратит на дополнительное образование, сколько времени посвящает чтению.

Поскольку ранее мы указывали, что часть авторов учитывает роль психологических особенностей обучающихся в формировании мотивации к обучению, то были изучены формально-динамические характеристики обучающихся, а также уровень невербального интеллекта.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 187 человек (38 мужчин, 149 женщин от 18 до 65 лет), разделённых на четыре группы по принципу непрерывности образовательного процесса, в который они вовлечены на момент обследования.

Группу 0 составили лица, не находящиеся в образовательном процессе на момент исследования (31 человек, $42,5 \pm 10,9$ лет).

Группа 1 – лица, получающие своё первое среднее образование (41 человек $20,0 \pm 3,9$ лет).

Группа 2 – лица, получающие своё первое высшее образование (8 человек, $34,4 \pm 9,8$ лет).

Группа 3 – лица, имеющие высшее образование и находящиеся в процессе обучения на момент исследования (107 человек, возраст $36,9 \pm 9,6$ лет).

При оценке частота прохождения циклов повышения квалификации респондент получал 0 баллов при ответе «не прохожу вообще», 1 балл- «1 раз в 5 лет», 2 балла - «1 раз в 3 года».

При описании причин прохождения обучения баллы проставлялись следующим образом: 0 – «Не прохожу обучение»; 1 – «Необходимость сменить работу»; 2 – «Требования на работе»; 3 – «Внутренняя потребность в обучении».

При описании времени в день, которое человек тратит на чтение, 0 баллов он получал при ответе «Не читаю», 1 – «До 1 часа в день», 2 – «От 1 часа до 2 часов»; 3 – «От 2 часов до 3 часов»; 4 – «3 часа и больше».

При описании того, сколько времени в год человек тратит на самообразование, человек получал 0 баллов при ответе «Не обучаюсь», 1 балл – до 25% времени в год; 2 – до половины времени в год; 3 – до 75% времени в течение года; 4 – практически все свободное время.

Для описания формально-динамических характеристик применялась методика Я. Стреляу [6], для изучения уровня интеллекта использовали Прогрессивных матриц Дж. Равена [5].

Результаты и их обсуждение. Наши данные показали, что различий по формально-динамическим характеристикам найдено не было между разными группами испытуемых (Табл. 1).

Таблица 1.

Формально-динамические характеристики поведения представителей разных групп

Показатели	Группа 0	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Динамичность	$12,3 \pm 3,6$	$13,4 \pm 3,6$	$13,1 \pm 5,0$	$12,6 \pm 4,6$
Настойчивость	$11,4 \pm 4,7$	$11,8 \pm 3,8$	$11,5 \pm 5,0$	$11,8 \pm 4,6$

Сенсорная чувствительность	15,9±3,1	15,8±2,7	16±2,9	16,5±2,8
Эмоциональная реактивность	11,9±4,5	10,1±4,4	10,1±6,1	11,0±4,3
Выносливость	10,2±4,2	11,5±5,0	11,1±5,7	9,5±4,7
Активность	10,2±5,4	10,9±4,3	9,25±6,6	9,9±4,8

В то же время есть небольшие отличия в числе баллов, полученных по шкалам С и D теста Дж. Равена (Табл.2). Это означает, что более сложные шкалы испытуемые, обучающиеся в учреждениях высшего образования или проходящих самостоятельное обучения после получения профессионального высшего образования, выполняют лучше испытуемых других групп. Однако нельзя сделать вывод о том, что первично здесь. Возможно, что они обучаются потому, что имеют более высокие показатели по невербальному интеллекту, но может быть и так, что именно обучение способствует повышению качества выполнения более сложных шкал теста.

Таблица 2.

Особенности исполнения теста Дж. Равена представителями разных групп

Показатели	Группа 0	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Количество правильных ответов	42,4±9,0	43,5±7,9	47,7±5,9	46,8±6,8*
Равен А	11,3±1,0	11,1±1,0	11,7±0,7	11,4±0,8
Равен В	10,3±1,8	11±1,2	10,7±0,7	11,2±0,9
Равен С	8,0±2,7	8,3±2,0	9,2±1,4	9,4±2,0*
Равен D	8,3±2,8	8,6±2,3	9,8±1,8	9,7±1,9*
Равен E	4,3±2,8	4,4±3,4	6,1±2,7	4,9±3,1

Примечание: различия между нулевой и третьей группами с уровнем значимости $p < 0,05$ (точный критерий Фишера)

Таблица 3.

Влияние независимых переменных на зависимую переменную «Пребывание в структуре непрерывного образования»

Пребывания в структуре непрерывного образования		R ²	Критерий Дарбина-Уотсона
Причины прохождения обучения	r=0,829 p=0,000	0,688	1,944
Частота прохождения циклов обучения			
Возраст начала высшего образования			
Число баллов по шкале С теста Дж. Равена			
Длительность чтения в день			

Далее был проведен пошаговый линейный регрессионный анализ, чтобы выявить факторы, способные влиять на пребывание человека в структуре непрерывного образования. Как видно из модели, полученной в таблице 3, первым является выбор «внутренняя потребность в обучении»; затем большое число циклов обучения, поздний возраст начала обучения в высшей школе, длительность чтения ежедневно. Все эти параметры

входили со знаком +. Можно предположить, что высокие результаты по шкале С Дж. Равена - результат интенсивного обучения.

Наши данные свидетельствуют, что чем позднее человек стал обучаться в высшей школе, чем выше внутренняя потребность в обучении для собственных нужд самореализации, тем выше вероятность. При этом длительное время чтения и высокие показатели невербального интеллекта могут определяться именно пребыванием в системе непрерывного образования, а не выходом из нее по окончании основного.

Список литературы.

1. Арзуманян С. С. Психологические барьеры в обучении взрослых //Наука и современное общество: взаимодействие и развитие. – 2016. – №. 1. – С. 87–88.
2. Воронина Л. И. и др. Педагогика взрослых: организация профессионального обучения граждан старшего возраста. – 2020.
3. Гамбургская декларация об обучении взрослых. Принята пятой Международной конференцией по образованию взрослых, Гамбург, 1997. Равен, Дж. Руководство для Прогрессивных Матриц Равена и Словарных шкал: Раздел 1 и 2 / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Х. Корт Пер с англ. М.: Когито-Центр, 2002. 80 с.
4. Коршунов И. А., Лубников С. В., Ширкова Н. Н. Образование и обучение взрослого населения для развития навыка решения задач //Образование и наука. – 2023. – Т. 25. – №. 6. – С. 166–192.
5. Равен Д., Корт Д. Ж. Руководство для прогрессивных матриц Равена и словарных шкал. – 2002.
6. Стреляу Я. и др. Методика диагностики темперамента (формально-динамических характеристик поведения) //М.: Смысл. – 2009.
7. Терещенко Г. Ф., Бескровная О. В. ОБУЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ В КОНТЕКСТЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ //Гаудеамус. – 2019. – Т. 18. – №. 4 (42). – С. 72–76.
8. Торхова А. В., Титовец Т. Е. Принципы отбора содержания образования и организации учебного процесса при обучении взрослых //Непрерывное образование. – 2018. – №. 3. – С. 56–58.
9. Diep A. N. et al. Adult learners' social connectedness and online participation: the importance of online interaction quality //Studies in Continuing Education. – 2019. – Т. 41. – №. 3. – С. 326–346.
10. Eccles J. S. Understanding women's educational and occupational choices: Applying the Eccles et al. model of achievement-related choices //Psychology of women quarterly. – 1994. – Т. 18. – №. 4. – С. 585–609.
11. Eccles J. S. et al. Subjective task value and the Eccles et al. model of achievement-related choices //Handbook of competence and motivation. – 2005. – Т. 105. – С. 121.
12. Gorges J., Kandler C. Adults' learning motivation: Expectancy of success, value, and the role of affective memories //Learning and individual differences. – 2012. – Т. 22. – №. 5. – С. 610–617.
13. Kuwan H. Berichtssystem Weiterbildung IX: Ergebnisse der Repräsentativbefragung zur Weiterbildungssituation in Deutschland. – Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2005.
14. Gorges J., Kandler C. Adults' learning motivation: Expectancy of success, value, and the role of affective memories //Learning and individual differences. – 2012. – Т. 22. – №. 5. – С. 610–617.
15. Osman M. The effects of self set or externally set goals on learning in an uncertain environment //Learning and Individual Differences. – 2012. – Т. 22. – №. 5. – С. 575–584.
16. Salas E., Cannon-Bowers J. A. The science of training: A decade of progress //Annual review of psychology. – 2001. – Т. 52. – №. 1. – С. 471–499.

17. Samartseva E. Y. Modern approaches to teaching adults the English language //Russian Linguistic Bulletin. – 2018. – №. 3 (15). – С. 23–26.
18. Tharenou P. The relationship of training motivation to participation in training and development //Journal of Occupational and Organizational Psychology. – 2001. – Т. 74. – №. 5. – С. 599–621.
19. Wigfield A., Eccles J. S. Expectancy–value theory of achievement motivation //Contemporary educational psychology. – 2000. – Т. 25. – №. 1. – С. 68–81.
20. Wlodkowski R. J. et al. Enhancing adult motivation to learn. – San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

ПОСТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Ермаков П. Н.¹, Ковш Е.М.^{1,2}, Неживова А. В.³

¹ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет»,

²ФГБОУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России

³ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет», Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В статье представлены результаты теоретического анализа исследований, посвященных изучению постурологических и коммуникативных аспектов психологического сопровождения онкологических больных на разных этапах лечения. Данные исследования демонстрируют меньшую вероятность прогрессирования болезни у физически активных пациентов, а в случае её оперативного лечения – меньшее число рецидивов, по сравнению с другими больными. Двигательная активность выступает базовой потребностью, удовлетворение которой у пациентов с различной локализацией злокачественных новообразований сопряжено с улучшением результатов лечения на разных его этапах, в том числе, при оперативном вмешательстве и реабилитационном восстановлении. Наилучший результат приносит, как показывают результаты исследовательских работ, создание условий для движения пациентов в послеоперационном периоде. Таким образом, физическая активность стимулирует защитные механизмы, направленные на борьбу с онкологическим заболеванием; ее адекватное применение может служить эффективным компонентом комплексной реабилитации онкопациентов.

Ключевые слова. постуральные профили, физическая активность, когнитивный контроль, реабилитационный период, онкология.

POSTUROLOGICAL AND COMMUNICATIVE ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CANCER PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF TREATMENT

Ermakov P.N.¹, Kovsh E.M.^{1,2}, Nezhivova A.V.³

¹FGAOU VO "Southern Federal University",

²FGBOU VO "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

*³Don State Technical University,
Rostov-on-Don, Russia*

Annotation. The article presents the results of a theoretical analysis of studies devoted to the study of posturological and communicative aspects of psychological support of cancer patients at different stages of treatment. These studies demonstrate a lower probability of disease progression in physically active patients, and in the case of its surgical treatment, a lower number of relapses, compared with other patients. Motor activity is a basic need, the satisfaction of which in patients with different localization of malignant neoplasms is associated with an improvement in the results of treatment at different stages, including surgical intervention and rehabilitation recovery. The best result, as the results of research work show, is the creation of conditions for the movement of patients in the postoperative period. Thus, physical activity stimulates protective mechanisms aimed at combating cancer; its adequate application can serve as an effective component of comprehensive rehabilitation of cancer patients.

Keywords. postural profiles, physical activity, cognitive control, rehabilitation period, oncology.

Если взглянуть на структуру движения человеческого тела, то первыми и основополагающими элементами будут являться постуральные положения и осанка, то есть внешне статические и неподвижные позы. Частичные движения и комплексные последовательности движений надстраиваются над постуральным «фундаментом». Таким образом, равновесие представляет собой основу всего двигательного потенциала человека.

Двигательные навыки используются при выполнении разнообразных задач: исследования и изучения окружающего пространства, защиты собственных границ и своей территории, воссоздания образа своего «телесного Я», выбора партнера и борьбы за лидерство [2]. На современном этапе развития науки и технологий стало возможным и актуальным составление психофизиологического портрета человека с использованием современных компьютерных методов стабиллографии и стабиллометрии. Характеристики постуральных профилей позволяют верно подобрать, исходя из постурологических особенностей пациентов, необходимую и дозированную физическую нагрузку, что в свою очередь помогает избежать иммобилизации пациентов в послеоперационном периоде, негативно влияющей и вызывающей мышечную гипотрофию.

Значимым этапом для дальнейшей реабилитации в послеоперационной стационарной практике является своевременная вертикализация больных, перенесших оперативное вмешательство. Качественное улучшение физиологических параметров как на предоперационном, так и в послеоперационном периоде, уменьшает частоту неблагоприятных исходов и рецидивов заболевания. Ранее проводимые исследования отмечали, что такие показатели заболевшего, как пик VO_2 (пиковое потребление кислорода) и анаэробный порог определялись как достоверные маркеры послеоперационной летальности и длительности стационарного восстановления после оперативного вмешательства [1]. Результаты исследований были использованы для создания международных стандартов и рекомендаций по улучшению физической активности онкологических пациентов как на предоперационном, так и на восстановительно - реабилитационном этапах.

Ввиду ныне проводимых исследований по апробированию на базе НМИЦ онкологии г. Ростова-на-Дону реабилитационной программы с пациентами, перенёвшими операцию по мастэктомии при раке молочной железы, а также на основании знаний о механизмах, которые используются для поддержания баланса, были разработаны специальные протоколы реабилитации и профилактики рецидивов с использованием функциональной тренировки. Данный вид тренировки получил название балансотерапии - обучения проприоцепции. В него входят: измерение профилей постуральной устойчивости, когнитивного контроля, координаторной функции, опорной симметрии, балансировочных параметров с последующей тренировкой с БОС по опорной реакции на специализированных стабиллоплатформах с различными модификациями и уровнем сложности.

До сих пор недостаточно изучены особенности связи между различными психологическими и биологическими факторами организма, сопутствующими как повышению риска заболеваемости раком, так и коррелирующими с длительной ремиссией. Сегодня наличие подобных взаимосвязей продолжают оспаривать некоторые учёные, врачи, исследователи, медицинские психологи, специализирующиеся в сфере онкологии [3]. Результаты, полученные при изучении связи психологических характеристик пациентов с особенностями протекания онкозаболевания, носят зачастую противоречивый характер. Зарубежные исследования

показали, что большинство женщин, у которых был диагностирован рак, убеждены в том, что их болезнь есть результат большой жизненной драмы или катастрофы, такой как развод, абьюзивные отношения, аборт, потеря любимой работы, болезнь ребёнка. Большинство современных учёных называют это феноменом «ранен-убит». Первичная рана, детская психологическая травма, скомпенсированная защитными механизмами, не смертельна. Когда наносится очередной жизненный удар, попадающий в ту же точку, может произойти крушение защитных ресурсов организма [3].

Немаловажным аспектом является информирование о процессе лечения самого пациента. В настоящее время до сих пор имеют место случаи некорректного донесения до пациента значимо важной медицинской информации, и этот момент становится «камнем преткновения» для успешной организации и хода стационарного лечения злокачественных новообразований. В то же время, научно доказано, что течение послеоперационного периода и качество жизни больных в целом можно улучшить, вовремя проинформировав пациентов о специфических аспектах и особенностях лечения онкозаболевания. Позиция активного участника лечебного процесса, осознанно выбранная пациентом, может повышать шансы пациента на благополучное проживание болезни.

Таким образом, для повышения успешности различных этапов лечения и реабилитации онкозаболеваний необходим учет ряда личностных, физических, социальных, бытовых и прочих факторов. Отношение к онкопациенту с позиций комплексного подхода, включающего различные методы реабилитации (в том числе, постурологические), может способствовать повышению его качества жизни в особенно трудный период борьбы с болезнью.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22–18–00543.

Список литературы.

1. Реабилитация больных раком молочной железы: учебно-методическое пособие. Обнинск: ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 66 с. (Серия «Библиотека врача-онколога»). Под редакцией академика РАН А.Д. Каприна
2. Дубынин В. Мозг и его потребности: от питания до признания –М.: Альпина нон-фикшн, 2022 -572 с.
3. Серван-Шрейбер, Д. Антирак. Новый образ жизни. – М.: РИПОЛ классик, 2016. - 496 с.

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ДУХОВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В КРИЗИСЕ ВХОЖДЕНИЯ ВО ВЗРОСЛОСТЬ

Прихода И. В.

Кафедра психологии и конфликтологии

Институт философии

ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, г. Луганск

Аннотация. В данной статье осуществлён научно-теоретический анализ проблемы духовного развития личности в кризисе вхождения во взрослость. Установлено, что развитие необходимо рассматривать как процесс качественных и количественных изменений, характеризующийся сложностью, неравномерностью, скачкообразностью и наличием стабильных и кризисных периодов. Определено, что именно кризис является тем переломным моментом, где закладываются будущие новообразования стабильного периода.

Ключевые слова. научно-теоретический анализ, проблема духовного развития личности, кризис вхождения во взрослость.

SCIENTIFIC AND THEORETICAL ANALYSIS OF THE PROBLEM OF SPIRITUAL DEVELOPMENT OF THE INDIVIDUAL IN THE CRISIS OF ENTERING ADULTHOOD

Prikhoda I. V.

Department of Psychology and Conflictology

Institute of Philosophy

Lugansk State University named after Vladimir Dahl, Russia, Lugansk

Abstract. The summary in English: In this article, a scientific and theoretical analysis of the problem of spiritual development of the individual in the crisis of entering adulthood is carried out. It is established that development should be considered as a process of qualitative and quantitative changes characterized by complexity, unevenness, discontinuity, and the presence of stable and crisis periods. It is determined that the crisis is the turning point where future neoplasms of a stable period are laid.

Keywords: scientific and theoretical analysis, the problem of spiritual development of the individual, the crisis of entering adulthood.

В этом стремительно меняющемся и всё более материалистическом мире человечеством движет ненасытное желание власти и богатства. Однако в данном тщетном стремлении человек всё дальше уходит от внутреннего мира и душевного счастья. При этом потребности человечества не могут удовлетворяться одними лишь материальными средствами. Человек нуждается в материальных удобствах для достижения физического комфорта, однако они не способны обеспечить ему душевный комфорт. Несмотря на приятное материальное окружение, сегодня многие люди испытывают неудовлетворённость, беспокойство, тревогу, страх и неуверенность. В человеческих сердцах как будто чего-то недостаёт. По-видимому, не хватает подлинного чувства человеческой духовности.

Духовность личности является крайне сложным и чрезвычайно многоаспектным понятием в современной психологической науке. В силу своей междисциплинарности и многоплановости, оно является предметом научных дискуссий среди представителей

различных наук (психологов, педагогов, философов, теологов и др.). При этом, несмотря на подобную «полинаучность», понятие «духовного развития» изучено весьма поверхностно и проанализировано крайне недостаточно.

Ещё значительно более актуальной, но существенно менее изученной является проблема духовного развития в кризисных периодах жизни. Определение, структура, содержание, симптомокомплексы и особенности переживаний возрастных кризисов периода взрослости на современном этапе не имеют должной теоретической и особенно эмпирической основы. К большому сожалению, основной массив научной информации сосредоточен только на предположениях относительно связи и взаимовлияния указанных явлений, что обуславливает необходимость основательного эмпирического исследования.

Психология возрастных кризисов издавна является предметом изучения в научных трудах М. Басова, П. Блонского, Л. Божович, Л. Выготского, А. Залкинда, А. Запорожца, И. Кона, М. Лисиной, И. Малкиной-Пых, В. Моргуна, К. Поливановой, В. Слободчикова, Т. Титаренко, Д. Эльконина и мн. др.

Проблематика же духовного развития рассматривается в разных направлениях:

1) через чувство «внутренней свободы», «самоощущения» человека (Г. Балл, В. Зинченко, В. Знаков, Д. Леонтьев, В. Москалец, В. Петровский, М. Савчин, В. Слободчиков и мн. др.);

2) через сферу социального бытия человека, продукты его деятельности (Г. Бал, И. Бех, М. Боришевский, А. Брушлинский, Н. Ганусенко, Н. Кордунова, Д. Леонтьев, С. Максименко, В. Пономаренко, В. Петренко и мн. др.);

3) через сущностную природу человека (как априорный принцип саморазвития и самореализации личности) (Б. Братусь, А. Зеличенко, З. Карпенко, А. Киричук, М. Савчин, В. Слободчиков и мн. др.).

Цель исследования: научно-теоретический анализ проблемы духовного развития личности в кризисе вхождения во взрослость (возрастном периоде от 21 года до 24 лет).

Методы исследования: научное обобщение и теоретический анализ специальных литературных источников и профильных информационных ресурсов.

Результаты исследования. Если рассматривать вышеуказанную проблему не в общем и целом, а конкретно и в частности, а именно: не учитывать понимание развития представителями других наук (у них свои специфические понятийно-категориальные определения) и ограничиваться мнением психологов (что для нас особо важно и ценно, а потому интересуется в первую очередь), то последние понимают развитие как закономерное изменение психических характеристик (процессов, состояний и свойств) во времени, проявляющееся в их количественных и качественных, структурных и содержательных преобразованиях.

А. Маслоу [2] и К. Роджерс [6] определяли психическое развитие как:

1) результат собственного выбора человека;

2) носящий спонтанный характер;

3) движущей силой которого является стремление к самоактуализации (А. Маслоу) или актуализации (К. Роджерс), содержание которых заключается в развитии человеком собственного потенциала, способностей, формировании полноценно функционирующей личности.

При этом следует особо отметить, что А. Маслоу считал, что поведение человека и его опыт регулируются иерархией потребностей, а К. Роджерс называл личность и поведение функцией уникального восприятия человеком окружения. Несмотря на это, они

оба пришли к выводу, что люди всегда стремятся к движению вперед и, при благоприятных условиях, реализуют собственный потенциал, демонстрируя истинное психическое здоровье.

Р. Уэлш рассматривает развитие личности через [7]:

1) её становление как субъекта познания и труда, носителя общественных отношений;

2) развитие функциональных возможностей её нервной системы, психических процессов и свойств, физических, умственных, нравственных и других качеств, знаний и чувств, потребностей и интересов, идеалов и состояний, мировоззрения и убеждений, трудовых умений и навыков, способностей к обучению, к усвоению созданного человечеством и к созиданию материальных и духовных ценностей.

Духовное развитие выступает стержнем психического развития в целом: сознания, структуры и содержания деятельности, мотивационной сферы личности, субъектности в различных сферах жизнедеятельности.

Если духовность личности обозначить как многомерную систему, составляющими которой является образование на уровне сознания и самосознания (уровень удовлетворения основных потребностей, иерархия жизненных ценностей и смыслов), то духовный рост предполагает внутреннюю борьбу биологических и духовных сил, поиск и нахождение, оценку человеком себя и своих поступков в соответствии с системой собственных жизненных потребностей, ценностей, установок, представлений, убеждений, позиций, идеалов и мн. др.

Э. Помыткин предлагает рассматривать духовное развитие как процесс самоидентификации личности с ее духовным «Я» через подчинение своей биологической и социальной природы духовным идеалам, ценностям, смыслам и опыту.

Интересна его психологическая модель развития сознания и ценностной ориентации личности, которая имеет 5 уровней [4]:

- 1) эгоцентрических ценностей, самоутверждения, органического сознания;
- 2) семейных ценностей;
- 3) общественных, гражданских, государственных, национальных ценностей;
- 4) общечеловеческих ценностей;
- 5) духовных ценностей космического, расширенного сознания.

При этом особо важно заметить, что процесс становления сознания имеет определённую закономерность: от неосознанного единства с материнским организмом, путём духовного развития человек приходит к осознанному единству с организмом вселенной, возвращаясь к исходной точке своей жизни, но уже на качественно новом уровне. Разница между уровнями сознания заключается в приоритете ценностей, направленности стремлений и потребностей человека: на первом уровне потребности направлены на себя, а на последнем – удовлетворение получается от самоотдачи, помощи другим и осознание потребностей собственного духовного «Я».

Т. Яблонская, анализируя индивидуально-психологические особенности духовного становления, рассматривает личность как открытую внешнему опыту динамическую саморегулирующуюся систему, где индивидуально-психологические особенности (тип нервной системы, особенности восприятия, познавательных процессов и эмоциональной сферы) выступают важной предпосылкой становления основ духовности. Важно обратить особое внимание на то, что наиболее выраженным влиянием биологических факторов наблюдается в раннем онтогенезе, впоследствии на первый план выходит активная позиция личности осознанного жизненного выбора ею духовных ценностей [5].

В. Петренко полагает, что духовность каждого члена общества продолжается в процессе усвоения им значений, объективированных в общественном сознании и выявлении скрытых по значениям смыслов. Социализируясь, личность усваивает совокупность общественно значимых ценностей в процессе развития её морально-духовного сознания и самосознания. При этом сознание обеспечивает развитие отношения к определённым нравственным нормам, их личностного смысла, личностных свойств, а самосознание обеспечивает их эмоционально-ценностную оценку, то есть способствует их превращению в соответствующие личностные ценности [5].

М. Боришевский считает, что процесс становления и развития духовности личности предопределяется социальными влияниями и их активной трансформацией, а также определёнными врождёнными, унаследованными особенностями каждого конкретного индивида, в частности его психофизиологическими свойствами, определяющими его реакцию на различные явления, в той или иной степени связанные с духовностью [5].

З. Карпенко, полагает, что духовность, будучи мерой субъектности, выступает интегральной способностью человека к самодетерминации и творческой активности, самотрансценденции в мир идеальных, объективно существующих ценностей, самоактуализации его уникальных способностей, поисков и реализации призвания [5].

А. Дусавицкий подчёркивает дуальность духовного развития, когда, с одной стороны, оно выходит за пределы индивидуального и возносит человека к трансперсональным переживаниям, а с другой – через саморефлексию направляет его в глубины собственного внутреннего мира. Духовное развитие понимается как вершинная составляющая развития личности – саморазвитие, которое сосредоточено на жизненных позициях, ценностных ориентациях, предопределено активизацией духовного «Я» [5].

Г. Васянович отмечает, что уровень духовного развития человека определяется степенью осознания им необходимости духовно-разумного, морально-духовного и эстетически-духовного самосовершенствования и соблюдения соответствующих морально-культурных и особенно морально-духовных норм и идеалов. По степени неологических усилий в самоактуализации, самореализации и самотрансценденции люди отличаются широким спектром своей духовности: от элементарного – быть просто порядочным человеком, до уровня пророков и святых всех народов и эпох. Наивысшего уровня достигают лишь отдельные индивиды, за счет собственных усилий. Подавляющее же большинство людей неравномерно распределяется между верхней и нижней границей цивилизованного варварства, рабства, существуя в мире грехопадения [5].

Таким образом, духовное развитие – это процесс сознательного самосовершенствования личности, направляющий человека на понимание основных потребностей и формирование системы жизненных ценностей и смыслов собственной жизни.

Общепринятым является предположение, что духовная сфера личности формируется постепенно в течение жизни, путём приобщения к общечеловеческим ценностям, а также создания новых. Развитие человека (как процесс перехода в новое качество), формирование психологических новообразований сопровождается становлением его духовных свойств, фундаментом для которых и является процесс развития. Становление основ духовности характерно как для начальных этапов развития (дошкольный, младший школьный, подростковый, юношеский возраст), так и для последующих возрастных периодов.

Поскольку процесс развития является неравномерным и скачкообразным, а личностные новообразования являются следствием изменений, которые, как правило, происходят в результате нормативных кризисов, по нашему мнению, именно последние заслуживают особого внимания при изучении процесса становления духовности личности.

Кризис – это переходный период в развитии человека, когда старые модели поведения уже не работают, а новые ещё не усвоены. Она характеризуется наличием симптомокомплексов и ведущих возрастных новообразований, которые закладываются в кризисный, а закрепляются уже в стабильный период возрастного развития. Последствиями кризисных явлений являются переоценка ценностей, трансформация мировоззрения, качественное переосмысление поступков, поведения и жизни в целом.

Отечественные психологи возрастным кризисом считают период, характеризующийся кардинальными психологическими изменениями, сущность которых заключается в структурировании отношений и отношения к окружающей действительности, и определяющийся изменением ведущей деятельности; при этом природа возрастного кризиса заключается в том, что исчерпывается развивающий потенциал предыдущего возрастного периода, возникает новая временная перспектива, отвергаются устоявшиеся формы взаимоотношений с окружающими, а развитие самосознания приводит к возникновению новых мотивов, которые порождают смену ведущей деятельности (Б. Братусь, Б. Зейгарник, А. Венгер, А. Красило, М. Минигалиева, В. Слободчиков, Г. Цукерман и др.).

Л. Божович считает, что динамика дальнейшего развития предопределяется тем, что потребности и мотивы, порождающиеся новыми психологическими структурами, на пути своей реализации встречают препятствия – как внешние, так и внутренние. К внешним относятся стиль семейного воспитания способы взаимодействия и жизни семьи. К внутренним относятся психологические структуры, сложившиеся на предыдущем этапе развития. Это может быть предварительная система самооценок, смыслов и ценностей. В то же время и психические структуры не только выступают препятствием для развития нового, но и одновременно служат материалом, основой для формирования новообразований [1].

Вполне очевидно, что возрастные кризисы нельзя полностью считать духовными по своему содержанию, однако не стоит упорно отрицать и тот факт, что они имеют крайне важное значение для становления и развития духовной сферы личности. Возрастные кризисы провоцируют появление кризисов экзистенциальных, всегда побуждающих человека к духовному поиску.

Понимание кризиса как органической части процесса развития личности присутствует в научных трудах зарубежных психологов экзистенциально-гуманистической и трансперсональной направленности, которыми кризис рассматривается в аспекте духовного роста человека; при этом состояние кризиса может быть сложным и тревожным, однако оно обладает значительным эволюционным потенциалом, открывает пути к более полной жизни (Р. Ассаджиоли, С. Грофф, А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Уолш, К. Юнг и др.).

Следовательно, кризисный период усложняет движение и развитие, однако, открывает новые возможности и перспективы, активизирует внутренние резервы организма, запускает механизм духовной трансформации личности. Учитывая то, что невозможно предсказать ненормативные кризисы в жизни человека (время и причины возникновения, его последствия и внешние обстоятельства ситуации), мы акцентируем исследование на возрастном кризисе (имеет определенные возрастные границы, свойственные всем личностям), а именно – кризисе вхождения во взрослость.

Кризис вхождения во взрослость охватывает возрастной период от 21 года до 24 лет и характеризуется следующими уровнями своего проявления:

- 1) вход в кризис;
- 2) умеренные кризисные явления;
- 3) чёткие проявления кризиса;
- 4) пик кризиса;

5) выход из кризиса.

Определение уровня кризиса, на котором находится личность, происходит за счёт изучения симптоматики: типичной и сопутствующей положительной, а также типичной и сопутствующей негативной.

Выделяют следующие особенности кризиса вхождения во взрослость:

1) сходство гендерных мировоззренческих трансформаций;
2) потенциально более высокий уровень открытости юношей по сравнению с девушками;

3) мощный рост нескрываемых неприязненных взаимоотношений между разновозрастными субъектами.

Развертывание кризиса в раннем взрослом возрасте определяется новой социальной ситуацией развития. Перестраивается вся система общественных отношений человека: психологическое отделение от родителей; обретение профессиональной идентичности; установление интимных отношений; обретение взрослой идентичности; изменение отношения к реальности через самоопределение и переориентацию на ценности саморазвития, полную ответственность за сделанный выбор, намеченные цели и задачи, определённые методы и средства.

Заключение. Таким образом, развитие необходимо рассматривать как процесс качественных и количественных изменений, характеризующийся сложностью, неравномерностью, скачкообразностью и наличием стабильных и кризисных периодов. Именно кризис является тем переломным моментом, где закладываются будущие новообразования стабильного периода. То же самое касается и духовного становления личности как не менее весомой составляющей развития личности.

Список литературы.

1. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: монография. М.: ООО «Издательство АСТ», 1995. 349 с.
2. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы: монография / пер. с англ. А. Киселёва. М.: ООО «Издательство Смысл, Альпина нон-фикшн», 2011. 496 с.
3. Полищук В. М. Кризис 23 лет как феномен возрастного развития // Проблемы современной психологии. 2013. Выпуск 22. С. 458–468.
4. Помыткин Э.А. Психология духовного развития личности: монография. К.: ООО «Издательство Наше время», 2007. 280 с.
5. Психологические закономерности развития духовности личности: монография / М.И. Боришевский, А. В. Шевченко, Н. Д. Володарская и др.; под общ. ред. М.И. Боришевского. К.: ООО «Издательство Педагогическая мысль», 2011. 200 с. Мо
6. Роджерс К. Гуманистическая психология: теория и практика: избранные труды по психологии / под ред. А. Н. Сухова. М.: МПСУ, 2013. 450 с.
7. Уэлш Р. Основания духовности: семь главных практик для пробуждения сердца и ума: учебное пособие / пер. с англ. А. Киселёва. М.: ООО «Издательство АСТ», 2004. 381 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИИ И СТИЛЕЙ ВОСПИТАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Русина Н.А.¹, Сибирцева Г. Г.²,

¹Заведующий кафедрой клинической психологии, кандидат психологических наук, доцент,

²Студентка 6 курса факультета клинической психологии и социальной работы

*¹²ФГБОУ Ярославский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, Ярославль*

Аннотация. В статье исследуется взаимосвязь детской тревожности, депрессии и стилей воспитания родителей у детей с муковисцидозом. Муковисцидоз является тяжелым генетическим заболеванием, которое сопровождается множеством психологических и социальных факторов, оказывающими негативное влияние на развитие ребенка и его качество жизни. Методики: Шкала явной тревожности для детей CMAS (адаптация А.М. Прихожан), Шкала явной тревожности для подростков, Опросник детской депрессии CDI (М. Ковач), Диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан для детей; ««Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис (АСВ)» для родителей. Результаты: негативное настроение детей с муковисцидозом связано с чувством одиночества, межличностным напряжением, низкой самооценкой и вегетативными реакциями. Родители детей используют гиперпротекцию как стиль воспитания, а также выносят конфликты между собой в сферу воспитания под влиянием фобии утраты ребенка и неразвитости родительских чувств. Данные выводы позволяют проводить коррекционные мероприятия с родителями.

Ключевые слова: муковисцидоз, дети, тревога, депрессия, родители, стили воспитания.

RESEARCH OF CHILDREN'S ANXIETY, DEPRESSION AND PARENTING STYLES IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Rusina N.A.¹, Sibirtseva G. G.²

¹Head of the Department of Clinical Psychology, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor,

²Student of the 6th year of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work

*¹²Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation
Russia, Yaroslavl*

Annotation. The article examines the relationship between childhood anxiety, depression, and parenting styles in children with cystic fibrosis. Cystic fibrosis is a severe genetic disease that is accompanied by many psychological and social factors that have a negative impact on the development of the child and his quality of life. Methods: The scale of explicit anxiety for children CMAS (adaptation of A.M. Parishioners), The scale of explicit anxiety for adolescents, Questionnaire of childhood depression CDI (M. Kovach), Diagnostics of Dembo-Rubinstein self-esteem in the modification of A.M. Parishioners for children; Analysis of family relationships E.G. Eidemiller, V.V. Justitskis (DIA) for parents. Results: negative mood of children with cystic fibrosis is associated with a sense of loneliness, interpersonal tension, low self-esteem, and vegetative reactions. Parents of children use hyperprotection as a parenting

style, and bring conflicts between themselves into the sphere of education under the influence of the phobia of the loss of the child and the underdevelopment of parental feelings. These findings make it possible to carry out corrective measures with parents.

Keywords: cystic fibrosis, children, anxiety, depression, parents, parenting styles.

Введение. Муковисцидоз является одним из наиболее распространенных тяжелых генетических заболеваний, которое существенно влияет на жизнь детей, страдающих им [3; 4]. Кроме физических проблем, муковисцидозу сопутствуют психологические и социальные факторы, которые могут оказывать негативное влияние на развитие ребенка, искажать социальную ситуацию, образ жизни, качество жизни [2]. Сопровождение тяжелобольного ребенка требует особого отношения родителей [6]. Родителям больных с тяжелыми хроническими заболеваниями требуется психологическая помощь и обучение [1; 5].

Актуальность: знания об особенностях детской депрессии и тревожности у детей с муковисцидозом, а также влияние родительских стилей воспитания, помогут глубже понимать сущность возникновения психологических проблем и точнее определять направление коррекционных воздействий.

Предмет исследования – взаимосвязь детской тревоги, депрессии и стилей воспитания у детей с муковисцидозом.

Материал и методы исследования: в исследовании приняли участие 60 человек, 30 детей (15 детей с муковисцидозом, основная группа) и 15 условно здоровых детей, контрольная группа) в возрасте от 7 до 16 лет и 30 родителей (15 родителей детей с муковисцидозом, основная группа) и 15 родителей условно здоровых детей, контрольная группа). База исследования: ГБКУЗ ЯО ЦГБ «Детская поликлиника №1».

Шкала явной тревожности для детей СМАС (адаптация А.М. Прихожан), Шкала явной тревожности для подростков, Опросник детской депрессии CDI (М. Ковач), Диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; Анализ семейных взаимоотношений (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис). Для статистической обработки применялись ранговый коэффициент корреляции Спирмена, U-Критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение:

Анализ значимости различий по показателям методик «Шкала явной тревожности СМАС», «Опросник детской депрессии» и «Анализ семейных взаимоотношений» у основной и контрольной группы.

Таблица 1.

Сравнение шкал по методике «Шкала явной тревожности СМАС» основной и контрольной групп детей с муковисцидозом и условно здоровых детей по U-критерию Манна-Уитни

	Основная	Контрольная	U	Z	p-value
Негативное настроение	6	3	64,0	2,0165	0,0438*

*-различия на уровне значимости $p < 0,05$

***-различия на уровне значимости $p < 0,001$

Получены различия по шкалам методики «Шкала явной тревожности СМАС» между основной и контрольной группами детей с муковисцидозом и условно здоровых детей (табл.1) в негативном настроении (0,0438) на уровне значимости $p < 0,05$, а также общем уровне тревожности (0,0002) на уровне значимости $p < 0,001$. Можно предположить, что у детей с муковисцидозом чаще наблюдается негативное настроение, связанное с постоянным ожиданием неприятностей, и склонность к плаксивости.

Таблица 2.

Сравнение шкал по методике «Опросник детской депрессии» основной и контрольной групп детей с муковисцидозом и условно здоровых детей по U-критерию Манна-Уитни

	Основная	Контроль-ная	U	Z	p-value
Вегетативные реакции	8	3	7,0	4,3965	0,0000***
Межличностное напряжение	8	7	61,5	2,1570	0,0310*

*-различия на уровне значимости $p < 0,05$

***-различия на уровне значимости $p < 0,001$

Получены различия по шкалам методики «Опросник детской депрессии» между основной и контрольной группами детей с муковисцидозом и условно здоровых детей (табл.2) в межличностном напряжении (0,0310) на уровне значимости $p < 0,05$ и вегетативных реакциях (0,0000) на уровне значимости $p < 0,001$. У детей с муковисцидозом более выражены вегетативные реакции и особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, а также истерические реакции, повышающие вероятность неадекватного деструктивного реагирования на тревожный фактор среды. Кроме того, общее состояние, связанное с различными формами включения в жизнь, эмоциональное состояние, на фоне которого развиваются социальные контакты (прежде всего – со сверстниками), тревожность по поводу несоответствия ожиданиям сверстников и общий негативный эмоциональный фон отношений более выражены у детей с муковисцидозом по сравнению с условно здоровыми.

Таблица 3.

Сравнение шкал по методике «Анализ семейных взаимоотношений» родителей детей с муковисцидозом (основная группа) и родителей условно здоровых детей (контрольная группа) по U-критерию Манна-Уитни

	Основная	Контрольная	U	Z	p-value
Гиперпротекция	9	4	1,0	4,681	0,0000***
Потворствование	6	5	48,0	2,702	0,0068**
Чрезмерность требований - обязанностей	2	3	5,0	-4,611	0,0000***
Недостаточность санкций	4	3	51,5	2,682	0,0073**
Фобия утраты	5	2	40,5	3,002	0,0026**

** - различия на уровне значимости $p < 0,01$

*** - различия на уровне значимости $p < 0,001$

По результатам сравнения шкал методики «Анализ семейных взаимоотношений» между родителями детей с муковисцидозом и родителями условно здоровых детей (табл.3) получены различия по стилю воспитания потворствование (0,0068), недостаточность санкций (0,0073) и фобия утраты (0,0026) на уровне значимости $p < 0,01$. Родители детей с муковисцидозом стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка, балуют его, объясняя необходимость такого воспитания слабостью ребенка, его исключительностью. Они также склонны обходиться без наказаний или применять их крайне редко, уповать на поощрения, в целом сомневаться в результативности любых наказаний. Кроме того, у родителей детей с муковисцидозом выражена фобия утраты, обусловленная тяжелым заболеванием ребенка. Отношение к

ребенку формируется под воздействием накопленного страха утраты, который заставляет родителей тревожно прислушиваться к каждому пожеланию ребенка и спешить с его выполнением.

Также получены различия по таким стилям воспитания как гиперпротекция (0,000) и чрезмерность требований-обязанностей (0,000) на уровне значимости $p < 0,001$. У родителей условно здоровых детей чрезмерность требований и обязанностей выше, они предъявляют большее количество требований, ограничивающих свободу и самостоятельность ребенка. В то время как у родителей детей с муковисцидозом преобладает стиль гиперпротекция, они уделяют ребенку крайне много сил, времени и внимания. Воспитание является центральным делом в жизни родителей.

Анализ корреляционных связей между шкалами методик «Шкала явной тревожности СМАС», «Опросник детской депрессии» у основной и контрольной групп.

Таблица 4.

Интеркорреляции между шкалами методики «Шкала явной тревожности СМАС» у детей с муковисцидозом

	Ангедония	Негативная самооценка	Межличностные проблемы	Вегетативные реакции
Негативное настроение	0,64**	0,65**	0,59*	0,60*

*-различия на уровне значимости $p < 0,05$

** -различия на уровне значимости $p < 0,01$

В основной группе у детей с муковисцидозом наблюдаются корреляции между шкалами (табл.4) негативное настроение и ангедония (0,64) и негативная самооценка (0,65) на уровне значимости $p < 0,01$, межличностные проблемы (0,59), а также вегетативные реакции (0,60) на уровне значимости $p < 0,05$. Так, у детей с муковисцидозом чувство одиночества и ассоциирование себя с ролью плохого из-за непослушания, негативная оценка собственной неэффективности, а также психофизиологические особенности влияют на негативное настроение.

Таблица 5.

Интеркорреляции между шкалами методик «Шкала явной тревожности СМАС» и «Опросник детской депрессии» у детей с муковисцидозом

	Межличностное напряжение	Мотивация достижения (самооценка)	Вегетативные реакции
Негативное настроение	0,87***	0,74**	-
Ангедония	-	-	0,75**

** -различия на уровне значимости $p < 0,01$

*** -различия на уровне значимости $p < 0,001$

В основной группе у детей с муковисцидозом наблюдается корреляция между шкалами методики «Шкала явной тревожности СМАС» и «Опросник детской депрессии» (табл.5), между негативным настроением и мотивацией достижения (0,74) на уровне значимости $p < 0,01$ и межличностным напряжением (0,87) на уровне значимости $p < 0,001$. Так, вероятно, негативное настроение у детей с муковисцидозом может влиять на их общее состояние, связанное с различными формами включения в жизнь, и эмоциональное состояние, а также на тревожность по поводу несоответствия ожиданиям сверстников, ориентацию на значимость других в оценке своих поступков и на тревогу

по поводу оценок, даваемых окружающими. В то время как чувство одиночества может влиять на возникновение вегетативных реакций, которые повышают вероятность неадекватного деструктивного реагирования.

Таблица 6.

Интеркорреляции между шкалами методики «Шкала явной тревожности СМАС» и методики «Опросник детской депрессии CDI (М. Ковач)» у детей с муковисцидозом

	Ангедония	Негативная самооценка
Межличностные проблемы	-	0,60*
Неэффективность в школе	0,57*	-

*-различия на уровне значимости $p < 0,05$

Также в основной группе у детей с муковисцидозом наблюдаются корреляции между шкалами методики «Шкала явной тревожности СМАС» (табл.6) межличностные проблемы и негативная самооценка (0,60), а также между неэффективностью в школе и ангедонией (0,57) на уровне значимости $p < 0,05$. Так, у детей с муковисцидозом негативная самооценка влияет на возникновение агрессивного поведения, непослушание и ассоциирование себя с ролью плохого, а также чувство одиночества влияет на снижение эффективности обучения в школе.

Таблица 7.

Интеркорреляции между шкалами методики «Анализ семейных взаимоотношений» у родителей основной группы детей с муковисцидозом

	Фобия утраты	Неразвитость родительских чувств
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания	0,57*	0,65**

*-различия на уровне значимости $p < 0,05$

** -различия на уровне значимости $p < 0,01$

У родителей детей с муковисцидозом в основной группе наблюдаются корреляции между шкалами методики «Анализ семейных взаимоотношений» (табл.7) вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания и фобия утраты (0,57) на уровне значимости $p < 0,05$, а также со шкалой «неразвитость родительских чувств» (0,65) на уровне значимости $p < 0,01$. Можно предположить, что фобия утраты ребенка, обусловленная историей его рождения и заболевания, а также страх, заставляют родителей тревожно прислушиваться к каждому пожеланию ребенка, с чем один из родителей может быть не согласен, что может вызывать конфликты в сфере воспитания. Конфликтность во взаимоотношениях супругов нередкое явление, открыто выражая недовольство друг другом, родители могут прикрываться заботой о благе ребенка, на самом деле выясняя отношения между собой. Порой мнения родителей бывают диаметрально противоположными: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой же родитель склонен «жалеть» ребенка, идти у него на поводу. Фобия утраты ребенка может усугублять различия в воспитании. Кроме того, на возникновение конфликтов между родителями может влиять неразвитость родительских чувств, которая может быть вызвана тем, что родителя самого отвергали в детстве и он сам в свое время не получил родительского тепла.

Регрессионный анализ влияния показателей методик «Шкала явной тревожности СМАС» и «Опросник детской депрессии» на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом.

Таблица 8.

Регрессионный анализ влияния показателей методик «Шкала явной тревожности СМАС» и «Опросник детской депрессии» на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом

	Value
Multiple R	0,315
Multiple R2	0,100
F(1,28)	3,094
p	0,090 +

+ тенденция

Регрессия состоялась, показатели R (0,315), R2 (0,10) при F (3,094), говорят о тенденции влияния показателей методик «Шкала явной тревожности СМАС» и «Опросник детской депрессии» на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом на уровне 10% (табл.8).

Таблица 9.

Регрессионный анализ влияния показателей методики «Шкала явной тревожности СМАС» на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом

	b	t	p-value
Межличностные проблемы	0,569	3,809	0,001**
Ангедония (чувство одиночества)	0,550	3,640	0,001**
Негативная самооценка	0,620	4,385	0,000***

** - различия на уровне значимости $p < 0,01$

*** - различия на уровне значимости $p < 0,001$

По результатам регрессионного анализа показателей методики «Шкала явной тревожности СМАС» (табл.9), наибольшее влияние на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом оказывают негативная самооценка детей ($b=0,62$), их межличностные проблемы ($b=0,569$) и ангедония ($b=0,55$). Так, можно предположить, что негативная оценка собственной эффективности у детей, их высокий негативизм, непослушание, снижение мотивации, а также чувство одиночества влияют на возникновение гиперпротекции, при которой родители уделяют ребенку больше сил, времени и внимания.

Таблица 10.

Регрессионный анализ влияния показателей методики «Опросник детской депрессии» на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муковисцидозом

	b	t	p-value
Межличностное напряжение	0,545	3,415	0,002**
Мотивация достижения (самооценка)	0,546	3,558	0,001**

** - различия на уровне значимости $p < 0,01$

По результатам регрессионного анализа показателей методики «Опросник детской депрессии» (табл.10), на возникновение гиперпротекции у родителей детей с муко-

висцидозом оказывают влияние мотивация достижения детей ($b=0,546$) и их межличностное напряжение ($b=0,545$). Можно предположить, что общий негативный эмоциональный фон ребенка, ориентация на значимость других в оценке своих результатов, страх неудачи, который не позволяет в полной мере реализовать ребенку свой потенциал, влияют на возникновение у родителей желания отдать ребенку все свои силы и время, чтобы избежать негативных последствий.

Выводы.

1. Полученные результаты позволяют утверждать, что дети с муковисцидозом отличаются от условно здоровых детей тем, что их негативное настроение связано с чувством одиночества, межличностным напряжением, низкой самооценкой и вегетативными реакциями.

2. Родители детей с муковисцидозом чаще, чем родители условно здоровых детей, используют гиперпротекцию как стиль воспитания, а также выносят конфликты между собой в сферу воспитания под влиянием фобии утраты ребенка и неразвитости родительских чувств.

3. Обнаружено влияние таких переменных, как негативная самооценка, межличностные проблемы, чувство одиночества и мотивация достижения у ребенка, на возникновение гиперпротекции у родителей. Данные переменные не являются исчерпывающими, однако отражают влияние тревожно-депрессивного состояния у детей с муковисцидозом на их родителей.

Список литературы.

1. Заширинская О.В., Добряков И.В. Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие. СПб.: Речь, 2007. 176 с.
2. Молчанова М. С., Егорова А. С. и др. Муковисцидоз: болезнь, лечение, надежды. М.: 2013. 127 с.
3. Муковисцидоз / под редакцией Н. И. Капранова, Н.Ю. Каширской. – М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2014. 672 с.
4. Национальный консенсус «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия» / под редакцией Е. И. Кондратьевой, Н.Ю. Каширской, Н. И. Капранова. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2016. 205 с.
5. Психологическая поддержка семьям тяжело болеющих детей. СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2018. 66 с.
6. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб: Речь, 2010. 104 с.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ, НАПРАВЛЕННОМ НА КОРРЕКЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ.

Семенкина О.В.

Педагог-психолог

*Муниципальное Автономное Образовательное Учреждение «Лицей № 11» подразделение госпитальная школа «УчимЗнаем – Ростовская область»,
Россия, г. Ростов-на-Дону.*

Аннотация. В данной статье рассматриваются: особенности эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, находящихся на длительном лечении в онкогематологических отделениях; возможность использования методов арт-терапевтического подхода в психолого-педагогическом сопровождении, направленном на коррекцию нарушений эмоциональной сферы у детей.

Ключевые слова: арт-терапия, госпитальная педагогика, эмоциональная сфера, дети с соматическими заболеваниями, психолого-педагогическое сопровождение, длительное лечение.

ART-THERAPEUTIC APPROACH IN PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT AIMED AT CORRECTION OF EMOTIONAL STATE OF CHILDREN ON LONG-TERM TREATMENT.

Semenkina O.V.

Teacher-psychologist

*Municipal Autonomous Educational Institution "Lyceum No. 11" subdivision of the hospital school "UchimZnayem – Rostov region",
Russia, Rostov-on-Don.*

Annotation. This article discusses: the features of the emotional sphere of primary school children undergoing long-term treatment in onco-hematology departments; the possibility of using art-therapeutic approach methods in psychological and pedagogical support aimed at correcting violations of the emotional sphere in children.

Keywords: art therapy, hospital pedagogy, emotional sphere, children with somatic diseases, psychological and pedagogical support, long-term medical treatment.

Течение онкологического заболевания связано с совокупностью психогенных и соматогенных факторов, влияющих на физическое состояние и на психику ребенка. Длительное лечение искажает развитие когнитивной, личностной и эмоциональной сфер. «Всё это значительно снижает качество жизни, возможности социальной адаптации и коммуникаций со здоровой средой, осложняет течение основного заболевания и ухудшает прогноз» [8, с. 135].

Эмоциональная сфера сложно организованная система регуляции поведения и деятельности. Своевременная коррекция её нарушений облегчает лечение, помогает стабилизировать различные стороны жизни ребенка.

Исследование психологических особенностей ребенка с онкогематологической патологией позволяет оценить влияние болезни на личность, а последующая психолого-педагогическая коррекция негативных последствий заболевания, способствует более

успешной реализации терапевтических, реабилитационных и профилактических задач комплексного лечения.

Для коррекции эмоциональных нарушений эффективно использовать арт-терапевтический подход. Его методы мягко поддерживают, учат позитивной совместной деятельности, развивают коммуникации, подходят для групповой и индивидуальной работы.

При многообразии исследований, посвященных эмоциональной сфере, наблюдается дефицит прикладных работ по диагностике и коррекционному сопровождению детей младшего школьного возраста с онкогематологическими патологиями.

Цель исследования: охарактеризовать особенности развития эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с онкогематологическими заболеваниями, находящихся на длительном лечении, и обосновать выбор методов арт-терапевтического подхода для коррекции её нарушений.

Объект исследования: эмоциональная сфера детей младшего школьного возраста, находящихся на длительном лечении.

Предмет исследования: характеристики эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, находящихся на длительном лечении (повышенный уровень тревожности, агрессии, особенные страхи).

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать особенности эмоциональной сферы здоровых младших школьников и детей с онкогематологическими заболеваниями.

2. Обосновать эффективность коррекции эмоциональных нарушений у детей, находящихся на длительном лечении, средствами арт-терапии.

Эмоция – это специфическая форма отношения к предметам и явлениям действительности, связанная с их соответствием или несоответствием потребностям личности. «Это особый род процессов регуляции, которые актуализируются под влиянием событий, вызывающих изменения в состоянии организма или в его отношениях со средой, либо изменяющих актуальное состояние равновесия между субъектом и средой» [9 с. 35].

С процессом жизнедеятельности тесно связано понятие нарушений эмоциональной сферы. Нарушение означает «прекращение, прерывание нормального хода развития, состояния чего-либо» [10, с. 165]. «Под эмоциональными нарушениями понимается аффективные нарушения, создающие трудности в формировании у ребенка адекватного образа мира, активной позиции, устойчивости и подвижности в отношении с этим миром. Эмоциональные нарушения в последствии ведут к дезадаптации личности» [1, с. 13].

Детские эмоциональные нарушения включают: негативные состояния, тревогу, страх, гнев, злость, агрессивность, апатию.

Тревога, страх, гнев являются такими же естественными эмоциональными проявлениями психики человека, как радость, восхищение, печаль. «Но при чрезмерной подавленности этим эмоциям, зависимости от них меняется поведение человека, его отношение с окружающим миром, с людьми, нарушается гармония внутреннего мира, развития его личности» [4, с.12].

Младший школьный возраст характеризуется впечатлительностью, восприимчивостью, отзывчивостью. Его часто называют «эмоционально насыщенным». Крутецкий В.А. пишет: «Эмоционально жизненный опыт медленно перетекает из дошкольного детства в младший школьный возраст, но при этом свобода в дошкольном возрасте меняется на другие правила и нормы жизни, тем самым вызывая новые эмоциональные переживания» [9, с.126].

В младшем школьном возрасте у детей возможны такие эмоциональные отклонения как агрессия, страх, тревога, тревожность и эмоциональная неустойчивость. У мальчиков отмечается более высокая активность и агрессивность. Агрессия больше направлена «вовне», у девочек - «вовнутрь». Мальчики более склонны к физической агрессии, девочки к вербальной. Но с возрастом тенденция немного меняется.

Индивидуально-психологические особенности, психосоматическое развитие и формирование эмоциональной сферы длительно болеющих и здоровых детей различаются. «Моторная активность исключительно важна для самовыражения младшего школьника, что непосредственно сказывается на эмоциональном состоянии ребенка. Болезнь воспринимается как ограничитель, разрушитель, вызывая эмоциональную напряженность» [2].

Наиболее часто встречающимся отклонением в эмоциональной сфере у детей младшего школьного возраста с онкогематологической патологией можно отнести: эмоциональную вялость; апатичность; пассивность; неустойчивость настроения, частые смены; плаксивость, капризность, мнительность; высокий уровень тревожности; наличие специфических страхов; депрессии; острая зависимость от взрослых; замкнутость; агрессивное поведение. Более чем у одной трети младших школьников с онкозаболеваниями выявляются неврозы и депрессивные состояния со снижением настроения. Они обидчивы и угрюмы, не имеют интереса к играм и коммуникациям со сверстниками. Часто появляется повышенный интерес к болезни. Многие дети находятся в сложных отношениях с родителями.

Практическая часть исследования эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста осуществлялась на базе подразделения «УчимЗнаем - Ростовская область». В диагностике приняли участие: дети, проходящие лечение в «Областной детской клинической больнице г. Ростов-на-Дону» и «Национальном медицинском исследовательском центре онкологии» г. Ростов-на-Дону, а также учащиеся начальных классов МАОУ «Лицей 11» г. Ростов-на-Дону. Экспериментальная группа – 30 детей с онкогематологическими заболеваниями от 7 до 11 лет. Контрольная группа - 30 учащихся начальной школы.

Были использованы методики:

1. «Страхи в домиках» (А. И. Захаров и М. Панфилова).
2. Структурный опросник детских страхов (СОДС Л. С. Акопян).
3. Методика «Рисунок несуществующего животного» («РНЖ» М.З. Дукаревич).
4. Анкета «Критерии агрессивности» (Г. П. Лаврентьева, Т. М. Титаренко).
5. Шкала явной тревожности для детей (СМАС) (адаптация А. М. Прихожан).

Результаты тестирования по методикам «Страхи в домиках» и СОДС в экспериментальной и контрольной группе представлены ниже. На рисунке 1 показано соотношение видов страхов группам. В экспериментальной группе по семи из восьми видов страхов показатели превышают 50%. Преобладающими являются: страхи темноты и кошмарных снов, медицинские страхи и страхи физического ущерба. В контрольной группе отметку 50% превышают три вида страхов. Ведущими являются: страх смерти, физического ущерба и боязнь животных. Медицинские страхи имеют самый низкий показатель - 22%, против - 74% в экспериментальной группе.

Анализ количественных показателей позволил определить среднее число возрастных страхов у младших школьников в контрольной и экспериментальной группах. В качестве нормативного сравнительного показателя страхов у детей в возрасте от 7 до 10 лет использовались данные А. И. Захарова. По мнению автора, среднее число страхов у младших школьников в этот возрастной период составляет: у девочек – 9,2, у мальчиков – 6,9. «Слишком большое количество разнообразных страхов у детей указывает на развитие невроза или тревожности в характере и актуальность их устранения» [3 с. 117].

Превышение возрастного показателя детских страхов обнаруживается у 28% мальчиков контрольной группы. Эти дети боятся наказания родителей, их смерти, причинения физического ущерба и насмешек одноклассников (страх "быть не таким как все").

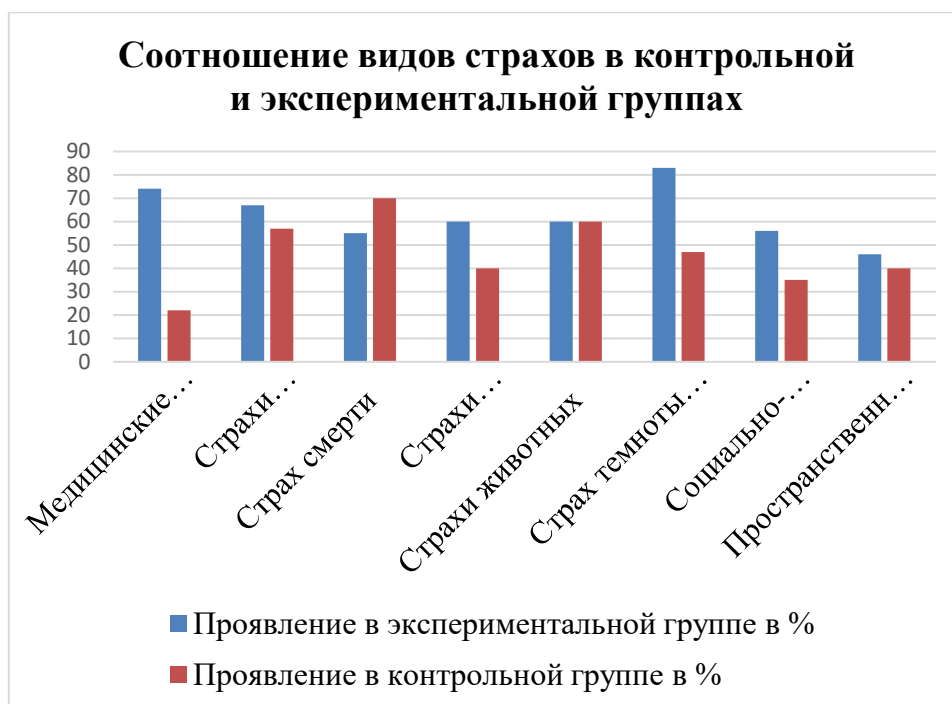


Рисунок 1. Соотношение видов страхов в контрольной и экспериментальной группе младших школьников (в %)

В экспериментальной группе средний показатель страхов у девочек превышает норму на 64%, у мальчиков на 110%. Дети демонстрируют многообразие страхов из различных групп (медицинские, пространственные, причинения физического ущерба, темноты).

Страхи детей с онкогематологическими заболеваниями, находящихся на длительном лечении, отличаются большим разнообразием, устойчивостью, повышенной интенсивностью переживания по сравнению с переживаниями страха у здоровых сверстников.

Методика «РНЖ» применялась как дополнительная, для исследования проявлений агрессии у детей младшего школьного возраста. Для оценки уровня агрессивности использовался подсчет баллов по шкале Фурманова И. А. (1996).

Результат оценки теста по проективной методике «Несуществующее животное» в экспериментальной группе младших школьников показал, что шкала агрессивности у девочек колеблется в диапазоне от 6 до 11, у мальчиков – от 8 до 13. Средний показатель по группе 10,25.

Для анализа тревожности в исследовании использовались данные, полученные с помощью методики «Детский вариант шкалы явной тревожности» (А.М. Прихожан). Анализ полученных данных позволяет заключить, что степень проявления явной тревожности у большинства испытуемых контрольной группы низкая – 60 % группы, экспериментальной группы – высокая (70%).

Указанные особенности детей младшего школьного возраста, находящихся на длительном лечении, создают дополнительные трудности для диагностической и коррекционной работы.

Психологическая коррекция эмоциональных состояний у детей – это организованная система психологических воздействий, направленная на смягчение эмоционального дискомфорта, повышение активности и самостоятельности, устранение вторичных асоциальных реакций, вызванных эмоциональными нарушениями, такими как агрессивность, тревожность, мнительность, особенные страхи. Постоянные индивидуальные и групповые коррекционные занятия помогают налаживанию контакта между детьми, снятию тревожности, страхов и предупреждению проявлений агрессии на фоне различных нестандартных ситуаций, возникающих в условиях больницы и за ее пределами.

Исследования в области арт-терапии подтверждают, что применение ее методик положительно влияет на развитие детей. Арт-терапия способствует: укреплению эмоциональных ресурсов и развитию коммуникативных возможностей; воспитанию способности адекватно реагировать на неблагоприятные ситуации и обстоятельства; умению принимать социально приемлемый образ и «уходить» от деформированного образа «Я»; развитию способности к творческому воспроизведению специально показанного «лечебного» образа.

Высокий эффект дает применение таких форм арт-терапии как: музыкотерапия, изотерапия, фототерапия, сказкотерапия, терапия песком, телесно-ориентированные практики.

«Творчество в процессе арт-терапии дает возможность выразить и воспроизвести внутренние чувства, переживания, сомнения, конфликты и надежды в символической форме, пережить еще раз важные события». [6, с.56].

Достоинства арт-терапии в работе с младшими школьниками, находящимися на длительном лечении, заключаются в: возможности невербального общения; упрощении процесса коммуникации, создании отношений взаимного принятия и развития эмпатии; возможности свободного самовыражения; актуализации творческого потенциала личности; повышении адаптационных способностей, снижении напряжения; создании позитивного эмоционального настроения. Удовлетворение, появляющееся при раскрытии умений и возможностей в ходе курсов арт-терапии, содействует эмоциональному комфорту детей, формированию продуктивного психологического контакта между ними и миром.

«Арт-терапевтические занятия дают специалисту непрямым способом осуществлять контроль, и при необходимости, корректировать эмоциональное состояние детей и его действия, подход к себе, друг к другу и находящемуся вокруг обществу» [5, с. 81].

Арт-терапия применяется в индивидуальном и групповом варианте. Индивидуальная может продолжаться на протяжении нескольких месяцев или даже лет. Групповая помогает:

- развивать социальные и коммуникативные навыки;
- оказывать взаимную поддержку и решать общие проблемы.

«В групповой арт-терапии сочетается стремление участников к слиянию с группой и сохранения групповой идентичности и потребности в независимости, укреплении индивидуальной идентичности» [7, с. 177].

Практическая работа автора в федеральном проекте госпитальных школ «УчимЗнаем» показала, что наиболее эффективны при работе с длительно болеющими детьми младшего школьного возраста коррекционно-развивающие занятия с применением методик: игровой терапии; сказкотерапии; библиотерапии; телесно-двигательной терапии; изотерапии.

Положительное влияние на эмоциональную сферу детей оказывают комплексные коррекционно-развивающие занятия, состоящие их трех блоков: телесно-ориентированные практики, творческий блок, мини блок расслабляющих упражнений и рефлексия настроения и эмоционального состояния.

В качестве телесно-ориентированных практик автором используются мини здоровьесберегающие комплексы адаптивных упражнений логоритмики и образовательной кинезиологии. Тесная связь простых движений и звука нравится детям, разряжает обстановку, гармонизирует эмоциональный фон, и делает урок легким для восприятия. В структуре коррекционно-развивающего занятия в госпитальном классе телесно-ориентированные практики занимают от 5 до 10 минут.

Творческий блок может состоять из комплексов: изотерапия и игровая терапия; сказкотерапия и игровая терапия; библиотерапия и игровая терапия, и занимает от 20 до 30 минут.

Блок рефлексии и расслабляющих упражнений в структуре коррекционно-развивающего занятия в госпитальном классе занимает от 5 до 10 минут. Ребята учатся осознавать и проговаривать собственные эмоции, чувства, переживания, мысли, исследовать и понимать те качественные перемены, которые произошли с ними, принимать эмоциональное состояние одноклассников, обогащают свой лексический словарь за счет слов, обозначающих разнообразные чувства, эмоции и их оттенки.

Общая продолжительность коррекционно-развивающего урока составляет от 30 до 50 минут, в зависимости от физического и психоэмоционального состояния детей.

Опросы, проводимые автором, среди родителей учеников начальных классов, находящихся на длительном лечении в онкогематологическом стационаре и регулярно участвующих в коррекционно-развивающих занятиях, показали, что применяемые методики и формат уроков не только способствовали развитию творческого потенциала ребят, но и изменили их отношение к жизни с её трудностями, благоприятно повлияли на эмоциональную сферу детей: у них снизился уровень тревоги, страхов, доминирование сильных отрицательных эмоций, уровень агрессивности. Ребята начали участвовать в онлайн-конкурсах, общаться со здоровыми сверстниками, строить планы на будущее.

Список литературы.

1. Вилюнас, В. К. Психология эмоций / К. В. Вилюнас, Ю. Б. Гишпенрейтер. – М.: Моск. ун-та, 1984. – 288 с.
2. Захарова И. Ю., Моржина Е.В. Лечебно-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы. М., Теревинф, 2014. - 80 с.
3. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. - СПб.: Изд-во "Союз", 2004.-448с.
4. Киселева, М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми / М. В. Киселева. - СПб.: Речь, 2007. – 221 с.
5. Лебедева, Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. - СПб. Речь, 2003.
6. Лебединский В. В., Никольская О. С. «Эмоциональные нарушения и их коррекция». М.: 1990–87 с.
7. Лысых, Н.В. Арт-терапия в работе социального педагога / Н.В. Лысых, Е. А. Баркова // Успехи современного естествознания. - 2013. - № 10. - С. 176–177.
8. Рагозинская В.Г. Качество жизни детей с онкогематологической патологией / В.Г. Рагозинская, А. В. Сабирова // Ананьевские чтения – 2004. – СПб. Изд-во СПбГУ, 2004. – с. 135–136.
9. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.
10. Русский Толковый словарь, В. В. Лопатин, Л. Е. Лопатина, М., 1997.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И АДАПТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ВЗРОСЛЫХ

*Цой В. А.
Психолог
Россия, г. Екатеринбург*

Анотация. Статья посвящена исследованию акцентуаций характера взрослых и их связь с уровнем адаптивных способностей личности у взрослых. Исследование проводилось на основе: теста-опросника для диагностики типа акцентуации личности, разработанного Г. Шмишеком и К. Леонгардом, и личностного опросника А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина для выявления адаптационного потенциала. В ходе исследовательской работы выявлено, что акцентуации действительно связаны со способностью к адаптации личности в социальной среде.

Ключевые слова: акцентуации характера, адаптивные способности, адаптация, характер.

RESEARCH OF CHARACTER ACCENTUATIONS AND ADAPTIVE ABILITIES OF ADULTS

*Tsoy V. A.
Psychologist
Russia, Ekaterinburg*

Abstract. The article is devoted to the study of adult character accentuations and their relationship with adaptive abilities. The study was conducted on the basis of: a questionnaire test for diagnosing the type of personality accentuation developed by G. Shmishek and K. Leonhard, and a personality questionnaire by A. G. Maklakov and S. V. Chermyanin to identify adaptive potential. During the research work, it was revealed that accentuations are really associated with the ability to adapt a person in a social environment.

Keywords: Character accentuation, adaptive abilities, adaptation, character.

Введение

В практике клинической психологии до сих пор остро стоит вопрос работы с людьми пограничной организации личности. Большинство исследователей настаивают на точке зрения, что такая структура личности во многом может мешать человеку адаптироваться в социальной среде. И здоровая (невротическая) и пограничная личность может иметь стойкие заостренные черты характера – акцентуации. В данном исследовании мы поставили задачи определить связь количества и силы проявленности акцентуаций у взрослых с их адаптивными способностями.

Структура личности, наряду с другими факторами, определенно влияет на способность индивида к адаптации в социальной среде.

Принято считать, что выраженность черт определенного типа акцентуаций в характере человека не препятствует возможности удовлетворительной социальной адаптации. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При взрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации. В обыденных, привычных условиях, черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем.

В данной работе мы рассматриваем различные типы акцентуаций как одну из вероятных детерминант развития или нарушения адаптивных способностей. Как показывают исследования, личности любого типа акцентуации характера более чувствительны и податливы воздействиям среды и, следовательно, обладают большей склонностью к нарушениям психики, чем другие индивиды [5].

В наиболее лаконичном виде акцентуацию можно определить как дисгармоничность развития характера, гипертрофированную выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет её адаптацию в некоторых специфичных ситуациях [7]. Сначала жизнь влияет на характер, а затем характер влияет на всю жизнь человека. [3].

Акцентуация характера при крайне неблагоприятных обстоятельствах может привести к патологическим нарушениям и изменениям поведения личности, к психопатологии, но сведение ее к патологии неправомерно. Акцентуация характера – это крайние варианты нормы как результат усиления его отдельных черт. На данный момент не очевидна граница нормы и патологии в развитии характера. То есть не ясно, какая степень акцентуированности той или иной черты может приводить к нарушениям адаптации личности в социальной среде. Значит также не ясно, в какой степени акцентуации (их количество или сила проявленности) могут влиять на уровень адаптации.

К. Леонгард отмечает: «Акцентуация всегда, в общем, предполагает усиление степени определенной черты. Эта черта личности, таким образом, становится акцентуированной. Многие черты невозможно строго дифференцировать, т. е. трудно установить, относятся они к ряду акцентуаций или лишь к индивидуальным вариациям личности» [4]. Акцентуированные черты далеко не так многочисленны, как варьирующие индивидуальные. Акцентуация – это, в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние [4].

П. Б. Ганнушкин в своей работе «Постановка вопроса о границах душевного здоровья» придерживается мнения, что между нормой и патологией нет четкой границы, которую можно было бы назвать акцентуацией. Скорее, по его мнению, разница здесь определяется в самой структуре организации личности, зависимой от психофизиологической основы [2]. Так же он отмечает, что понятие о норме в области психики является совершенно не установленным и крайне неопределенным.

О расстройстве личности, то есть о патологическом характере, а не просто о заострении черт, можно говорить тогда, когда эти особенности становятся настолько выраженными, ригидными и дезадаптивными, что нарушают образ жизни человека, мешают работе и/или влияют на межличностные отношения. Снижение социальной адаптивности причиняет значительные неудобства лицам с расстройством личности и окружающим их людям [1].

В итоге можно утверждать, что акцентуации, в своем крайнем выражении, граничат с патологией, но все еще остаются в спектре психологической нормы. То есть люди, с ярко выраженными, акцентуированными чертами характера полностью здоровы и социально адаптированы. Хотя могут испытывать те или иные затруднения с адаптацией в некоторых специфичных ситуациях [2].

Акцентуированная личность может сильно страдать из-за сложностей в установлении социальных контактов, что может влиять на общий уровень удовлетворенности.

Социальное поведение человека предполагает наличие определенных адаптивных способностей, которые призваны способствовать более эффективному существованию в социальной среде и, как следствие, влиять на субъективную положительную оценку благополучия личности. Адаптация выступает как необходимое условие продуктивной социальной активности, самоопределения личности, расширения сферы свободы и развития индивидуальности [6].

Человек адаптируется к той социальной среде, которая частично является результатом активности предыдущих поколений и его самого. Он не только участвует в жизни общества, но и активно создает те условия, к которым должен адаптироваться. Структура общества, процесс разделения труда и место человека в обществе в совокупности определяют возможности адаптации, а также (частично) и развитие Я. [8].

Многие исследователи обращают отдельное внимание на социально-психологическую природу адаптации подразумевая под ней приспособленность человека к гармоничной жизнедеятельности в обществе, которая объединяет необходимость соответствовать требованиям социума и собственные потребности, мотивы, интересы. Социально-психологическая адаптация характеризуется осознанием необходимости для личности постепенных изменений отношений с социальной средой через овладение новыми способами поведения, а также становлением новых приспособительных механизмов, ориентированных на гармонизацию отношения личности со средой. Уровень социально-психологической адаптации тесно связан с психологическими характеристиками личности и особенностями ее поведения. Модель отношений человека с социальным окружением и с самим собой исходит из концепции личности как субъекта собственного развития, способного отвечать за свое поведение. Адаптированность – согласованность требований социальной среды и личностных тенденций. Она предполагает реалистичную оценку себя и окружающей действительности, личную активность, гибкость, социальную компетентность. [5].

Анализируя представления разных авторов о проблеме адаптивности, можно прийти к выводу, что адаптивность следует рассматривать как особый род социальной установки, так как, во-первых, в ее основе лежат различные потребности личности, а во-вторых, адаптивность проявляется при наличии определенных условий в социальной среде и соответствия психологических особенностей индивида этим условиям. Отдельные качества и способности индивида непосредственно влияют на процесс адаптации личности в социальной среде. Исследуя процесс адаптации личности, стоит уделять внимание не только физиологической и социальной составляющей, но и отдельных личностных характеристик человека.

Личность определяет деятельность. Характер формируется рано и может влиять на спектр потребностей личности и степень удовлетворенности. Акцентуации в характере могут причинять довольно большой дискомфорт человеку, так как напрямую влияют на его навыки социальной коммуникации, отношение к себе и выбор деятельности. Акцентуированная личность может сильно страдать из-за сложностей в установлении социальных контактов, что может влиять на общий уровень удовлетворенности.

Объекты и методы исследования

Целью исследования стала связь типов акцентуаций характера с уровнем адаптивных способностей личности у взрослых.

В качестве гипотезы данного исследования выступило предположение о том, что акцентуации характера связаны со способностью к адаптации личности в социальной среде. То есть: респонденты с разным количеством акцентуаций и их типом отличаются друг от друга по уровню адаптивных возможностей и дезадаптивных нарушений.

В качестве материалов исследования были использованы следующие методики. Тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда. Методика Акцентуации характера и темперамента личности. Методика предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ-АМ) А. Г. Маклакова и С.В. Чермянина.

Выборку исследования составили 100 человек в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе 16 мужчин (16%) и 84 женщин (84%). Из них соответствуют возрасту ранней зрелости 20–30 лет (33%) зрелости 31–64 года (67%). Участники исследования являются

представителями разных профессий и сфер деятельности, проживают в разных городах и имеют различное образование, семейное положение и другие социо-демографические различия. В выборке приняли участие в основном жители больших городов – 14%, и мегаполисов – 69%, жители небольших городов – 17%. 77% опрошенных работают, 21% занимаются предпринимательством (либо самозанятые), 8% учатся и 15% находятся на содержании (родителей, партнера или на гос. обеспечении). Уровень образования: среднее – 21%, высшее (или более) – 75%. Большая часть выборки на данный момент состоит в браке или близких отношениях (64%), при этом 56% из них не имеют или не планируют иметь детей.

Результаты и их обсуждение. Исходя из полученных в исследовании данных, 40% испытуемых не имеет ни одной выявленной акцентуации в характере, более половины испытуемых обладают 1–2 акцентуированными чертами, и только 8% имеют в характере 3 и более таких черт. То есть большая часть людей в выборке склонны к заострению некоторых черт характера. Учитывая теоретические данные эти показатели являются констатацией психологической нормы и не могут быть отнесены к патологии. Люди с отсутствием выраженных акцентуаций характера и люди с небольшим числом акцентуаций не должны испытывать сильных проблем в адаптации, так как с возрастом каждый индивид вырабатывает свои поведенческие стратегии для «уживаемости» в социуме.

В выборке преобладает циклотимичный (33.33%) и эмотивный (26.67%) тип акцентуации. Неуравновешенный тип представлен у 25%, 25% испытуемых обладают выраженной аффективностью, у 13.56% выявлены демонстративный и гипертимный тип, 10.17% имеют дистимный тип, тревожный – 8.47%, застревающий – 3.39% и педантичный – 1.69%.

Сравнение полученных данных с уровнем адаптационных способностей показал, что высоким уровнем адаптационного потенциала (включая все шкалы отдельных адаптационных способностей) обладает не более 5% испытуемых. Большая часть выборки показала низкий уровень адаптационного потенциала (89%) и лишь 1% – высокий. Большинство (66%) показало низкий уровень поведенческой регуляции, определённую склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и адекватного восприятия действительности. Но также 66% испытуемых имеет удовлетворительные показатели социализации, адекватную оценку своей роли в коллективе, ориентацию на соблюдение общепринятых норм поведения. 41% и 54 % испытуемых показали соответственно низкие и удовлетворительные показатели коммуникативных способностей, то есть быстрое становление контактов с окружающими, не конфликтность. Как и предполагалось выше, люди с акцентуированными чертами не могут показывать высокие адаптационные способности.

Значимая связь акцентуации и уровнем поведенческой регуляции выявлена у застревающего, педантичного, неуравновешенного, дистимичного, тревожного, циклотимичного и аффективного типа. Значимую отрицательную связь с моральной нормативностью показал только эмотивный тип акцентуации. Это может говорить о том, что такие люди, благодаря развитой эмпатии и направленности на других людей показывают более высокий уровень социализации, адекватную оценку своей роли в коллективе и ориентацию на соблюдение общепринятых норм поведения. Они ориентируются на нравственность социального общения как смыслообразующий элемент деятельности.

Значимую отрицательную связь показали только гипертимный и демонстративный типы, из чего следует, что для людей с этими типами акцентуаций характера имеют более высокий уровень адаптации в социальной среде.

Исследование выявило значимую связь между некоторыми типами акцентуаций и шкалами дезадаптационных нарушений у людей с педантичной, неуравновешенной,

дистимичной, тревожной и циклотимичной акцентуациями. Обратная связь была обнаружена у циклотимичного типа. Значимых связей у демонстративного, застревающего, аффективного и эмотивного типа не были обнаружены.

Заключение. Так можно сделать выводы о том, что люди с педантичным, неуравновешенным, дистимичным, тревожным и циклотимичным типом акцентуации характера чаще сталкиваются с трудностями адаптации. А люди с гипертимностью, наоборот лучше способны адаптироваться в социальной среде, так как имеют более устойчивый уровень контроля за нервно-психическим состоянием и импульсивными реакциями. Так же они лучше поддерживают межличностные социальные контакты.

В ходе данной исследовательской работы нами было выявлено, что акцентуации действительно связаны со способностью к адаптации личности в социальной среде.

При этом респонденты с разным количеством акцентуаций не отличаются друг от друга по уровню адаптивных возможностей и дезадаптивных нарушений. Демонстративный, застревающий, гипертимный и эмотивный типы характера обладают большим адаптационным потенциалом,

в отличие от дистимного, тревожного, циклотимного, педантичного, неуравновешенного и аффективного типов.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что развитие контроля и регуляции отдельных заостренных черт характера для человека может стать эффективным инструментом развития более высокого личностного адаптационного потенциала.

Список литературы.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 992 с.
2. Ганнушкин П. Б. В душе психопата. Путешествие в мир без жалости, совести и чувств. – М.: Родина, 2019. – 254 с.
3. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. – М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. – 336 с.
4. Дмитриева Н. В. Психология аддиктивного поведения / Дмитриева Н. В., Четвериков Д. В. Новосибирск: изд-во НГПУ, 2002. – 278 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов Н/Д.: Феникс, 2000. – 544 с.
6. Минаева Н. С. Адаптивность как свойство личности / Н. С. Минаева, Я. В. Лентач // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 2. – Екатеринбург: Изд-во «Банк культурной информации», 2001. – С. 10–16.
7. Ратанова Т. А. Психодиагностические методы изучения личности: учебное пособие / Ратанова Т. А., Шляхта Н. Ф. – М.: МПСИ: Флинта, 2005. – 319 с.
8. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 712 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

*Шевырева Е. Г.,
К. псих н., доцент, доцент
Кафедра психологии образования
Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»,
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В статье рассматриваются психологические механизмы, лежащие в основе формирования интернет-зависимости как частного случая нехимической зависимости. Представлены основные представления отечественных и зарубежных авторов о деформации личностных качеств интернет-зависимых. Подчеркивается важность изучения данного феномена и его профилактика.

Ключевые слова: интернет-зависимость, аддикция, личность, деформация личности, нехимическая зависимость, социальная дезадаптация

MODERN IDEAS ABOUT THE DEFORMATION OF PERSONAL QUALITIES AND PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF THE FORMATION OF INTERNET ADDICTION

*Shevyreva E. G.,
Associate Professor, cand. psych sciences, associate professor
Department of Psychology of Education
Academy of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University, Rostov-on-Don,
Russia*

Abstract. The article discusses the psychological mechanisms underlying the formation of Internet addiction as a special case of non-chemical addiction. The main ideas of domestic and foreign authors about the deformation of personal qualities of Internet addicts are presented. The importance of studying this phenomenon and its prevention is emphasized.

Keywords: Internet addiction, addiction, personality, personality deformation, non-chemical dependence, social maladaptation.

Изучение деструктивных влияний интернет-зависимости на личность стало предметом исследования А. А. Аветиевой, А. В. Беляевой, Ю. Л. Бубеевой, А. Ю. Егорова, А.Е. Жичкиной, В. В. Зайцева, В.А.Лоскутовой, А.И. Романова, В.В. Козлова, Ц.П. Короленко, А. Ф. Шайдулиной, Е.А. Щепиловой, Д. Б. Эльконина и других. В исследованиях отмечается, что социально-психологическая деформация интернет-зависимой личности связана с нарушением нравственных, этических и служебных норм, проявляющиеся у человека в определенных сферах деятельности.

Проблемы в развития личности, деформации и различные нарушения вызваны множеством взаимодействующих факторов, причин и условий, которые рассматриваются в различных научных областях, с различных теоретических позиций. Отечественные и зарубежные психологические теоретические выводы, полученные в результате экспериментальных исследований и клинического опыта, содержат сведения о механизмах развития индивидуума, причинах и условиях возникновения психических нарушений, вызывающих устойчивые деформации личностного развития в детском и взрослом

возрасте. Однако, подходы к трактовке деформаций различны и требуют дополнительных исследований.

Представленные до сих пор исследования исходят из точки зрения, что некоторые личностные качества более выражены у тех, кто демонстрирует интернет-зависимое поведение. Обратная идея заключается в том, что некоторые формы поведения, вызывающие привыкание, настолько распространены среди специфические расстройства личности (пограничные, антисоциальные), считается одним из определяющих критериев для их диагноза. Однако на проблему можно посмотреть шире. [9]

В отечественной науке становится приоритетным понятие, которое рассматривает развитие не как ассимиляцию, а как саморазвитие, «само» строение и «произведение» себя. То есть, каждый человек имеет свое "Я", что создает уникальную неповторимость его развития. Самооценка личности существует и может быть многократно усилена или ограничена природными, социокультурными, историческими и другими условиями, в которых происходит развитие. В отечественной психологии эта проблема широко освещена в работах, проведенных научной школой Л. С. Выготского. [7]

Учеными в этом направлении разработан комплекс подходов, служащих пониманию особенностей развития и социально-психологических условий формирования самостроения личности [11]. В процессе деформации влияние распространяется не только на деятельностьную сферу, но и личное мировоззрение человека. Под влиянием двух факторов природных склонностей и индивидуальных качеств характера, присущих человеку осуществляется деформация.

В отечественной науке выделяют следующие уровни деформации личности.

1. На общепрофессиональном уровне деформации описываются через синдром вседозволенности или злоупотребления служебным положением.

2. На уровне профессионально-типологических особенностей искажаются непосредственно психологические качества личности - темперамент, характер, способности.

3. Индивидуальный уровень отражает личностные особенности человека.

Существующие исследования интернет-зависимости, преимущественно сосредоточены на уровне деформации личностных качеств в выборке мужчин.

Наиболее распространенным фактором развития личностных деформации является специфика окружающих людей. В ряде исследований показано, что неудовлетворенность жизнью, отсутствие интересов и теплых отношений с ближайшим окружением и т. п. часто являются причиной возникновения различных видов зависимости [10, 15]. В частности, речь идет о компенсации потери в реальной жизни, совладании с эмоциональной нагрузкой, положительным или отрицательным подкреплением деятельности [20]. Положительные результаты включают личностный рост и теплые отношения в семье, укрепление доверия в коллективе, гармоничное восприятие текущей ситуации, появление энтузиазма и вдохновения. К негативным результатам деятельности могут быть отнесены негативное восприятие ситуации или поведения, чрезмерная критика, потеря энтузиазма, изоляция и апатия.

По мнению В. Д. Менделевича (2009) необходимо понять, чего лишились интернет-зависимые в реальной жизни и что представляет собой их социальное окружение. Зачастую интернет-зависимость является компенсаторным симптомом адаптации и относительно безопасна по сравнению с проблемами в реальной жизни. [9]

Интернет-зависимость, как форма нехимической зависимости, представляет собой компульсивную потребность совершать определенные действия в Интернете, несмотря на нежелательные последствия медицинского, психологического или социального характера.

Социальная дезадаптация является показателем человека, его возможности выполнять определенные биосоциальные функции:

- неадекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма;
- неадекватная система отношений и общения с окружающими — негибкость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Данные классических исследований аддиктологии свидетельствуют о том, что злоупотребление интернет-ресурсами, зачастую приводит:

1. к потере чувства времени, к подавлению ведущих психологических установок;
2. синдромам отмены, что находит свое проявление в чувстве гнева, напряжения, злости и/или депрессивного состояния при отсутствии доступа к компьютеру;
3. необоснованным желанием приобретать все более сложные и дорогие компьютеры, устанавливать новое мощное программное обеспечение и проводить больше времени за компьютером;
4. склонность к спорам и лжи, общее снижение работоспособности, утомляемости, социальная изоляция.

Характер человека принято считать наиболее важным фактором, связанным с формированием Интернет-зависимости. Одним из основных направлений исследования в этой области являются работы, посвященные анализу взаимосвязи между чертами личности «Большой пятерки» и склонностью к формированию Интернет-зависимости.

В целом, для интернет-зависимых характерна дефицитарная психика с хронической неудовлетворенностью собой. Исследования показали отрицательную корреляцию склонности к интернет-зависимости с добросовестностью, экстраверсией и доброжелательностью, и положительную – с нейротизмом. Интернет-зависимые склонны обращать внимание преимущественно на негативную информацию, у них сформирован механизм негативного подкрепления и негативная схема себя (Self-schema), нарциссизм (MMPI).

Предпочтение взаимодействия через Интернет вместо общения лицом к лицу играет важную роль не только в формировании конкретных интернет-зависимостей, но и генерализованной интернет-зависимости. Анонимность помогает открыто выражать чувства и мнения, дает комфорт тем, кто имеет трудности в общении из-за стеснительности, контролировать склонность к аффективным колебаниям [12, 19].

Каждый онлайн-коммуникатор, который скрывает некоторые части своей идентифицирующей информации, обладает «аватаром». Это термин, который описывается как онлайн-образ, который принимает пользователь, и характерен для этой конкретной онлайн-среды. Был значительный исследовательский интерес к значению, которое принимает аватар для пользователя, какой личный вклад в него вносится [16]. Аватар предоставляет уникальный онлайн-выход для «настоящего» пользователя. себя» [17, 18]. «Истинное» или «настоящее я» — это концепция, выдвинутая в различных формах К. Юнгом, К. Роджерсом, которая, утверждая, что альтернативный личностный конструкт существует одновременно с проявленной личностью («персоной», или «настоящее я», или «ложное я», соответственно), но представляет собой более полную личность, к которой субъект в идеале должен стремиться. Базовая этимология, кажется, соответствует пониманию аватара как чего-то ценного, но только проявляется в воображаемом мире, а личность в оффлайн-контексте — это всего лишь маска, которую пользователь сбрасывает, когда присоединяется онлайн мир.

Исследовательская проблема состоит в том, что если поведение, приписываемое онлайн-пользователю, отличается от их поведения в оффлайн-контексте, то можем ли мы обобщить его поведение в Интернете с точки зрения их мотивов и внутренних качеств? Или же мы изучаем уникальные аспекты его поведения, которые не

повторяются в реальном мире? Эти вопросы все еще остаются открытыми и дискуссионными.

Интернет-зависимые люди предпочитают в Интернете сервисы, связанные с общением. Для людей, чувствующих социально изолированными, общение в Интернете — это способ избавиться от депрессии, социальной фобии и одиночества. Интернет дает им возможность контролировать свои отношения. Для них Интернет выступает в роли буфера межличностного общения и социальной коммуникации [13]. Но предпочтение общения в Интернете общению лицом к лицу может усугублять имеющиеся вне Интернета психологические проблемы [5].

Несмотря на то, что коммуникация в Интернете позитивно меняет ситуацию с общением этих пользователей, данные изменения редко находят применение в оффлайн-жизни. Наоборот, они склонны сохранять переживаемое ими чувство недостаточности коммуникативных навыков, что делает их в ситуации межличностного общения инфантильными, эгоцентричными, замкнутыми, молчаливыми и одинокими [14]. Возможно, подобные результаты у большого количества интернет-аддиктов могут означать, что необходимость выражать «настоящее» «я» в сети может быть предрасполагающим фактором для развития интернет-зависимости.

В работах А. А. Аветисовой, Е. П. Белинской, А.Е. Жичкиной, Н. В. Корытниковой и других, изучались мотивы интернет-пользования, социальные и социально-психологические причины интернет-зависимости. А.Е. Жичкина изучала взаимосвязь социальной идентичности пользователей-подростков и их поведения в Интернете. На основании проведенных исследований ей была разработана и апробирована шкала интернет-зависимости [4]. Е. П. Белинская анализировала социально-психологические характеристики интернет-коммуникации, социальные причины интернет-зависимости, и подчеркнула важность семейного окружения как фактор возникновения интернет-зависимости.

В основе Интернет мотивация зависимости лежит два варианта: избежать боли (т. е. уйти от проблем и их решения) и получить удовольствие. Интернет мотивация зависимости позволяет человеку быть кем угодно и найти любую информацию. Как отмечается в исследованиях, мотивацию интернет-зависимой личности отличает:

1. сверхличностная природа межличностных взаимоотношений;
2. возможность анонимного социального взаимодействия;
3. возможность реализации фантазий через обратную связь, варианты идентичности, социальные роли и т. д.;
4. безграничные возможности поиска нового партнера по общению, отсутствие необходимости бороться за его внимание;
5. расширенный круг межличностного взаимодействия в различных виртуальных группах, при этом социальный статус может претерпевать большие изменения;
6. безграничный доступ к информационному полю.

В Интернете человек получает возможность реализовать значительный объем актуальных для него потребностей:

- самоактуализации, через самопрезентацию и актуальную обратную связь;
- в уважение со стороны других участников виртуального сообщества; - принадлежность к значимой группе;
- виртуальных романах;
- безопасность через анонимность;
- физиологии.

В литературе отмечается наличие несколько видов деформации: эпизодической; устойчивой; поверхностной; глобальной. В соответствии с уровнем интернет-зависимости и содержательной моделью организуется профилактическая работа с интернет-

зависимостью: первичная широкое информирование (первичная, универсальная); работа с группами риска (вторичная, селективная); предотвращение рецидивов и повторных действий, реабилитация (третичная, антикризисная, индикативная).

Есть два подхода к профилактике интернет-зависимости. Согласно первому, появление деформации личности происходит во внешней социальной среде, следовательно профилактические мероприятия должны иметь целью снижение возможности развития и проявления деформации личности. Для достижения поставленной цели необходима блокировка и устранение вышеперечисленных факторов, способствующих появлению и усилению деформации [3].

Согласно второму, как отмечал С. Стерн (2009), работа с интернет-зависимыми происходит в отрыве от социокультурного окружения. Что необходимо менять столкнувшись с конфликтом? Новый адаптивный паттерн поведения, свойственные интернет-аддиктивным личностям или прежний образ жизни? Согласно позитивной психологии, важен внутренний смысл зависимого поведения. Через расширение комплексности сознания принятие симптомов болезни обществом или хотя бы самим зависимым [1]. М. Селигман считает, что стремление уменьшить проблему интернет-зависимого человека тупиковый путь, альтернативным вариантом является обучение жить с ней, «дружить» [8]. Тем самым, подчеркивается принятие личного выбора и индивидуальности человека, силу его достоинств. Тем более, как пишет А.Е. Войскунский (2010), описание феномена зависимости от Интернета граничит с описанием творческого субъекта, опыта потока или аутоотелического («самоцельного») опыта [2].

Интернет-зависимость, в первую очередь патологический сетевой гейминг, входят в число самых распространенных поведенческих аддикций. В научных кругах российских и зарубежных ученых актуальна дискуссия о результатах увлеченности интернетом молодых людей, ведутся споры о положительных или деструктивных влияниях опыта пребывания в сети на психическую изменчивость личности человека. Мнения расходятся, и психологи, как эксперты в области человеческой психики, внимательно изучают этот аспект, он всегда находится в фокусе их внимания. Чаще всего нападкам подвергается комплекс негативных влияний интернет-зависимости на личность. За время обсуждения интернет-зависимости изменился интернет и социально-экономические, культурные условия включения личности и варианты опыта взаимодействия в ней. Интернет стал альтернативной средой, дополняя реальность. Аддиктивные паттерны поведения, описанные в литературе конца 20 - начала 21 века, все больше проникают в Интернет, видоизменяются, расширяя вариации интернет-зависимостей.

Список литературы.

1. Войскунский А.Е. Методологические аспекты зависимости от Интернета: зарубежные исследования // Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / Под ред. А.Е. Войскунского. М.: Акрополь, 2009. С. 101–111.
2. Войскунский А.Е. Психология и Интернет [Текст]: [монография] / А. Е. Войскунский. - Москва: Акрополь, 2010 (Москва: Акрополь). - 439 с.
3. Дрепа М.И. Психологическая профилактика Интернет-зависимости у студентов: диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.07 / Дрепа Мария Ивановна; [Место защиты: Пятигор. гос. лингвист. ун-т]. - Ставрополь, 2010. - 254 с.
4. Жичкина А. Шкала интернет-зависимости А. Жичкиной [Электронный ресурс] – URL: <http://flogiston.ru/articles/netpsy/addiction> (дата обращения 13.02.23).
5. Каплан С. Клиническая психиатрия. М., 2002.
6. Менделевич В. Д. Интернет-зависимость и Интернет-независимость (девиантное поведение в пространстве Интернета) // Интернет-зависимость: психологическая

природа и динамика развития / Под ред. А.Е. Войскунского. М.: Акрополь, 2009. С. 56–69.

7. Омельченко Н. В. Личностные особенности, играющих в компьютерные игры: автореферат дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.01 / Омельченко Наталья Владимировна; [Место защиты: Кубан. гос. ун-т]. - Краснодар, 2011. - 26 с.

8. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни/ Перев. с англ. — М.: Издательство «София», 2006–368 с.

9. Шаталина М.А. Анализ факторов, влияющих на формирование Интернет-аддикции // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2009. №1. С. 188–192.

10. Шевырева Е. Г. Особенности теоретических моделей и профилактических программ наркомании в юношеской среде. Инженерный вестник Дона. 2014. № 4–1 (31). С. 32

11. Эльконин Д. Б. Психология игры. М., 1995.

12. Янг К. С. Диагноз – Интернет-зависимость // Мир Интернет. 2000. № 2.

13. Davis, R.A., Flett, G.L., Besser, A. Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for preemployment screening. //Cyber Psychology & Behavior. – 2002. № 4. – P.331-345.

14. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions // British Journal of Addiction. 1990. Vol. 85. P. 1389-1394.

15. Peele S. Ten radical things NIAAA research shows about alcoholism // The Addictions Newsletter (American Psychological Association Division. Vol. 50). 1998. N 6. P. 17-19.

16. Young K. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. //CyberPsychol. Behavior. – 1996. №1 (3). – P.237-244.

17. Young K. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. //CyberPsychol. Behavior. – 1996. №1 (3). – P.237-244.

18. Young K.S. CBT-IA: The first treatment model to address Internet addiction // Journal of Cognitive Therapy. – 2011. – Vol. 25. – P. 304–312.

19. Young K.S. Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment // Innovations in Clinical Practice / Ed. by L. Vande-Creek, T.L. Jackson. – Sarasota, FL: Professional Resource Press. – 1999. – Vol. 17.

20. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior. – 1998. – Vol. 1. – P. 237–244.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТРАХА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Шершнева М. Е.,
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация: В статье рассматриваются психологические механизмы, лежащие в основе формирования страха у детей дошкольного возраста. Выделены основные факторы, лежащие в основе этого эмоционального состояния. А также психолого-педагогические направления разных авторов на природу данного феномена.

Ключевые слова: страх, ребёнок, дошкольный возраст, отношение с родителями, эмоциональная сфера ребенка.

FACTORS OF FEAR FORMATION IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN

*Shershneva M. E.,
Russia, Rostov-on-Don*

Abstract: The article discusses the psychological mechanisms underlying the formation of fear in preschool children. The main factors underlying this emotional state are highlighted. As well as psychological and pedagogical directions of different authors on the nature of this phenomenon.

Keywords: fear, child, preschool age, relationship with parents, emotional sphere of the child.

«Старший дошкольный возраст – это период развития ребенка в пределах 5–7 лет. В эти годы происходит дальнейшее физическое развитие и более глубокое совершенствование интеллектуальных возможностей ребенка» [1, с.218]

Страх – является «преградой» для личностного развития ребенка и может оказаться источником формирования все более и более новых проблем у дошкольника. Однако ребенок в дошкольном возрасте еще не может полностью контролировать свой организм, свои эмоции и свой страх; отсюда и следует, что беспомощность в контроле детского страха может негативно сказаться на психоэмоциональном состоянии ребенка.

Рассматривая именно период старшего дошкольного возраста, можно отметить, что наиболее значимым фактором формирования детского страха, по статистике в России (75 %), является именно сказанная на малыше система негативных отношений родителей. [7]

Например, в возрасте 5 лет в кошмарах ребенку может сниться сказочный персонаж Бабы Яги, что тем самым отражает проблемы взаимоотношений между ребенком и матерью, которая строга в воспитании и отношении к ребенку. Она может быть как недостаточно ласкова к своему малышу, так и часто наказывать за всякий пустяк. Подобные наказания могут сказаться на ночных кошмарных снах ребенка.

В возрасте 6–7 лет ребенку могут сниться образы Волка и Кощея, которые предвещают появление психологически мотивированного страха собственной смерти и смерти близких.

Нередко бывает, когда дети просыпаются посреди кошмарного сна и не могут попросить помощи у родителей. Возникающее при этом чувство беспомощности, страшной и неотвратимой опасности может стать причиной психологической травмы чувствительных и эмоционально напряженных детей.

А. И. Захаров, исследуя страх у детей дошкольного возраста, считает основными факторами его формирования [3]:

1. Отсутствие возможности общения со сверстниками.

Дети, живущие в отдельных домах, более боязливы, чем дети, живущие в многоквартирных домах или коммунальных квартирах. Дети из частных домов чаще испытывают страх темноты, одиночества и ночных кошмаров. Игра для ребёнка всегда является естественным способом «отпустить» страхи. Недостаточная физическая и игровая активность, утрата навыков коллективной игры могут привести к развитию тревожности у детей.

Отсутствие эмоциональной насыщенной, шумной и вдохновляющей игры приводит к резкому обеднению эмоциональной жизни и чрезмерной преждевременной и односторонней интеллектуализации психики.

2. Отсутствие возможности разделения ролей с однополыми родителями, особенно у мальчиков, приводит к проблемам социализации со сверстниками и тревожности.

Иными словами, мальчики хотят быть похожими на своих отцов как представителей «сильного» пола, а девочки – на своих матерей. Таким образом, в случае мальчиков отсутствие отца приводит к инфантилизации, страхам и отсутствию самостоятельности, а в случае девочек страхи вызваны фактом общения с беспокойной и не поддерживающей их матерью. Иными словами, на количество страхов влияет и структура семьи.

3. Постоянные конфликты родителей, - как один из факторов формирования страхов дошкольников.

А. И. Захаров проанализировал тот факт, что наиболее чувствительны к конфликтам и ссорам в семье дети старшего дошкольного возраста. В возрасте 3–5 лет формируется эмоциональная сфера ребенка, и девочки, нежели мальчики, более эмоционально ранимо начинают воспринимать отношения между родителями.

Максимальное число страхов наблюдается в 6–8 лет, так как с 5 лет развивается мышление и интеллект ребенка, и он вполне может осознать, что может ему нанести вред, чего нужно избегать и бояться.

4. Алкоголизм родителей.

Помимо того, что при алкоголизме хотя бы одного из родителей, может родиться ребенок с патологиями, то эта ужасающая причина может значительно повлиять на развитие психоэмоционального состояния ребенка, а отсюда и кошмарные сны, и большое количество страхов.

Очень редко бывает, что в семье, где родитель(и) страдает(ют) алкоголизмом, ребенок рождается здоровым, но и здесь формируется новая проблема- в семье складывается и формируется «нездоровая» психологическая и психическая обстановка. Многочисленные, ежедневные скандалы, ссоры, драки, и даже насильственное отношение к детям и друг к другу, приводят к нарушениям психики детей, нервным состояниям, депрессиям, агрессиям и появлениям многочисленных страхов.

На наш взгляд, это самая страшная причина в формировании страхов у детей!

5. Неврозы.

Дети, имеющие неврозы, так же испытывают большое количество страхов. Согласно статистическим данным, у девочек страхов больше, чем у мальчиков. Этот факт объясняется значительно выраженным инстинктом самосохранения у девочек.

6. Наличие страхов у родителей, главным образом у матери.

Страх и паническое состояние, тревогу у детей может вызвать и постоянное беспокойство мамы, и нервно-психические перегрузки. Поэтому дошкольники чаще испытывают чувство страха, когда мать занимает центральное место в семье по

сравнению с отцом. Тот факт, что матери, постоянно работающие и занимающиеся доминирующее положение в семье, злы и агрессивны по отношению к своим детям, объясняет реакции тревоги и беспокойства у детей.

7. Многочисленные нереализуемые угрозы со стороны взрослых в семье.

Сознательное запугивание ребёнка (полицией, врачами и т. п.) ведёт к развитию невротизации. В силу хорошей памяти дети запомнят подобные угрозы взрослых на всю жизнь. Кроме того, последствия этих запугиваний могут оказаться весьма плачевными (заикание, энурез, тики).

8. Угрозы.

Угрозы, в своем роде, так же являются причиной возникновения страхов у дошкольников. Оскорбления, унижение чувства собственного достоинства, переход на личность (например, воспитатель может унижать, оскорблять малыша, переходя на его личные качества), угнетение веры в самого себя, в свои силы и достоинства, — все это может способствовать возникновению подсознательных страхов.

9. Чрезмерная родительская забота.

Единственный ребёнок остается в центре родительских забот, тревог и страхов. Родители чрезмерно опекают единственного ребёнка в семье, стараются максимально интенсифицировать и интеллектуализировать воспитание. В результате у детей формируются необоснованные страхи, что они не вписываются в общество и не признаются никем в обществе и в семье.

Вышеперечисленные причины являются основными и более популярными в своем роде факторами формирования страхов у детей-дошкольников.

Если обратиться к работе З. Фрейда: «Невроз страха» (1895 г.), то здесь автор выделяет 2 источника страха: 1) автоматический, возникающий в ситуации опасности; 2) продуцированный, возникающий в результате событий и явлений, которые способствуют неудачам [5]

Э. Фромм, напротив, в своей работе «Феномен тревожности» (1990 г.) рассматривает 4 фактора, которые вызывают страх и тревожное состояние дошкольника: травма, вина, подражание, система наказаний [6]

Е. Е. Данилова, И.А. Кришаква, В.И. Гарбузов, причиной детских страхов называют особенности воспитания: это и непринятие матерью ребенка, и тревожно-мнительное воспитание, и гиперсоциализированное воспитание, проявляющееся в сверхориентации на окружающих, и так же эгоцентрическое воспитание, где ребенок находится в центре внимания, заботы и родительского попечения (ребенок- «звезда»).

Иногда причиной страха могут выступать события, ситуации или состояния, которые являются началом опасности. Анализируя наблюдения за детьми Дж. Боулби подчеркивал, что причиной страха у ребёнка выступает отсутствие чего-то, что дает ощущение безопасности. Кроме того, страх также может быть обусловлен отдельным предметом или человеком. Вместе с тем у категории страх может не зависит от чего-то конкретного и переживаться так, как будто такого объекта страха не существует.

К тому же, Дж. Боулби объяснял, что детский страх имеет не одну, а несколько причин. Самая важная и первоначальная из них – наследственная, то есть врожденная предрасположенность детей к пугливости.[2]

К возникновению и проявлению детских страхов можно отнести и влияние СМИ (сцены драк, грабежей, пожаров, взрывов из кинофильма, терроризм, падение самолетов в вещании новостей), и личностная тревожность, и военные действия, террористические акты, и стихийные бедствия. Причиной возникновения страхов у современных дошкольников могут быть и новые стандарты образования, социальное неравенство в дошкольном учреждении и затем в школе. [4]

Подводя итог всему вышесказанному, можно сказать, что существует достаточно огромный спектр факторов и обстоятельств, которые могут служить причинами возникновения детских страхов. Но, главная суть проблемы состоит в том, что только от родителей будет зависеть, каким окажется детство его ребенка и дальнейшая жизнь.

Список литературы.

1. Берк. Л.Е. Развитие ребёнка. – М.: Питер, 2021. – 331с.
2. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонения: учеб. пособие. – М.: Педагогика, 2021. – 144 с.
3. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей - СПб, 2000. – 448 с.
4. Рыбальский М.Н. «Семиотика страха. Сборник статей» – М.: Русский институт: Европа, 2005.- 456с.
5. Фрейд З. Психоанализ детских страхов. М. – Изд. Азбука. - 2022 г.
6. Хрестоматия по детской психологии / сост. Г.В. Бурменская.- М.: Институт практической психологии, 2002.- 264с.
7. Шевырева, Е. Г. Детские страхи в старшем дошкольном возрасте и способы их коррекции / Е. Г. Шевырева // Современное образование: традиции и инновации. – 2017. – № 4. – С. 107-114.
8. Янголь, А. А. Возможности сказкотерапии в коррекции страха темноты у детей дошкольного возраста / А. А. Янголь // Вопросы фундаментальных и прикладных научных исследований: сборник статей международной научной конференции, Омск, 10 марта 2023 года. – СПб: Частное научно-образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Гуманитарный национальный исследовательский институт «НАЦРАЗВИТИЕ», 2023. – С. 31-35.

ПРОГНОЗ ТРАНСФОРМАЦИИ S-T И R-R КОМПЛЕКСОВ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

¹Шевченко М. Г., ²Ажогин К. Э.

^{1,2}НИТЦ нейротехнологий, «Южный федеральный университет» Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В данной работе рассмотрена задача прогноза биомедицинских показателей, реализующая использование мультивариативных рекуррентных нейросетей с долгосрочным горизонтом прогноза. Описан алгоритм прогноза электрокардиограммы, использованы информативные признаки, такие как вариабельность R-R интервала и динамика S-T комплекса. Предлагается для увеличения длительности сценария мониторинга состояния организма использовать информативные признаки вместо реального моделирования сигналов. Приведены результаты прогноза обученной нейросети на данных биологических сигналов, как информативных признаков, так и реального сигнала.

Ключевые слова: Прогноз временных рядов; рекуррентные нейронные сети; электрокардиограмма; информативные признаки; QRS комплекс.

PREDICTION OF THE TRANSFORMATION OF S-T AND R-R COMPLEXES OF THE HEART RHYTHM FOR THE PURPOSE OF SCREENING FOR HEART DISEASE.

Shevchenko M. G., Azhogin K. E.

*Research Technology Center for Neurotechnologies
Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don*

Abstract. This paper examines the problem of forecasting biomedical indicators, which implements the use of multivariate recurrent neural networks with a long-term forecast horizon. An algorithm for predicting an electrocardiogram is described, using informative features such as the variability of the R-R interval and the dynamics of the S-T complex. To increase the duration of the body state Diptych protocol, it is proposed to use informative signs instead of real modeling signals. The results of the prediction of a trained neural network based on data from biological signals, both informative features and a real signal, are presented.

Keywords: Time series forecast; recurrent neural networks; electrocardiogram; informative features; QRS complex.

Введение. Прогнозирование временных рядов используется во всех сферах деятельности человека. Для данных задач первостепенное значение имеет точность прогноза, его длительность и возможность простой практической реализации. В этой работе для реализации этой идеи использовался метод нейронной иерархической интерполяции для прогнозирования временных рядов N-HiTS [3]. Данный метод — это усовершенствование модели N-BEATS [2], которое повышает точность прогнозов и снижает вычислительные затраты. Есть несколько принципиальных отличий от N-BEATS. В первую очередь, это использование иерархического снижения дискретизации. Каждый стек имеет свой размер ядра, и это определяет масштаб выборки. Большой размер ядра говорит нам о том, что стек сфокусируется на долгосрочных событиях, происходящих во временном ряду, соответственно при малом значении этого параметра будут рассматриваться краткосрочные эффекты в серии. Данное свойство позволяет N-HiTS лучше выполнять свою задачу при долгосрочном построении прогноза, поскольку

события в ряду рассматриваются в нескольких масштабах. После прохождения иерархического снижения дискретизации блок использует полносвязные нейронные сети для выполнения регрессии и осуществления прогноза. На следующей итерации реализуется механизм иерархической интерполяции для уменьшения кардинальности прогнозов. При создании финального прогноза он будет объединять прогнозы, сделанные на разных временных масштабах, с учетом как долгосрочных, так и краткосрочных эффектов. N-HITS расширяет схему N-BEATS за счет иерархического снижения дискретизации, которое позволяет каждому стеку рассматривать временной ряд в разных масштабах. Это решение позволяет реализовать алгоритм более высокопроизводительным и точным.

Объекты и методы исследования. При скрининге заболеваний сердца активно используется электрокардиография. Сигнал получают путем регистрации потенциалов на различных отведениях тела человека [1] (схематично сегмент представлен на рис. 1). На нем отчетливо различим PQRST комплекс, который содержит различные информативные признаки, такие как амплитуда зубцов P, R и T, а также интервалы R-R, P-Q, Q-T, S-T. По динамике этих комплексов можно диагностировать сердечные заболевания, такие как аритмия, фибрилляция желудочков, желудочковая экстрасистолия, блокада сердца и ишемическая болезнь.

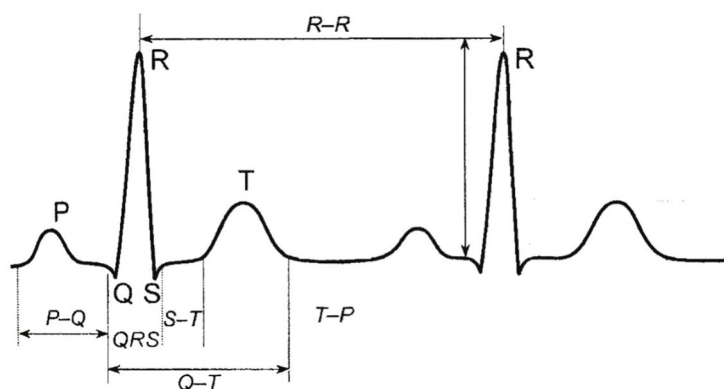


Рисунок 1. Схематичное изображение PQRST комплекса [6]

Результаты. В данной работе использовались общедоступные данные из пакета NeuroKit2. Запись представляет собой электрокардиограмму человека длительностью 480 сек., с частотой дискретизации 200 Гц. На рис. 2 представлен реальный и спрогнозированный сигналы; нейронная сеть предварительно обучалась на участке в 240 сек. В этом случае хорошо поддается прогнозированию короткий временной отрезок в 1,2 сек.

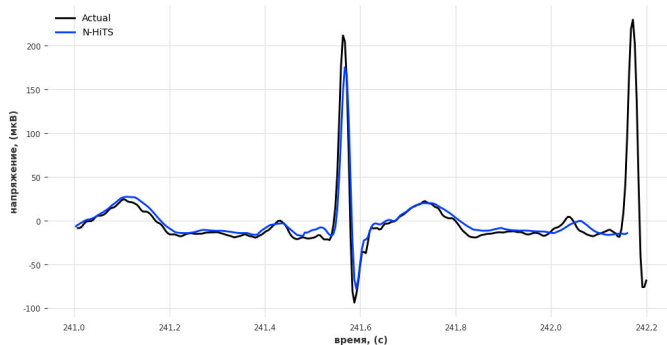


Рисунок 2. Прогноз реального сигнала

На рис. 3 и рис. 4 представлены результаты R-R и S-T интервалов.

Для всех расчетов использовалось 50 эпох, модель обучалась на отрезке в 420 сек. Прогноз строился на отрезке в 60 секунд. Исходя из полученного можно отметить, что на рис. 3 модель работает лучше.

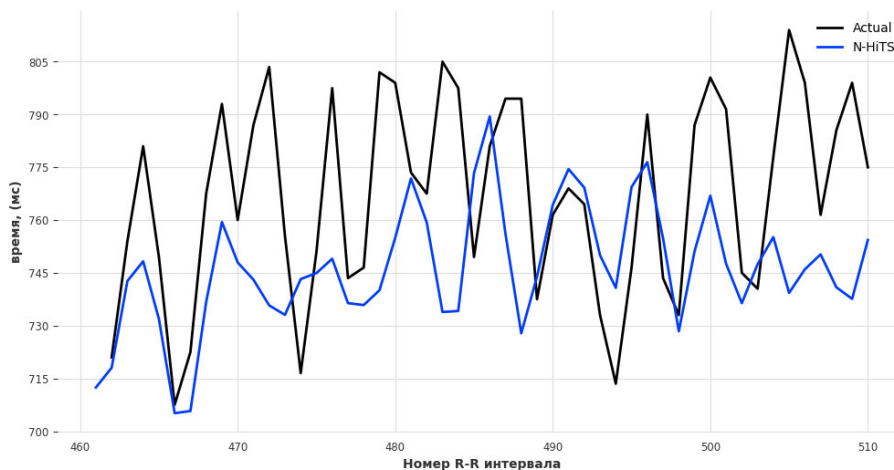


Рисунок 3. Прогноз R-R интервала

В отношении S-T комплекса можно упомянуть, что по его динамике можно диагностировать блокаду сердца. Это заболевание имеет довольно длительную клиническую картину (не учитывая врожденных случаев). Более актуальным здесь представляется прогноз R-R интервалов, по ним можно выявить тахикардию, так как она развивается мгновенно. Значительный интерес здесь представляет создание многопараметрической модели, которая будет учитывать группу информативных признаков, полагая, что клиническая картина отдельных кардиологических заболеваний одновременно может включать 5–7 электрокардиографических показателей.

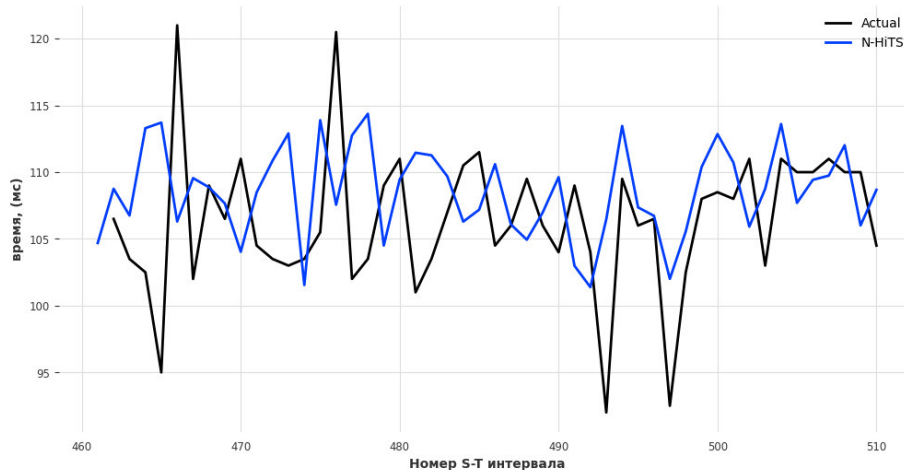


Рисунок 4. Прогноз S-T интервала

Заключение. Данная работа была направлена на апробацию оптимального метода прогноза временных рядов. Из всех возможных применений таких алгоритмов было бы наиболее полезным биомедицинское, где точность играет важную роль. Таким образом, использование мультивариативных рекуррентных нейросетей позволяет приблизить долгосрочную прогнозируемость медицинских показателей, таких как электрокардиограмма по информативным признакам. Вариабельность R-R интервала и динамика S-T комплекса, как информативные признаки, могут применяться для

скрининга аритмии, фибрилляции желудочков, желудочковой экстрасистолии и блокады сердца. В настоящее время данные методики могут ограниченно применяться при выборе наиболее значимых признаков для прогноза состояния человека, что представляется важным для психофизиологических приложений. Исходя из этого, в дальнейшем стоит реализовать новый подход к данной теме, используя комплекс различных признаков для более точного решения данной задачи.

Список литературы.

1. В. С. Кубланов; В. И. Борисов; А. Ю. Долганов Анализ биомедицинских сигналов в среде Matlab. - Екатеринбург: 2016. С. 120.
2. Oreshkin B.; Carпов D.; Chapados N.; Bengio Y. N-BEATS: Neural basis expansion analysis for interpretable time series forecasting // International Conference on Learning Representations. 2020.
3. Challu C.; Olivares G.; Oreshkin B.; Garza F.; Mergenthaler-Canseco M.; Dubrawski A. N-HiTS: Neural hierarchical interpolation for time series forecasting // Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence. 2022. С. 6989-6997.
4. Du, D.; Su, B.; Wei, Z. Preformer: predictive transformer with multi-scale segment-wise correlations for long-term time series forecasting // ICASSP 2023-2023 IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP). 2022. С. 1-5.
5. Gasthaus, J.; Benidis, K.; Wang, B.; Rangapuram, S. S.; Salinas, D.; Flunkert, V.; Januschowski, T., Probabilistic forecasting with spline quantile function RNNs // The 22nd international conference on artificial intelligence and statistics. 2019. С. 1901–1910.
6. Морман Д. Физиология сердечно-сосудистой системы / Д. Морман, Л. Хеллер. СПб., 2000. С. 256.

ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Шлыкова Ю. Б.¹, Петровский А.М.²,

¹доцент, к. психол. н., доцент

²студент

*^{1,2} Кубанский государственный университет,
Россия, г. Краснодар*

Аннотация: В статье содержатся результаты эмпирического исследования связи уровня эмоционального выгорания у студентов с отношением к стрессу и стратегиями совладания. Представлен сравнительный анализ результатов юношей и девушек, а также контрастных групп с низким и высоким уровнями эмоционального выгорания. Проанализированы социально-психологические особенности совладающего поведения юношей и девушек.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, совладающее поведение, стили реагирования на стресс.

FEATURES OF SELF-REGULATION IN STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF EMOTIONAL BURNOUT

Shlykova Y.B.¹, Petrovsky A.M.²,

¹Associate Professor, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor

²student

*^{1,2} Kuban State University
Russia, Krasnodar*

Abstract. The article contains the results of an empirical study of the relationship between the level of emotional burnout in students with the attitude to stress and coping strategies. A comparative analysis of the results of boys and girls, as well as contrasting groups with low and high levels of emotional burnout is presented. The socio-psychological features of coping behavior of boys and girls are analyzed.

Keywords: emotional burnout, coping behavior, stress response styles.

Введение. В современном мире проблема когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования на стрессовую ситуацию обретает особую актуальность. Нестабильность современного социально-экономического пространства ведет к необходимости его адекватного преобразования в сознании личности и включения изменений в общую картину мира человека [3]. В различных возрастных группах процесс изменения образа мира является кризисным и сложным [2, 3]. Первым возрастным этапом, реализующим «взрослые» модели совладания со стрессом является юношеский возраст. Одним из пространств самореализации личности в этом возрасте является образовательная студенческая среда. На молодых людей оказывают давление различные социально-психологические факторы, с которыми не всегда молодёжь способна справиться самостоятельно [1, 3].

Современные представления о стрессе и механизмах совладания представляют их как сложные системные образования [1, 5]. Стресс может рассматриваться как внутреннее психическое состояние готовности к преодолению возникающего давления, кри-

зиса, препятствия [5]. Кроме того, отечественные авторы отмечают, что активное преодоление личностью стрессовых ситуаций должно рассматриваться как движение в направлении личностного развития и самораскрытия [1, 4, 5].

Эмоциональное выгорание является одновременно и причиной, и следствием нарушения механизмов общей саморегуляции личности, что без вмешательства специалистов может привести к нарушению функционирования и развития личности [4].

Объект и методы исследования. В нашем исследовании мы обратились к изучению особенностей совладающего поведения студенческой молодёжи, имеющей разные уровни эмоционального выгорания.

Мы предположили, что уровень выгорания будет связан с механизмами восприятия стресса и совладания с ним.

В работе использовались следующие методы: опросник выгорания Маслач; методика измерения основных видов стресса Е. С. Ивановой; Экспресс-диагностика психологической безопасности личности И.И. Приходько, Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

В исследовании приняли участие студенты Кубанского государственного университета в возрасте 18–22 лет, учащиеся разных факультетов и разных форм обучения.

На предварительном этапе исследования нами были выделены две группы студентов: имеющие выраженные высокий и низкий уровни эмоционального выгорания. В основном этапе исследования приняли участие 48 человек. По 12 человек юношей и девушек с высоким уровнем выгорания и по 12 человек – с низким. Группы выравнялись по наименьшей.

Результаты исследования.

Методика Ивановой Е. С. «Стресс-ФИЭ».

По данной методике выявлены статистически значимые различия как между юношами и девушками, так и между студентами с разным уровнем выгорания.

В группе с высоким уровнем выгорания девушки имеют значительно более высокий показатель физиологического стресса (41,8 балла у девушек; 26,7 балла у юношей). У девушек данной группы стресс чаще, чем у юношей проявляется в психофизиологических изменениях: нарушении сна, ухудшение самочувствия, нарушение функционирования когнитивных процессов и так далее.

В группе с низким уровнем выгорания значимые различия между юношами и девушками проявились по шкале эмоционального стресса (47,3 балла у девушек, 26,7 балла у юношей). Выраженность данной шкалы характеризует девушек через изменение эмоциональной сферы, появление раздражительности, плаксивости, эмоциональной неустойчивости. Даже с низким уровнем выгорания дестабилизация эмоциональной сферы у девушек является одним из признаков дезадаптации или сложности жизненной ситуации.

У всех студентов с высоким уровнем выгорания наиболее высокие баллы по эмоциональному стрессу, и они находятся в границах очень высоких значений (53,4 балла у юношей и 66,2 балла у девушек). В группе с низким уровнем выгорания данный показатель значительно ниже для юношей (26,7 балла) и в пределах средних значений у девушек (47,3 балла).

Также мы выявили, что наиболее выражены все три вида стресса (физиологический, информационный и эмоциональный) у девушек с высоким уровнем выгорания. Девушки данной группы восприимчивы ко всем видам воздействия и им необходима работа как минимум в рамках психологической службы вуза.

Интересным оказались результаты, максимально схожие у юношей с высоким уровнем выгорания и девушек с низким уровнем. Все значения у них находятся в пределах нормы (повышенный уровень стресса).

Низкий уровень стресса по всем шкалам продемонстрировали только юноши с низким уровнем эмоционального выгорания.

Методика «Экспресс-диагностика психологической безопасности личности» И. И. Приходько.

По данной методике также были выявлены статистически значимые различия по ряду шкал. Наиболее высокий уровень психологической безопасности по всем шкалам выявлен у юношей с низким уровнем выгорания. У девушек этой группы показатели в пределах нормы, но хуже, чем у юношей.

У девушек с высоким уровнем выгорания выявлены проблемы с гибким использованием стратегий совладания для обеспечения психологической безопасности. Также у девушек выявлено отсутствие ощущения психологического комфорта, снижение потенциала реализации себя в различных сферах жизнедеятельности, неспособность противостоять стрессовой ситуации.

У юношей с высоким уровнем выгорания также выражены проблемы с ощущением психологического комфорта и противостояния стрессу. Но, в отличие от девушек, не выражено проблем с совладающим поведением, но снижена морально-волевая регуляция поведения, что отражается в неспособности опереться на моральные установки и ценности, в отсутствии опоры для принятия волевых решений.

Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса.

По механизмам совладания выявлены следующие особенности. Все студенты с низким уровнем выгорания используют различные стратегии совладания, из наиболее выраженных только стратегия планирования у юношей (74,3 %). Это говорит о гибкости в выборе копинг-стратегий в данной группе.

В группе с высоким уровнем выгорания картина иная. Большинство юношей предпочитают конфронтационный копинг (75,4%) и дистанцирование (86,3%). Девушки же предпочитают самоконтроль (78,3%), поиск социальной поддержки (86,7%), принятие ответственности (78,5%) и положительную переоценку (85,2%). Мы видим, что юноши в ситуации эмоционального выгорания утрачивают ряд навыков, связанных с гармонизацией социальных отношений. И выгорание сказывается, прежде всего, на отношении юношей с социальным окружением. В ситуации девушек – наоборот. Ориентация на социальные отношения усиливается, вместе с ответственностью за происходящее.

Заключение. В целом, наше исследование позволило выявить особенности отношения к стрессовым ситуациям у студентов с разным уровнем эмоционального выгорания. Мы выявили разные стратегии поведения юношей и девушек в ситуации выгорания. Очевидно, что им необходима психологическая и педагогическая поддержка, но направлена она должна быть дифференцированно, в зависимости от потребностей человека и от уже активизированных механизмов реагирования и совладания. С позиций субъектно-деятельностного подхода любая ситуация совладания уже является ситуацией роста, актуализации потенциала, новых возможностей [5]. В связи с этим, актуальным становится уже не столько коррекция поведения человека в ситуации стресса, а поиск ресурсов и новых возможностей, которые использует человек в ситуации активного совладания.

Список литературы.

1. Захарьева А. С. Связь стрессоустойчивости и стилей саморегуляции поведения у студентов // Весенние психолого-педагогические чтения. Сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой памяти почётного профессора АГУ А. В. Буровой. Астрахань, 2022. С. 99–102.

2. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. Москва, 2001.
3. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. Москва, 2022.
4. Турова Н. Д., Флоровский С. Ю. Эмоциональное выгорание и стилевые особенности саморегуляции личности // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие. материалы V Международной научной конференции Кострома: в 2 томах. 2019. С. 252–257.
5. Ясько Б. А. Психология переживания стресса: к основам понятийных конструктов // Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы. Материалы Третьей Международной научной конференции. 2018. С. 616–619.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Щербатых Ю.В.

Профессор кафедры психологии, д.б.н.

Воронежский филиал ВО АНО «Московский гуманитарно-экономический университет», Россия, г. Воронеж

Аннотация. В статье рассматриваются психосоматические влияния экзаменационного стресса на физиологические параметры и психическое состояние студентов. Показано, что применение специальной методики саморегуляции «К экзамену готов!» (КЭГ) позволяет снизить уровень экзаменационного стресса и формы его проявления.

Ключевые слова: стресс, экзаменационный стресс, аутотренинг, медитация, нейролингвистическое программирование

PREVENTION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF STUDENTS DURING THE EXAMINATION SESSION

Shcherbatykh Yu.V.

Professor of the Department of Psychology, Doctor of Biological Sciences,

Voronezh Branch of the ANO "Moscow University of Humanities and Economics", Russia, Voronezh

Abstract. The article discusses the psychosomatic effects of exam stress on the physiological parameters and mental state of students. It is shown that the use of a special method of self-regulation «Ready for the exam» (RFE) allows to reduce the level of exam stress and the forms of its manifestation.

Keywords: stress, exam stress, auto-training, meditation, neuro-linguistic programming

Введение. Экзаменационным стрессом обозначают психическое состояние студентов и школьников, возникающее в процессе проверки их знаний, и негативно влияющее на возможность адекватно изложить свои знания на экзамене [14]. Актуальность данного явления и важность решения этой проблемы связаны с массовым характером экзаменационного стресса, так как с ним ежегодно в той или иной форме сталкиваются сотни тысяч студентов и школьников, сдающих экзамены в школе и ВУЗе. При неуверенности в своих силах, в случае повышенной мотивации, при слабых знаниях или при низкой самооценке студентов, величина экзаменационного стресса достигает опасных границ, за рамками которых эмоциональные переживания начинают негативно влиять на организм молодых людей, провоцируя развитие различных психосоматических нарушений [15]. При этом не важно, какие именно психологические причины служат триггером для запуска экзаменационного стресса – ведь, согласно теории Ганса Селье, так как любая из этих причин запускает типичные для стресса биохимические и физиологические процессы, которые могут негативно сказываться на здоровье человека [9]. Очень часто экзамен становится психотравмирующим фактором, который учитывается даже в клинической психиатрии при определении характера психогении и классификации неврозов [3].

Эти психосоматические изменения могут затрагивать различные системы организма: сердечно-сосудистую [2, 11, 12, 17, 18, 19], дыхательную [11], нервную [1, 3], пищеварительную [14], зрительную [5] и иммунную [4] системы человека. Более того,

доказано, что экзаменационный стресс может оказывать воздействие и на генетический аппарат, повышая частоту мутаций ДНК [16]. В многочисленных исследованиях установлено, что стресс, вызванный подготовкой к экзаменам и их сдачей, приводит к стойкому повышению артериального давления, которое не проходит сразу после экзамена, сохраняясь некоторое время [2, 11]. Если студенты при подготовке к экзаменам злоупотребляют кофеином, то признаки повышенного давления могут сохраняться длительное время после экзамена, провоцируя развитие гипертонии [14, 18]. Особенно это касается лиц с определенными личностными качествами (низкими показателями по шкале «J» и высокими показателями по шкале «N» теста Кеттела «16PF»), у которых резкие колебания артериального давления во время сессии наблюдаются особенно отчетливо [12].

Ожидание трудного экзамена является сильным эмоциональным стрессом, приводящим к активации симпатической системы. Об этом свидетельствует возрастание пульса, увеличение показателей систолического диастолического артериального давления, увеличение вегетативного индекса Кердо, изменение variability сердечного ритма [3, 11, 19], минутного объема крови и коэффициента Хильдебранта [11]. Что касается изменений в нервной системе студентов и школьников во время экзаменов, то у них отмечается нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы [1, 2, 3, 11, 14, 19]. Так как активность симпатической нервной системы приводит к излишнему расходу резервов организма и создает нагрузку на большинство органов человека, то после сдачи экзаменов студенты оказываются в состоянии истощения ресурсов и общего переутомления, после чего им требуется значительное время на восстановление потраченных ресурсов [2, 6, 8, 11].

Исследователи, занимавшиеся поисками возможностей снижения экзаменационного стресса, пробовали использовать для этого различные подходы и методики. В литературе встречаются работы, авторы которых упоминают аутогенную тренировку [7, 8, 10,], мышечную релаксацию [7, 10], произвольную регуляцию дыхания [7, 11, 14], активные копинг-стратегии [6, 8, 15, 20], биологическую обратную связь [11, 14], нейролингвистическое программирование [3, 13, 19, 20] и т.д. К сожалению, невозможно сделать анализ сравнительной эффективности данных подходов в связи с тем, что в этих работах использовались разные критерии оценки уровня стресса, и далеко не везде есть корректное сравнение результатов, отмеченных до и после применения методов снижения стресса.

Методы исследования. Первоначально мы пробовали снижать уровень экзаменационного стресса при помощи аутотренинга в сочетании с мышечной релаксацией [10], а также применяя элементы нейролингвистического программирования [3, 13, 19, 20]. В результате многолетних поисков мы пришли к выводу, что существенно повлиять на феномен экзаменационного стресса можно только комплексными методами, включающими в себя воздействие на тело и психику студентов, включая аутотренинг, мышечную релаксацию, дыхательные упражнения и нейролингвистическое программирование [11]. Впоследствии комплекс психологической саморегуляции «АТ-1», который реализовывался в первых экспериментах, был доработан и получил название «К экзамену готов!», или сокращенно «КЭГ».

Примерно за месяц до экзаменов студенты эмпирической группы обучались приемам саморегуляции по этой системе, и за полчаса до начала экзамена эти студенты выполняли соответствующие упражнения, нацеленные на оптимизацию их психического и физиологического состояния. Показатели их психического и функционального состояния сравнивались с показателями контрольной группы студентов, которые не выполняли перед экзаменом специальных упражнений.

В содержание комплекса «КЭГ» входило: а) дыхательная медитативная техника «Концентрация на дыхании» б) модифицированное упражнение аутотренинга по И.

Шульцу, синхронизированное с ритмом дыхания для активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы; в) визуализация будущего желаемого поведения на экзамене. Последнее упражнение проводилось в два этапа. На первом проигрывание своего поведения на «идеальном» экзамене осуществлялось из 3-й позиции восприятия, а на втором этапе - из первой позиции [14]. Выполнение студентами комплекса этих упражнений приводило к созданию «программы успеха», согласно которой студенты должны были действовать на экзамене.

Результаты: Измерение физиологических и психологических показателей студентов эмпирической группы в день экзамена подтверждало наличие у них выраженного стресса. Средняя частота сердечных сокращений в группе (ЧСС) составляла $97,1 \pm 3,2$ удара в минуту, что существенно превышало пульс, измеренный в ситуации обычного учебного занятия ($76,8 \pm 2,1$). Также перед экзаменом у студентов было повышено артериальное давление. Его во время обычного учебного процесса усредненные показатели систолического давления в эмпирической группе составляли $114,3 \pm 2,2$ мм.рт.ст., то перед экзаменом этот показатель равнялся $135,7 \pm 3,2$ мм.рт.ст. Вегетативный индекс Кердо (ВИК), отражающий активность симпатической системы, за полчаса до экзамена составил $16,3 \pm 2,6$ баллов, что значительно превысило показатели ВИК, которые регистрировались во время обычных учебных занятий ($4,4 \pm 2,3$). Особенно существенные изменения, связанные с ожиданием экзамена, отмечались в отношении тревожности студентов. Во время обычного учебного процесса средние показатели ситуативной тревожности по Спилбергеру-Ханину составляли $39,8 \pm 1,8$ баллов, а за полчаса до экзамена – уже $52,3 \pm 2,6$ балла.

После выполнения студентами эмпирической группы комплекса «КЭГ» у студентов достоверно уменьшился уровень ситуативной тревожности, а также произошло снижение активности симпатической нервной системы, что нашло свое отражение в показателях пульса и вегетативного индекса Кердо (ВИК). После специальных упражнений комплекса средние показатели ЧСС по группе снизились до $91,2 \pm 2,4$ удара в минуту ($p < 0,05$), показатели ВИК – до $10,8 \pm 2,3$ баллов ($p < 0,05$), ситуативная тревожность – до $43,8 \pm 2,5$ баллов ($p < 0,01$) (Рис.1).

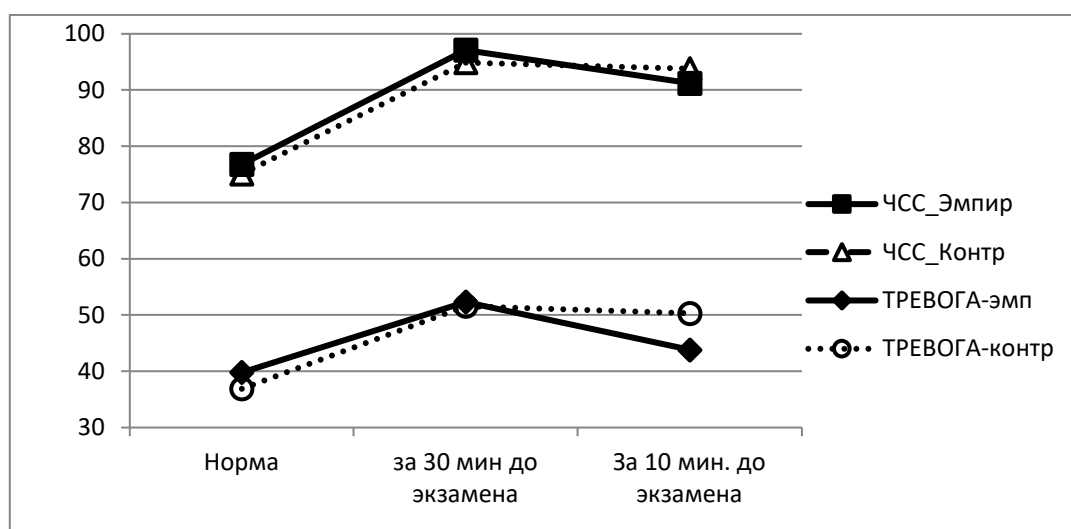


Рисунок1. Изменение частоты сердечных сокращений и уровня ситуативной тревожности у контрольной и эмпирической группы перед экзаменом

В то же время показатели тревожности контрольной группы остались практически теми же - у них за полчаса ожидания тревожность осталось примерно той же (показатели составили $51,6 \pm 2,5$ и $50,3 \pm 2,4$ балла соответственно). Также у контрольной группы остались чрезмерно повышенные показатели пульса и артериального давления, в то время как у эмпирической группы после проведения сеанса психологической саморегуляции было отмечено нормализация, как частоты сердечных сокращений, так и показателей артериального давления.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что применение программы психологической подготовки к экзаменам «КЭГ» позволяет существенно снизить уровень психоэмоциональной напряженности студентов, что отмечается на психологическом и физиологическом уровне.

Список литературы.

1. Деваев Н.П. Влияние экзаменационного стресса на регуляцию сердечного ритма и биоэлектрическую активность головного мозга у студенток / Н.П. Деваев // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2010, № 2 (2), с. 622–626.
2. Доскин В.А. Профилактика экзаменационного стресса // Школа и психическое здоровье учащихся / В.А. Доскин / Под ред. С.М. Громбаха. - М.: Медицина, 1988. - С. 147–160.
3. Ивлева Е. И. Клинико-психопатологические аспекты и нарушения вегетативного гомеостаза при социальных фобиях / Е. И. Ивлева, Ю.В. Щербатых // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - №3. - С.35-38.
4. Лавров О. В. Экзаменационный стресс: кластерно-иммунологическая модель // О.В.Лавров, И.П.Балмасова. – М: – 2014. – 255 с.
5. Марчук, С. А. Экзаменационный стресс как один из факторов развития близорукости у студенческой молодежи / С. А. Марчук, В. А. Марчук // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 5. – С. 52–55
6. Маленова, А. Ю. Психология экзамена: ресурсный подход /А. Ю. Маленова. – Омск: Изд-во Ом. гос. ун-та, 2019. – 232 с.
7. Мельников В. И. Экзаменационный стресс студентов и основные методы его оптимизации / В. И. Мельников // Вестник Сибирского государственного университета путей сообщения, 2007, №18. – С. 295–303.
8. Миронова О. И. Подходы к изучению экзаменационного стресса у студентов / О. И. Миронова // Педагогика и психология образования. 2021. № 1. С. 159–170.
9. Селье Г. Стресс без дистресса/ Г. Селье. - Москва: Прогресс, 1982. - 124 с.
10. Щербатых Ю.В. Психолого-педагогическое обоснование применения методов саморегуляции на практических занятиях по курсу «Медицинской психологии» // Психология медицинского образования и проблемы безопасности жизнедеятельности, Воронеж, 1998, С.85-86.
11. Щербатых Ю.В. Вегетативные проявления экзаменационного стресса: диссертация ... доктора биологических наук: Воронеж, 2002. — 313 с.
12. Щербатых Ю.В. Влияние личностных особенностей на величину артериального давления у студентов в норме и в условиях эмоционального стресса // Артериальная гипертензия, 2000, №2, С.74-76.
13. Щербатых Ю.В. Нейролингвистическое программирование в свете теории условных рефлексов И. П. Павлова / Ю.В. Щербатых // Современные исследования в сфере экономики, юриспруденции и психологии: Межвузовский сборник научных трудов. Вып.8. - Воронеж: ВГПИ. – 2017. - С.111-117.
14. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2023. – 432 с.

15. Al-Dubai S.A. Stress and coping strategies of students in a medical faculty in Malaysia / S.A.Al-Dubai, R.A.Al-Naggar, M.A. Alshagga et al. // Malays. J. Med. Sci. – 2011. – Vol. 18 (3). – P. 57-64
16. Cohen L. / DNA repair capacity in medical students during exam stress / L. Cohen, G.D. Marshall, L. Cheng, S.K. Agarwal, Q.Wei // J. Behav. Med. - 2000. - V.23.- №6. P.531-544.
17. Pickering Th. The effects of occupational stress on blood pressure in men and women / Th. Pickering // Acta physiol. scand. Suppl. - 1997. - V.161, Suppl. N.640. - P. 125-128.
18. Shepard J.D. Additive pressor effects of caffeine and stress in male medical students at risk for hypertension / J.D. Shepard, M. Al'Absi, T.L. Whitsett, R.B. Passey, W.R. Lovallo // Am.J. Hypertens. 2000. - V.13. - P.475-481.
19. Shcherbatykh Yu.V. Self-Regulation of Autonomic Homeostasis in Emotional Stress / Yu.V. Shcherbatykh // Human Physiology. -Vol.26.- №5.- 2000. - P.641-642.
20. Shcherbatykh Yu.V. Control of emotional state and programming of destiny – from Pavlov to NLP / Yu.V. Shcherbatykh // Psychopharmacology & Biological Narcology. 2004, V.4, №2-3, P.725-726.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ PECS В ПОДГОТОВКЕ ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Андрусенко В. М.¹, Рыбчинский В. П.²

¹студент 6-го курса курса по направлению 37.05.01 «Клиническая психология»

²к. психол. н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии

*^{1,2}Академия психологии и педагогики, ФГБОУ «Южный федеральный университет»,
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В статье рассмотрена актуальность проблемы использования альтернативной коммуникации PECS в подготовке детей к обучению в школе. Представлены результаты эмпирического исследования сформированности коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста 6 лет с расстройством аутистического спектра (РАС).

Ключевые слова. альтернативная коммуникация, коммуникативные навыки, дети с расстройством аутистического спектра.

FEATURES OF USING ALTERNATIVE COMMUNICATION PECS IN PREPARING CHILDREN FOR SCHOOL

Andrusenko V.M.¹, Rybchinsky V. P.²,

¹6th year student, Clinical Psychology

*²PhD in Psychology. Associate Professor of Department of Psychophysiology and
Clinical Psychology,*

*^{1,2}Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University,
Rostov-on-Don, Russia*

Abstract. The article considers the relevance of the problem of using alternative PECS communication in preparing children for school. The results of an empirical study of the formation of communication skills in 6-year-old preschool children with autism spectrum disorder (ASD) are presented.

Keywords. Alternative Communication, Communication Skills, Children with Autism Spectrum Disorder.

Актуальность проблематики коммуникативного развития и решением вопросов эффективной интеграции детей с расстройством аутистического спектра (РАС) в социокультурную среду общества определяется высокой частотой ее встречаемости. Высокая потребность некоторых категорий детей в формировании коммуникации альтернативными способами. Заменяв вербальные абстрактные образы зрительными, значительно облегчает обучение аутичного ребенка, имеющего тип мышления «буквального» восприятия.

Отражение проблемы коммуникативного развития и решением вопросов эффективной интеграции детей с расстройством аутистического спектра (РАС) мы находим в трудах зарубежных и отечественных исследований, посвященных формированию коммуникативных навыков у детей с аутизмом и использования данной системе при работе с детьми с РАС.

В отечественной специальной психологии имеется ряд научно-практических исследований Е.И. Алексеевой, С.В. Андреевой, Н.С. Анфилатовой и других исследова-

ниях, посвященных формированию коммуникативных навыков у детей с аутизмом и использования данной системе при работе с детьми с РАС [1, с.8; 2, с.53; 3, с.74; 4, с.173; 5, с.178].

В качестве объекта исследования были выбраны коммуникативные навыки детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

Для более глубокого изучения данной темы было проведено эмпирическое исследование по использованию системы альтернативной коммуникации с помощью карточек «PECS» при обучении детей, с расстройством аутистического спектра (РАС), на базе ЦАКПиР (Центр коррекции поведения и речи) «ДобрАВА». В исследовании принимали участие 10 детей старшего дошкольного возраста 6 лет с расстройством аутистического спектра (РАС). В качестве методов исследования были использованы эмпирические методы: наблюдение, анкетирование, диагностические задания. Исследование проводилось по двум методикам.

Результаты исследования вербального поведения и коммуникативных навыков по методике VB-MAPP констатирующего этапа представлены на рисунке 1.

Как видно на рисунке 1 у детей с РАС преобладает низкий уровень сформированности навыков:

- манд (детям сложно выражать вербально просьбу);
- такта (детям трудно называть предъявленные предметы даже с вербальной подсказкой);
- поведения слушателя (в целом дети понимают и реагируют на голос говорящего, но не всегда откликаются на собственное имя, сложности возникают и при понимании инструкции даже при повторном ее предъявлении);
- социального поведения и игра (дети практически не идут на зрительный контакт как со взрослыми, так и со сверстниками, во взаимодействии со сверстниками стараются держаться в стороне, в игровой деятельности стараются играть одни, иногда по отношению к сверстникам могут проявлять агрессивные реакции, на просьбы сверстников не обращают внимания);
- эхо-навыков (дети самостоятельно могут повторять не все звуки, слова и фразы);
- интравербальные навыки (в целом дети могут отвечать на простые вопросы, но при ответах на простые вопросы с опорой на сюжетную картинку требовалась стимулирующая помощь взрослого с подкреплением жестов, визуальные и вербальные подсказки).



Рисунок 1. Распределение показателей оценки вербального поведения и коммуникативных навыков у детей с РАС

Результаты проведенной методики «Строитель» (авторы Е.О Смирнова, В.М. Холмогорова) на выявление характера и степени межличностных отношений, представлены на рисунке 2.

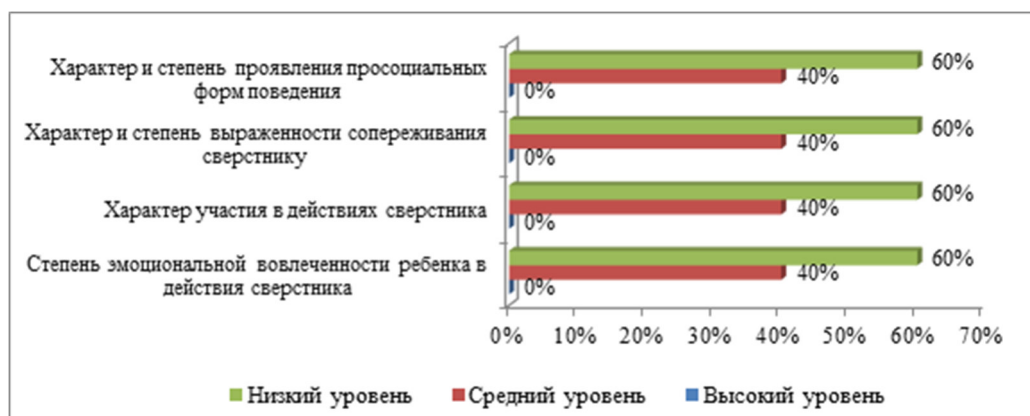


Рисунок 2. Распределение показателей характера и степени межличностных отношений у детей с РАС

Как видно на рисунке 2 у большинства детей с РАС наблюдается преобладания низкого уровня сформированности межличностных отношений. Дети с РАС при межличностном взаимодействии проявляют безразличие и равнодушие к действиям, просьбам сверстника, показывая их второстепенную значимость, создавая конфликтные ситуации.

Для повышения уровня сформированности коммуникативных навыков, на базе ЦАКПиР (Центр коррекции поведения и речи) «ДобрАВА» была разработана и проведена с использованием системы альтернативной коммуникации PECS, рассчитанная на детей старшего дошкольного возраста 6 лет с расстройством аутистического спектра (РАС). Программа реализовывалась на протяжении 3 месяцев. В содержание программы вошли задания с использованием карточек PECS: «Выполнение инструкций», «Поддержание спонтанной просьбы», Различение нескольких картинок желаемого предмета» и другие задания.

Результаты повторного исследования, по методикам констатирующего представ-лены на рисунке 3–4.

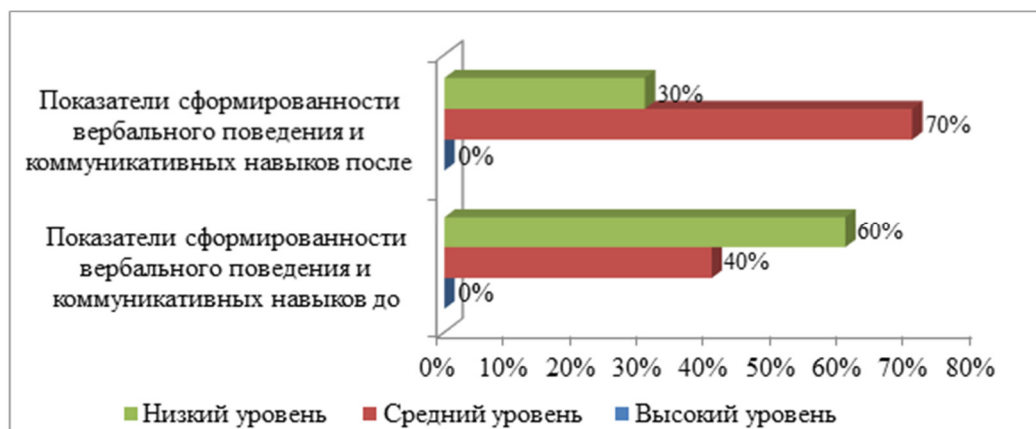


Рисунок 3. Распределение показателей сформированности вербального поведения и коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста с РАС на контрольном этапе

Как видно на рисунке 3 у детей с РАС показатели сформированности вербального поведения и коммуникативных навыков у детей в целом улучшились.

На 30%улучшились показатели:

– манд (умения просить). Дети в процессе беседы стали более продуктивнее общаться с взрослым достаточно хорошо владеют жестовой речью, могут указать и подвести к интересующему предмету. От помощи взрослого не отказываются;

– развития Эхо-навыков (способность повторять слова). Дети стали более продуктивнее использовать в речи фразы с повествовательной и вопросительной интонации, но при постановке логического ударения дети опирались на вербальное подкрепление с последующей мотивацией. Достаточно хорошо стали работать с опорой на карточки, стали активно использовать в активной речи звуки;

– сформированности интервербальной реакции (навыка ведения диалога). Дети с РАС могут отвечать на простые вопросы, отвечать на простые вопросы с опорой на сюжетную картинку. Детям требовалось некоторое вербальное усиление;

– сформированности социального поведения и игры. Дети с РАС стали более активнее идти на контакт, проявляя заинтересованность во взаимодействии со сверстниками, охотно идут на зрительный контакт, но он не продолжителен, в игровой деятельности проявляют самостоятельность, наблюдаются попытки строить диалог в процессе игры, речь содержит определенное количество эхололий;

– сформированности поведения слушателя (понимания речи). Дети стали более активнее реагировать на голос говорящего, откликаться на собственное имя, понимать инструкцию. Но, тем не менее у детей наблюдаются определенные сложности при различении в активной речи говорящего прилагательных, предлогов.

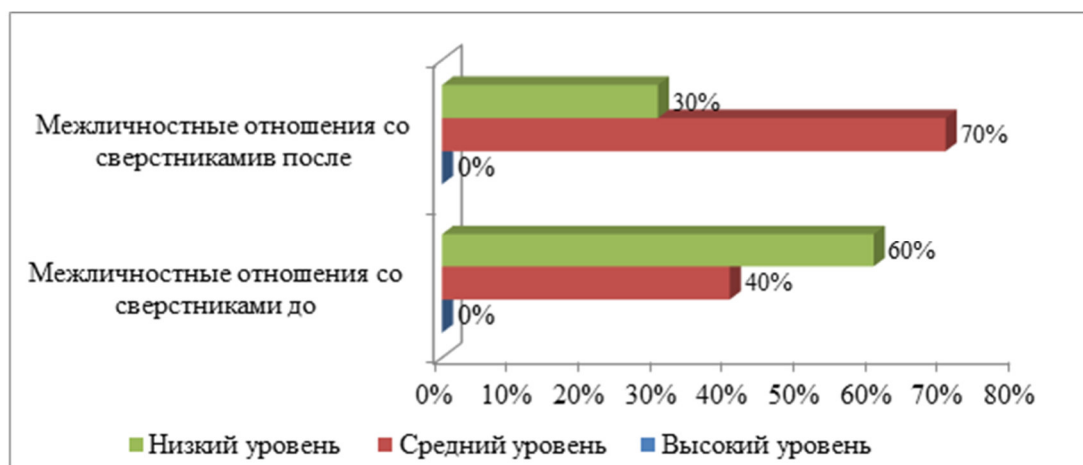


Рисунок 4. Распределение показателей сформированности межличностных взаимоотношений со сверстниками у детей старшего дошкольного возраста с РАС на контрольном этапе

Как видно на рисунке 4, показатели сформированности межличностных отношений со сверстниками улучшились на 30%. В целом, у детей наблюдается более позитивное поведение, проявляющееся в умении выполнять предъявленные инструкции, самостоятельно устанавливать контроль над своим поведением, умение обобщать навыки, заинтересованность во взаимодействии с взрослыми и сверстниками, устойчивость сенсорной защиты. У детей наблюдается более целенаправленная игровая деятельность. Дети в целом стали лучше понимать речь говорящего, но еще недостаточно различают в активной речи говорящего прилагательные, предлоги. Дети могут использовать указательный жест для выражения просьбы, стали более точно называть предмет, вести диалог.

Заключение. Полученные результаты контрольного этапа не опровергли гипотезу о том, что развитие коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста 6 лет с расстройством аутистического спектра будет более эффективно, если:

– в программу по развитию коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста 6 лет с расстройством аутистического спектра включить карточки «PECS»;

– учитывать психофизиологические особенности детей дошкольного возраста с расстройством аутистического.

Список литературы.

1. Алексеева Е. И., Андреева С. В. Формирование навыков общения с использованием средств альтернативной коммуникации у детей с тяжёлыми и множественными нарушениями развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2014. – №. 3. – С. 33.
2. Анфилатова Н. С. Карточки PECS как средство коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра // Ментор. – 2022, №3. С. 52–54.
3. Калинина О. В. Особенности коммуникации у детей с аутизмом // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. – 2016. – №. 6–2. – С. 72–75.
4. Коваленко А. И., Коблева А. Л. Развитие коммуникативных навыков у детей с ранним детским аутизмом // Образование и наука в современных условиях. – 2014. – №. 1. – С. 172–173.
5. Рыбчинский В. П. Методы исследования копинг-стратегий у подростков с аддиктивным поведением. В сборнике: Интегративный подход в профилактике зависимостей в молодежной среде. Материалы IV Международного научного форума. 2017. С. 178–184.

ВЛИЯНИЕ МАЛОПОДВИЖНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Ахмерова А. Р.¹, Рыбчинский В. П.²,

¹*студентка 6-го курса курса по направлению 37.05.01 «Клиническая психология»*

²*доцент, кандидат психологических наук, доцент*

кафедры психофизиологии и клинической психологии

^{1,2}*Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет» Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. Цель работы – изучить и установить взаимосвязь между малоподвижным образом жизни и психофизиологическими изменениями у женщин в молодом возрасте. В данном исследовании применялся ряд психологических методик, которые отражают уровень алекситимии, жалоб на психосоматические симптомы в теле; проводился анализ литературы, затрагивающей формирование телесных блоков и зажимов в теле. Также было выполнено эмпирическое исследование, где были определены корреляционные связи между шкалами «Давление жалоб & Активность», «Истощение & Самочувствие», «Желудочные жалобы & Депрессия», «Ревматический фактор & Активность». Новизна заключается в том, что развитие современных технологий заставляет человека занимать второстепенную роль в процессе реализации собственной деятельности, а многие виды работ, традиционно предполагающие физическую активность, выполняются при помощи искусственного интеллекта и механизации. В связи с этим возрастает рост числа пациентов с психосоматическими и телесными заболеваниями, которые влияют на психофизиологические особенности организма человека.

Ключевые слова. малоподвижный образ жизни, психофизиологические особенности, телесные блоки и зажимы, психосоматика, опорно-двигательный аппарат.

THE INFLUENCE OF A SEDENTARY LIFESTYLE ON THE PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE FEMALE BODY AT A YOUNG AGE

Akhmerova A. R.¹, Rybchinskiy V. P.²,

¹*6th year student, 37.05.01 - Clinical Psychology*

²*Associate Professor, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor*

Department of psychophysiology and clinical psychology

Academy of Psychology and Pedagogy

Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The aim of the work is to study and establish the relationship between a sedentary lifestyle and psychophysiological changes in women at a young age. In this study, a number of psychological techniques were used that reflect the level of alexithymia, complaints about psychosomatic symptoms in the body; analysis of profiling literature concerning the formation of body blocks and clamps in the body. Also, an empirical study was conducted, where correlations were determined between the scales "Complaint Pressure & Activity", "Exhaustion & Well-Being", "Gastric Complaints & Depression", "Rheumatic Factor & Activity". The novelty lies in the fact that the development of modern technologies forces a person to take a secondary role in the process of implementing their own activities, physically active types of work are performed with the help of artificial intelligence and mechanization. In this regard, the growth of patients with psychosomatic and bodily diseases that affect the psychophysiological characteristics of the human body is increasing.

Keywords. sedentary lifestyle, psychophysiological features, bodily blocks and clamps, psychosomatics, musculoskeletal system.

Современный образ жизни, характеризующийся длительными периодами сидения и недостатком физической активности, оказывает значительное воздействие на здоровье и благополучие не только мужчин, но и женщин. Однако существуют определенные особенности, специфичные для женского организма, которые могут быть затронуты в результате малоподвижного образа жизни.

Во-первых, физическая активность играет важную роль в поддержании здоровья сердечно-сосудистой системы у женщин. Малоподвижный образ жизни может приводить к снижению кардиорезерва, ухудшению сердечного ритма и повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и инсульты [4].

Во-вторых, недостаток физической активности может оказывать влияние на психологическое благополучие женщин. Регулярная физическая активность способствует выработке эндорфинов – гормонов счастья, которые помогают справиться с депрессией, улучшают настроение и снижают уровень стресса [6]. Среди женщин распространенность депрессии на 50% выше, чем у мужчин.

Более того, недостаток физической активности может влиять на гормональный баланс у женщин. Регулярная физическая активность помогает поддерживать нормальный уровень гормонов, таких как эстрогены, прогестерон и тестостерон, которые играют важную роль в регуляции менструального цикла, здоровья костей и общего благополучия [7].

В-третьих, отсутствие физической активности может приводить к ослаблению мышц и снижению общей физической выносливости [5]. Недостаток движения приводит к снижению силы и гибкости мышц, что может привести к болям в спине, шее и других частях тела. Нарушаются сгибательные и разгибательные функции суставов, что приводит к заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Вильгельм Райх описывал это как тонический блок. При наличии данного блока человек ощущает напряжение в мышцах, которые сопровождается спазмами и болями в области шеи, плеч и спины [7].

Важно отметить, что малоподвижный образ жизни становится ведущим, особенно после эпидемии COVID-19. Удаленная работа, страх человека заболеть и получить осложнения, технологический прогресс в системе экономики – эти факторы ограничивают и определяют человека в такие средовые условия, где проявление физической активности не требуется [1, 2, 3]. В связи с этим можно предположить, что частота психофизиологических изменений в организме будет статистически выше. Исследование достаточно представительной выборки может подтвердить или опровергнуть связь между вышеописанными факторами и малоподвижным образом жизни.

Эмпирическое исследование.

Цель исследования. Выявить особенности психофизиологических изменений организма у женщин от 25 до 30 лет в связи с их малоподвижным образом жизни.

Объект исследования. Психофизиологические особенности женщин от 25 до 30 лет с малоподвижным образом жизни и соматическими жалобами в теле.

Предмет исследования. Психофизиологические изменения, возникающие у женщин от 25 до 30 лет с малоподвижным образом жизни.

Гипотеза исследования. Существование взаимосвязи между малоподвижным образом жизни и проявлением выраженной, типичной болезненной симптоматики (телесные блоки, зажимы, психосоматические заболевания и др.).

Эмпирические задачи:

1. Выявить интенсивность соматических симптомов.

2. Выявить связь психоэмоциональных реакций.
3. Определить способность распознавать, отличать и выражать эмоциональные переживания и телесные ощущения.
4. Выявить клинически значимые симптомы тревоги и депрессии.

Методы исследования:

1. Анализ литературы. Метод теоретического анализа литературы, охватывающий тему психофизиологических изменений организма при малоподвижном образе жизни и учения В. Райха, А. Лоуэна.
2. Психологическое тестирование. Шкалы, опросники для диагностики состояния испытуемых.
3. Методы непараметрической статистики. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Характеристика выборки для эмпирической части. В эмпирическом исследовании участие приняли 55 женщин в возрасте от 25 до 30 лет, имеющие жалобы на спазмы в теле, быструю утомляемость, быструю смену настроения, жалобы на функционирование коленных, шейных и локтевых суставов. Были применены следующие методы: Гиссенский опросник соматических жалоб, GBV (Е. Брюхлер и Дж. Снер, в адаптации НИПНИ); Самочувствие-активность-настроение, САН (В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, В. Б. Шарай, М. П. Мирошников); Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26 (Дж. Тейлор, Д. Райан, Р. Бэгби в адаптации НИПНИ); Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS (А. Зигмонд, Р. Снэйт).

По итогу исследования испытуемые набрали средние баллы по всем шкалам по опроснику «Гиссенский опросник соматических жалоб, GBV». Давление жалоб – 54,2; истощение – 12,5; желудочные жалобы – 14,1; ревматический фактор – 14,1; сердечные жалобы – 12,8. Данные свидетельствуют о наличии соматических жалоб у исследуемой группы.

Таблица 1.

Среднестатистические показатели соматических жалоб женщин, ведущих малоподвижный образ жизни (опросник GBV)

Соматические жалобы	Среднестатистический показатель (n =55)
Давление жалоб	54,2
Истощение	12,5
Желудочные жалобы	14,1
Ревматический фактор	14,1
Сердечные жалобы	12,8

Исследование по методике «Самочувствие – активность – настроение (САН)», выявило у испытуемых близкий к низким показателям балл по шкале «самочувствие» – 3,6.

Таблица 2.

Среднестатистические показатели психофизиологических состояний женщин, ведущих малоподвижный образ жизни (опросник САН)

Психофизиологические состояния	Среднестатистический показатель (n =55)
Самочувствие	3,6
Активность	4,3
Настроение	4,6

Методика «Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26 (Дж. Тейлор, Д. Райан, Р. Бэгби в адаптации: НИПНИ)» выявила усреднённый балл по шкале алекситимии, равный 70,8. Средние показатели по методике могут свидетельствовать о наличии алекситимии у женщин с малоподвижным образом жизни.

Таблица 3.

Среднестатистические показатели психофизиологических состояний женщин, ведущих малоподвижный образ жизни («Торонтская алекситимическая шкала», TAS-26)

Психофизиологические состояния	Среднестатистический показатель (n =55)
Шкала алекситимии	70,8

Полученные данные из методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS (А. Зигмонд, Р. Снэйт)», фиксируют у участников исследования высокие баллы по шкалам «тревога» – 10,9; «депрессия» – 11,1.

Таблица 4.

Среднестатистические показатели психофизиологических состояний женщин, ведущих малоподвижный образ жизни («Госпитальная шкала тревоги и депрессии», HADS)

Психофизиологические состояния	Среднестатистический показатель (n =55)
Тревога	10,9
Депрессия	11,1

Проведенный статистический анализ по Спирмену выявил корреляционную связь между полученными данными и малоподвижным образом жизни. После того, как женщины несколько лет вели малоподвижный образ жизни, в результате чего произошли патологические изменения в организме, мы можем наблюдать следующие явления: чем больше проявляется общая активность, тем больше жалоб и больше субъективных страданий пациента, носящих алгический или спастический характер (Корреляция между Давление жалоб & Активность статистически значима ($p < 0,01$) и является положительной $r_s = 0,362$, $p = 0,014$; Корреляция между Ревматический фактор & Активность является положительной $r_s = 0,268$, $p = 0,032$). Также важно отметить, что чем больше истощение, которое указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи, тем выше показатели самочувствия, отражающие степень физиологической и психологической комфортности состояния человека (Корреляция между Истощение & Самочувствие является положительной $r_s = 0,412$, $p = 0,013$). Ещё одну значимую связь демонстрируют показатели по шкале «желудочные жалобы и депрессия», а именно: чем выше желудочные жалобы, которые отражают синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром), тем выше депрессия (Корреляция между Желудочные жалобы & Депрессия является положительной $r_s = 0,348$, $p = 0,003$).

Малоподвижный образ жизни или сидячий образ жизни – это состояние, при котором человек проводит большую часть времени в пассивном состоянии, без должной физической активности, что влечет за собой психофизиологические изменения в организме [1]. В ходе исследования гипотезы были подтверждены, результаты эмпирического исследования могут являться полезными в области клинической психологии и образовательных целях. Также полученные данные могут быть полезны в практике психо-

лога-консультанта, психотерапевта, медицинского психолога, столкнувшегося с похожим клиентским случаем. Актуальность исследования состоит в систематизации и дополнении сведений о психофизиологических изменениях женского организма при малоподвижном образе жизни. В данной работе установлены взаимосвязи между малоподвижным образом жизни и его влиянии на психофизиологическое состояние женщин молодого возраста.

Список литературы.

1. Акимов А. Е., Бинги В. Н. О физике и психофизике //Сознание и физический мир. – 1995. – №. 1. – С. 105–125.
2. Бобров, А.В. Торсионные модели психофизики, ВИНТИ, деп. № 821-В97, Москва (1997).
3. Жук И.А. Основы клинической психологии / И.А. Жук. – М.: ИКЦ «Колос-С», 2020. – 206 с.
4. Купцов К. В. Влияние физических нагрузок на психофизиологические показатели студентов, ведущих малоподвижный образ жизни //Оптимизация учебно-воспитательного и тренировочного процесса в учебных организациях высшего образования. Здоровый образ жизни как фактор профилактики наркомании. – 2018. – С. 296–301.
5. Сперанский С. В. Опыт исследования биологической связи" человек–животное" //В сб. Информационные взаимодействия в биологии. Тбилиси. – 1990.
6. Lowen A. Pleasure: A creative approach to life. – Simon and Schuster, 2013.

САМООТНОШЕНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Вихрова П. О.¹, Шубин А. В.

Кафедра психофизиологии и клинической психологии

ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина»

Аннотация. Предменструальному синдрому (ПМС) посвящено множество публикаций, которые отражают междисциплинарный характер проблемы; ее изучением занимаются такие специалисты как гинекологи, эндокринологи, психотерапевты, психиатры и клинические психологи. Авторы статьи поднимают вопрос о недостаточном внимании именно со стороны клинической психологии к проблеме ПМС. Основной задачей данной работы будет обратить внимание на этот факт и исследовать личностные особенности, отношения женщин к самим себе, к своему телу.

Ключевые слова. предменструальный синдром; психосоматика; самоотношение; образ собственного тела.

SELF-ATTITUDE OF WOMEN DURING PREMENSTRUAL SYNDROME

Vikhrova P.O, Shubin A.V.

Department of psychophysiology and clinical psychology

State Autonomous Educational Institution of Higher Education of the Leningrad Region

"Leningrad State University named after A.S. Pushkin"

Abstract. There are many publications devoted to premenstrual syndrome (PMS), which reflect the interdisciplinary nature of the problem; gynecologists, endocrinologists, psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists study it. The authors of the article raise the issue of insufficient attention from clinical psychology to the problem of PMS. The main task of this work will be to draw attention to this fact and to explore the personal characteristics, attitudes of women to themselves, to their bodies.

Keywords. premenstrual syndrome; psychosomatics; self-attitude; body image.

Актуальность исследования. Современная наука позволяет системно рассматривать взаимодействия психофизиологических, личностных и социально-средовых факторов в патогенезе любой патологии, но особенно в тех случаях, когда роль индивидуально-личностных факторов особенно очевидна, например, при психосоматических расстройствах. По многим данным, имеющимся в специальной литературе, к такой патологии относится предменструальный синдром [3, с. 212; 6, с. 67; 7, с. 4].

Большинство авторов считают необходимым подчеркнуть фрустрационный характер клинических проявлений ПМС для личности женщин, пограничный спектр расстройств в эмоциональной сфере и важность психотерапии в комплексном лечении [2, с. 47].

Вместе с тем в отечественной литературе, посвященной ПМС, уделяется, с нашей точки зрения, недостаточное внимание именно со стороны клинической психологии. Основной задачей данной статьи будет обратить внимание на этот факт и исследовать личностные особенности, отношения женщин к самим себе, к своему телу.

Цель исследования. Изучение личностных характеристик, самоотношения и отношения к образу собственного тела женщин с предменструальным синдромом.

Задачи исследования:

1. Исследовать самоотношение женщин с ПМС и их отношение к образу собственного тела;
2. Исследовать личностные характеристики женщин с ПМС;
3. Выявить значимые различия и взаимосвязи исследованных показателей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКУЗ ЛОПНД в 2023 году. Всего в исследовании приняло участие 42 женщины репродуктивного возраста. Основную группу исследования составили 23 женщины в возрасте от 21 до 46 лет характеризующиеся тяжелой степенью ПМС. Полученные результаты сравнивались с результатами контрольной выборки женщин ($n=19$ человек), от 23 до 46 лет, характеризующиеся отсутствием предменструального синдрома.

Подбор методического обеспечения проводимого исследования женщин осуществлялся с учетом принципов надежности и валидности. В соответствии с поставленными задачами, возрастными и психофизиологическими возможностями обследованного контингента были использованы следующие психодиагностические методики: Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) Зайцева В. П. [1]; менструальный дистресс-опросник Мооса Р.Н. [8]; методика исследования самоотношения (МИС) Пантилеева С.Р. [4]; опросник образа собственного тела (ООСТ) Скугаревского О.А., Сивуха С.В. [5].

На основании первичных данных, полученных в результате исследования, были составлены сводные таблицы, которые затем были подвергнуты математико-статистической обработке. Для анализа результатов исследования были применены следующие методы математико-статистической обработки: U-критерий Манна-Уитни. Так же использовались частотный и корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты исследования. Менструальный дистресс-опросник Рудольфа Г. Мусса был использован для разделения выборки по основному изучаемому показателю.

В ходе математико-статистической обработки данных были получены следующие результаты. Полученные результаты по методике «Мини-Мульт» указывали на то, что женщины с тяжелой степенью ПМС не имеют достоверных отличий по результатам шкал от женщин с отсутствием ПМС. Это свидетельствует о том, что женщины с отсутствием и тяжелой степенью ПМС не имеют различий в акцентуированных чертах характера. Следовательно, от степени ПМС не зависит, будут ли акцентуироваться личностные черты женщины или нет.

Исследование с использованием методики «МИС» выявило достоверные различия по признакам Внутренняя конфликтность и Самообвинение. Это может свидетельствовать о том, что женщинам с тяжелой степенью предменструального синдрома, в отличие от женщин с отсутствием проявлений ПМС, более свойственно переживать внутренние конфликты, проявления тревожно-депрессивных состояний. Так же это может свидетельствовать о склонности таких женщин к повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, «самокопанию».

Результаты, полученные по методике ООСТ свидетельствуют о том, что женщины с тяжелой степенью ПМС достоверно не имеют различий с женщинами из контрольной группы по отношению к образу собственного тела. Исходя из вышесказанного, можно прийти к выводу, что женщины с ПМС и с отсутствием ПМС относятся к своему телу одинаково.

Корреляционный анализ выявил следующие особенности. В ходе исследования были выявлены положительные корреляционные связи (при $p<0,01$) между значениями MDQ и шкалами СМОЛ. Так как ПМС включает в себя соматические и психоло-

гические симптомы, среди которых, как правило, преобладают эмоционально-личностные нарушения, мы можем предположить, что, чем сильнее будут проявления ПМС у женщины, тем вероятнее у нее будут проявляться акцентуированные черты ипохондрии, депрессии, психопатии, паранойяльности и шизоидности.

Так же положительная сильная взаимосвязь (при $p < 0,01$) степени тяжести ПМС и шкалой Внутренняя конфликтность может объясняться тем, что внутренние конфликты способны вызывать психосоматические реакции организма, в том числе ПМС. Сомнения, несогласия с собой, тревожно-депрессивные состояния, сопровождаемые переживанием чувства вины и постоянная неудовлетворённость и споры с собой, способны усугубить проявления предменструального синдрома.

Положительная корреляционная связь (при $p < 0,01$) между ООСТ и шкалами Внутренняя конфликтность и Самообвинение свидетельствует о том, что постоянная неудовлетворённость собой, протекающая на фоне неадекватно заниженной самооценки и переживание чувства вины, влияет и на отношение к собственному телу.

Выводы. Женщинам с тяжелой степенью предменструального синдрома свойственно переживать внутренние конфликты, сомнения, несогласия с собой, проявления тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины и склонности к самообвинению, то есть готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Помимо этого, они склонны к повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, «самокопанию».

Существует прямая связь между степенью тяжести ПМС и акцентуациями характера, а также, что степень тяжести ПМС влияет на то, будут ли акцентуироваться личностные черты женщины или нет. Выявлено, что женщины с акцентуированными чертами личности склонны к самообвинению, готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки не зависимо от тяжести ПМС.

Отношение к образу собственного тела, внутренняя конфликтность и самообвинение имеют прямую сильную связь, следовательно, постоянная неудовлетворённость собой, протекающая на фоне неадекватно заниженной самооценки и переживание чувства вины, влияет и на отношение к собственному телу.

Список литературы.

1. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-mult //Психологический журнал. – 1981. – Т. 2. – №. 3. – С. 118–123.
2. Ильин В. И. Пограничные психические состояния и особенности личности гинекологических больных с гормональной дисфункцией: дис. – М., 1998, 1988.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – МЕДпресс, 1999.
4. Пантилеев С. Р., Столин В. В. Методика исследования самооотношения //М.: Смысл. – 1993. – Т. 32.
5. Скугаревский О. А., Сивуха С. В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки //Психологический журнал. – 2006. – Т. 10. – №. 2. – С. 40.
6. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. – №. 2. – С. 36-40.
7. Campagne D. M., Campagne G. The premenstrual syndrome revisited //European Journal of obstetrics & Gynecology and reproductive biology. – 2007. – Т. 130. – №. 1. – С. 4-17.
8. Moos R. H. Menstrual distress questionnaire //Journal of Psychosomatic Research. – 1991.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО ПЕРСОНАЛА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Вольваченко Ю. И.¹, Скиртач И. А.²

¹*магистрант кафедры «Психофизиология и клиническая психология»*

²*к. психол. н., доцент кафедры «Психофизиология и клиническая психология»*

^{1,2}*Донской государственной технической университет, г. Ростов-на-Дону.*

Аннотация. Цель исследования - изучить особенности эмоционально-личностной сферы среднего медицинского и административного персонала с разным уровнем психологического благополучия. Исследование проводилось с помощью тестовых методик. В исследовании участвовали медицинские сестры и администраторы медицинского центра «Семья» в г. Ростове-на-Дону в кол-ве 53 чел. По результатам исследования была выявлена взаимосвязь психологического благополучия сотрудников с компонентами эмоционально-личностной сферы.

Ключевые слова. медицинский персонал, административный персонал, психологическое благополучие, качество жизни, жизнестойкость, эмоциональный интеллект, личностные характеристики.

FEATURES OF THE EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE OF NURSING MEDICAL AND ADMINISTRATIVE STAFF WITH DIFFERENT LEVELS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

Volvachenko Y. I.¹, Skirtach I. A.²

¹*master's student Department of Psychophysiology and Clinical Psychology,*

²*Phd, associate professor Department of Psychophysiology and Clinical Psychology*

Don State Technical University, Rostov-on-Don

Abstract. The purpose of the study is to study the characteristics of the emotional and personal sphere of nursing and administrative staff with different levels of psychological well-being. The study was conducted using questionnaire techniques. The study involved 53 nurses and administrators of the medical center «Semya» in Rostov-on-Don. Based on the results of the study, a correlation was identified between employees' psychological well-being and the components of the emotional and personal sphere.

Key words. medical staff, administrative staff, psychological well-being, quality of life, resilience, emotional intelligence, personal traits.

Введение. Пандемия коронавируса COVID-19 вне всяких сомнений в очередной раз продемонстрировала нам всю хрупкость и непредсказуемость человеческой жизни. На рубеже защиты этой самой жизни стоит медицинский работник, от личностных и профессиональных качеств которого по истине зависит человеческая безопасность [5, с. 99].

Согласно популярной модели, «Большая пятерка личностных черт», которая позволяет довольно подробно описать человека с помощью пяти черт личности, черта или личностная характеристика – это склонность вести себя определенным образом в широком спектре ситуаций [3, стр 39]. Такие личностные черты, как добросовестность, доброжелательность можно отнести к профессионально важным качествам (ПВК) медицинского работника. Согласно В. Д. Шадрикову, ПВК – это индивидуальные качества работника, которые так или иначе оказывают влияние на эффективность его деятельности

[12]. К другим ПБК медицинского работника мы можем отнести жизнестойкость, так как по долгу службы медицинский работник ежедневно сталкивается с большим количеством стресса. Также ключевым качеством для медицинского работника является эмпатия, которая определяется уровнем эмоционального интеллекта [1, с. 66].

В данной работе изучена взаимосвязь таких черт эмоционально-личностной сферы, как жизнестойкость, эмоциональный интеллект, а также черты «Большой пятерки» с уровнем психологического благополучия среднего медицинского и административного персонала.

Последние десятилетия в системе лечебных учреждений стала наблюдаться тенденция к росту дефицита медицинских работников. Стоит отметить, что в одинаковой степени, не хватает как врачебного персонала, так и среднего медицинского и младшего персонала (медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, санитаров и пр.) [11].

Такая ситуация характерна для медицинских учреждений не только отсталых стран, но и для экономически развитых. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который был озвучен на 3-м глобальном форуме по ресурсам кадров в здравоохранении г. Ресифи, Федеративная Республика Бразилия, 10–13 ноября 2013 г.), «к 2035 году во всем мире будет не хватать 12,9 млн врачей и медицинских сестер».

Таким образом, проблема обеспеченности медицинских учреждений кадрами на сегодняшний день является приоритетной как для ведущих мировых держав, так и для многих муниципальных территорий, в свою очередь образующих пространство каждого независимого государства [7, с. 334].

Среди основных причин кадрового дефицита среднего медперсонала можно обозначить низкую социальную защищенность, которая выражается в низкой оплате труда и чрезмерно высокую нагрузку. Эти факторы также оказывают негативное влияние на качество жизни и психологическое благополучие медицинских работников [2, с. 74].

Современные исследования показывают, что психологическое благополучие (ПБ) зависит от различных факторов, таких как материальное благосостояние, здоровье, семейное положение, уровень образования и т. д. Однако, особый научный интерес представляет изучение взаимосвязи психологического благополучия с личностными характеристиками [13, 14, с. 550]. Анализ отечественной и зарубежной литературы по вышеуказанной теме позволяет заключить, что ПБ имеет ярко выраженную взаимосвязь с базовыми чертами личности (экстраверсия, нейротизм, добросовестность), качеством межличностных отношений, осмысленностью жизни, а также с эмоциональной направленностью и ценностно-смысловой сферой [6, с. 134].

Личностным качествам медицинского работника должна отводиться одна из ключевых ролей, поскольку именно они оказывают прямое и непосредственное влияние на его профессиональную деятельность. Для медицинского работника среднего звена крайне важны такие качества, как трудолюбие, ответственность, сострадательность, эмпатия, терпение, альтруизм, доброжелательность, внимательность, решительность, отзывчивость, коммуникабельность [1, с. 66].

Последние десятилетия количество исследований в области психологического благополучия неуклонно возрастает. В России проблема психологического благополучия практически не изучена, хотя имеет глубокие исторические корни [5, с. 153]. В настоящее время отечественными учеными исследованы факторы, определяющие психологическое благополучие личности: П. П. Фесенко обнаружил связь с осмысленностью жизни, Д. А. Леонтьев обозначил связь с ценностно-смысловыми образованиями, О. С. Ширяева – со средовыми условиями, И.В. Заусенко – с профессиональной деятельностью.

Существуют исследования, выявляющие взаимосвязь личностных характеристик с психологическим благополучием у студентов [10], у педагогов [8]. Есть ряд исследований, изучающих различные аспекты ПБ у медицинского персонала, например влияние профессионального выгорания на ПБ [4]. Однако, взаимосвязь компонентов эмоционально-личностной сферы с уровнем ПБ среднего медицинского персонала на данный момент практически не изучена.

Практическая значимость работы. Заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы для профилактики кадрового дефицита медицинских работников. Благодаря знаниям о взаимосвязи личностных характеристик с различным уровнем психологического благополучия медицинских работников могут быть разработаны новые методы эффективного профессионального отбора. А также программы коррекции и развития необходимых качеств при подготовке кадров.

Предмет исследования. Психологическое благополучие и эмоционально-личностные характеристики среднего медицинского и административного персонала.

Объект исследования. Медицинские сестры и администраторы медицинского центра «Семья» в Ростове-на-Дону.

Методики исследования:

- Опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (адаптация Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко).
- Тест Большая пятерка (Big five). Пятифакторный личностный опросник (Р. МакКрае, П. Коста). Методика диагностики личностных факторов темперамента и характера (5PFQ).
- Шкала удовлетворенности жизнью Динера.
- Тест эмоционального интеллекта Люсина.
 - Тест жизнестойкости. Методика С. Мадди, адаптация Д. А. Леонтьева.

Обсуждение результатов. В Таблице 1 представлены результаты сравнительного анализа показателей эмоционально-личностной сферы средних медицинских и административных сотрудников с разным уровнем психологического благополучия. Сравнительный анализ показателей в 3-х группах (респонденты с низким, средним и высоким уровнем ПБ) был проведен с помощью критерия Краскелла-Уоллиса.

Таблица 1.

Результаты анализа достоверности различий показателей эмоционально-личностной сферы среднего медицинского и административного персонала с высоким, средним и низким уровнем ПБ

Показатели факторов большой пятерки	Средний ранг в группах (Mean Rank)			Достоверность различий (Kruskal-Wallis test)	
	Высокий уровень ПБ	Средний уровень ПБ	Низкий уровень ПБ	Н	р
Экстраверсия	31,54167	19,11111	15,43750	9,974904	0,0068**
Доброжелательность	29,22222	16,44444	28,87500	5,088769	0,0785
Добросовестность	28,93056	23,38889	22,37500	1,781423	0,4104
Нейротизм	21,31944	37,38889	40,87500	15,42846	0,0004**
Стремление к новизне	26,61111	25,11111	30,87500	0,6628983	0,7179
Общий уровень ЭМИН	31,75000	19,33333	14,25000	11,09307	0,0039**
Жизнестойкость	34,86111	11,94444	8,56250	29,31836	0,0000**

- * - полученное эмпирическое значение находится в зоне неопределенности ($p \leq 0.05$);
 ** - полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости ($p \leq 0.01$).

Согласно полученным результатам, указанным в Таблице 1, у респондентов с разным уровнем ПБ имеются статистически значимые различия показателей экстраверсии, нейротизма, эмоционального интеллекта и жизнестойкости. Средние медицинские и административные сотрудники с высоким уровнем ПБ обладают более высокими показателями экстраверсии, эмоционального интеллекта, жизнестойкости, и более низкими показателями нейротизма.

Таким образом, мы можем заключить, что у средних медицинских и административных работников с разным уровнем психологического благополучия существуют различия в показателях эмоционально-личностной сферы, таких как экстраверсия, нейротизм, эмоциональный интеллект и жизнестойкость.

Для оценки степени влияния компонентов эмоционально-личностной сферы среднего медицинского и административного персонала на уровень психологического благополучия был проведен регрессионный анализ зависимых переменных: ПБ – компоненты эмоционально-личностной сферы. Полученные результаты представлены в Таблицах 2 и 3.

Таблица 2.

Результат регрессионного анализа влияния жизнестойкости на ПБ

N=53	R= ,78822545 R ² = ,62129936 Adjusted R ² = ,61387386 F(1,51)=83,671 p<,00000 Std.Error of estimate: 26,109					
	b*	Std.Err.	b	Std.Err.	t(51)	p-value
Intercept			239,76	15,2950	15,6762	0,00000
Жизнестойкость	0,7882	0,0861	1,5701	0,17165	9,14719	0,0000**

- * - полученное эмпирическое значение находится в зоне неопределенности ($p \leq 0.05$);
 ** - полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости ($p \leq 0.01$).

Согласно данным, представленным в Таблице 2, жизнестойкость среднего медицинского и административного персонала с высокой вероятностью может выступать в качестве предиктора психологического благополучия.

Соответственно, более жизнестойкие сотрудники медицинских учреждений скорее всего будут обладать качествами человека с высоким уровнем ПБ. Такие люди компетентны в управлении окружением, эффективно используют представляющиеся возможности, способны создавать условия для достижения своих целей. Они имеют удовлетворительные, доверительные отношения с окружающими, способны сопереживать и заботиться о других. Они самостоятельны и независимы, способны отстаивать свою точку зрения. Они убеждены, что их жизнь имеет смысл, опираются на свои цели, поставленные как на ближайший срок, так и на всю жизнь. Они относятся к себе позитивно, знают и принимают свои светлые и темные стороны. Эти качества сотрудника с высокой вероятностью будут оказывать положительное влияние на его профессиональную деятельность.

В Таблице 3 представлены результаты регрессионного анализа влияния факторов Большой Пятерки на психологическое благополучие среднего медицинского и административного персонала.

Таблица 3.

**Регрессионный анализ зависимых переменных:
ПБ – факторы Большой Пятерки**

N=53	R= ,68963965 R ² = ,47560285 Adjusted R ² = ,44349690 F(3,49)=14,814 p<,00000 Std.Error of estimate: 31,344					
	b*	Std.Err.	b	Std.Err.	t(49)	p-value
Intercept			282,7515	44,57729	6,34295	0,000000
Экстраверсия	0,367502	0,104145	1,7029	0,48257	3,52876	0,000919**
Добросовестность	0,267900	0,103543	1,3948	0,53908	2,58732	0,012690*
Нейротизм	-0,48267	0,104174	-1,6444	0,35490	-4,6333	0,000027**

* - полученное эмпирическое значение находится в зоне неопределенности ($p \leq 0.05$);

** - полученное эмпирическое значение находится в зоне значимости ($p \leq 0.01$).

Согласно полученным результатам регрессионного анализа, представленным в Таблице 3, на психологическое благополучие среднего медицинского и административного персонала оказывают влияние факторы темперамента и характера Большой Пятерки, а именно – экстраверсия, нейротизм и добросовестность.

Таким образом, медицинский сотрудник с высоким уровнем ПБ с высокой вероятностью будет также отличаться высоким уровнем экстраверсии, низким уровнем нейротизма и оптимальным уровнем добросовестности. Такой сотрудник вероятнее всего будет общительным, открытым, оптимистичным, ориентированным на быстрое выполнение своих рабочих задач. Его также будет отличать волевая регуляция поведения, ответственность и аккуратность, а также эмоциональная устойчивость и уверенность в своих силах.

Выводы. Исследование показателей эмоционально-личностной сферы среднего медицинского и административного персонала с разным уровнем ПБ позволило сделать вывод о том, что респонденты с более высоким уровнем ПБ обладают более высоким уровнем экстраверсии, эмоционального интеллекта, жизнестойкости и более низким уровнем нейротизма.

Наибольшее влияние на уровень психологического благополучия среднего медицинского и административного персонала оказывает жизнестойкость, которая с высокой вероятностью может выступать в качестве предиктора психологического благополучия.

Также, на уровень ПБ оказывают влияние показатели экстраверсии, нейротизма и добросовестности. Соответственно, мы можем утверждать, что медицинский сотрудник среднего звена с высоким уровнем психологического благополучия вероятнее всего будет общительным, открытым, эмоционально устойчивым, эмпатичным человеком. Такие люди охотно идут на сотрудничество, имеют хорошие отношения с окружающими, быстро справляются со своими рабочими задачами и готовы всегда прийти на помощь. Они хорошо понимают эмоции окружающих и успешно справляются со своими. Сложные жизненные ситуации, в том числе и на работе, они воспринимают как возможность получить новый опыт и всеми силами стараются найти выход, они не сдаются легко, всячески стремятся к личностному росту. Сотрудник с такими личностными качествами будет успешно справляться со своими рабочими задачами.

Список литературы.

1. Богачева Е. В. Профессионально важные качества медицинских сестер // Среднее профессиональное образование. – 2011. – №. 7. – С. 65–67.

2. В.В. Мортиков, Управление персоналом в условиях кадрового дефицита. Вопросы управления. 2022 · № 1 (74) *
3. Воронкова Я. Ю., Радюк О. М., Басинская И. В. " Большая пятёрка", или пятифакторная модель личности //Смысл, функции и значение разных отраслей практической психологии в современном обществе. – 2017. – С. 39–45.
4. Лебедева В. В. и др. Влияние профессионального выгорания на психологическое благополучие медицинских сестер //Школа Науки. – 2021. – №. 5. – С. 31–36.
5. Зотова О. Ю. Психологическое благополучие личности. – 2017.
6. Карапетян Л. В. Психологические корреляты эмоционально-личностного благополучия //Вестник Кемеровского государственного университета. – 2017. – №. 4 (72). – С. 132–140.
7. Матвеева А. Е. Проблема кадрового дефицита среднего медицинского персонала медицинских организаций и опыт ее решения (на материалах Саткинского муниципального района Челябинской области) //Государственное регулирование социально-экономических процессов региона и муниципалитета: вызовы и ответы современности. – 2020. – С. 333–338.
8. Минюрова С. А., Заусенко И. В. Личностные детерминанты психологического благополучия педагога //Педагогическое образование в России. – 2013. – №. 1. – С. 94–101.
10. Сат С. Х. Личностные особенности медицинских работников //Вестник науки. – 2022. – Т. 5. – №. 12 (57). – С. 98–104.
11. Семенова Л. Э., Серебрякова Т. А. Психологическое благополучие студентов-психологов с разными личностными ресурсами профессионально значимых характеристик //Вестник Мининского университета. – 2018. – Т. 6. – №. 3 (24). – С. 10.
11. Управление медицинскими кадрами: Информационный бюллетень ЦНИИОИЗ. 2014 (сентябрь) URL: https://old.giduv.com/Upload/2014-10/ib_09_14.pdf (дата обращения 20.05.2020). *
12. Шадриков В. Д. Психологический анализ деятельности как системы //Психологический журнал. – 1980. – Т. 1. – №. 3. – С. 33–46.
13. Skirtach I., Kuzenko S., Pokul E. The interconnection between burnout level and personal factors of health-workers //E3S Web of Conferences. – EDP Sciences, 2021. – Т. 273. – С. 10049
14. Schmutte P. S., Ryff C. D. Personality and well-being: reexamining methods and meanings //Journal of personality and social psychology. – 1997. – Т. 73. – №. 3. – С. 549.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕННОРЕЕ

Вороня В.Д.¹, Кузенко С. С.²

¹ студентка 5 курса по направлению 37.05.01 «Клиническая психология»

² кандидат психологических наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии

^{1,2} ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. Цель данного обзора – описание чувственного, эмоционального, когнитивного и мотивационного компонентов внутренней картины болезни у девушек, страдающих первичной дисменореей. Показано, что для чувственного компонента характерно переживание боли и вегетативных симптомов, ухудшающих качество жизни; для эмоционального – ряд нарушений настроения, связанных с дистрессом, из которых особенно важными для рассмотрения являются тревожность и депрессия; для когнитивного – нормализация боли среди респондентов, и для мотивационного – превалирование стратегии самолечения. Для воздействия на мотивационный уровень ВКБ и, следовательно, его психокоррекцию, возможна работа с личностным смыслом болезни у девушек с первичной дисменореей.

Ключевые слова. первичная дисменорея, внутренняя картина болезни, боль, менструации, болезнь.

AUTOGENIC IMAGE OF DISORDER IN PRIMARY DYSMENORRHEA

Voronaya V. D.¹, Kuzenko S. S.¹

¹ 5th year student 37.05.01 "Clinical psychology"

² Cand. Sci. (Psychology), Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

^{1,2} Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The purpose of this review is to describe the sensory, emotional, cognitive and motivational components of the autogenic image of disorder in girls with primary dysmenorrhea. The sensory component is characterized by the experience of pain and a number of vegetative symptoms that worsen the quality of life. The emotional component highlights mood disorders associated with distress, anxiety and depression. The cognitive component highlights the normalization of pain among respondents. The motivational component is characterized by the predominance of the self-treatment strategy. Psychological correction of the motivational level of autogenic image of disorder is possible by working with the personal meaning of the disease in girls with primary dysmenorrhea.

Keywords. primary dysmenorrhea, internal picture of the disease, autogenic image of disorder, pain, menstruation, illness.

Введение. Первичная дисменорея (далее – ПД) считается одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Ее распространенность составляет около 71,1% [13], и ПД – одна из главных причин пропуска девушками учебы или работы, снижения социальной активности. ПД включает в себя болезненные менструации без органической патологии и комплекс вегетативных симптомов, вызывающие снижение работоспособности. Дисменорея существенно снижает качество жизни девушек.

Цель данного обзора. Описание компонентов внутренней картины болезни (далее – ВКБ) у девушек, страдающих первичной дисменореей.

Объектом теоретического обзора. Выступают эмпирические исследования, изучающие девушек, имеющих диагноз «первичная дисменорея».

Предметом обзора. Выступают компоненты внутренней картины болезни по В. В. Николаевой (чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный).

Теоретическое обоснование. ВКБ – все то, что «испытывает и переживает больной», это комплекс переживаний, состоящий из «сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [4, с. 37]. Являясь результатом творческой активности на пути к осознанию своей болезни, ВКБ выступает совокупностью представлений человека о своем заболевании. Изучение внутренней картины болезни позволяет выбирать эффективные подходы к психокоррекционному воздействию на пациентов, поскольку в ВКБ заключена субъективно-психологическая сторона заболевания [1, 8].

ВКБ связана с восприятием, представлением и переживанием болезни [8]. **Согласно модели В. В. Николаевой (1976) [6], ВКБ состоит из следующих уровней:**

1. Чувственный уровень, или уровень непосредственно-чувственного отражения болезни – включает все обусловленные болезнью ощущения, в том числе болевой компонент;
2. Эмоциональный уровень – связанные с реакцией на болезнь и ее влиянием переживания;
3. Интеллектуальный уровень – совокупность знаний о причинах, последствиях, способах лечения, прогнозе болезни;
4. Мотивационный уровень – отношение к заболеванию и изменение своего образа жизни в условиях болезни.

Чувственный компонент ВКБ. Чувственный компонент ВКБ при ПД включает переживание менструальной боли и сопутствующих ей симптомов.

Боль при ПД циклическая, хроническая и длится от 12 до 72 часов. Девушки описывают ее как «сильную», «очень тяжелую» и «невыносимую» [27]. Из-за боли и сопутствующих симптомов возникают обмороки или предобморочные состояния, обездвиживания и ограничения физической активности, бессонница, что снижает качество жизни и заставляет девушек «выпадать» из ритма привычной жизни [10]. Как описывала свою менструальную боль одна из респондентов: «Я чувствую, что кто-то протыкает и режет меня ножом» [14, с. 4]. По визуальной аналоговой шкале боли респонденты оценивают боль на 6–10+ баллов [14].

Менструальная боль сопровождается комплексом симптомов – болью в других областях тела (спине, бедрах, суставах, ногах), тошнотой, рвотой, диареей, слабостью, отсутствием аппетита [14]. В исследовании [20] большинство респондентов (84,01%) отмечали ощущение боли в спине с оценкой по визуальной шкале боли в 5 баллов, также наиболее распространенными симптомами были перепады настроения (84,8%) и головокружение (48,2%).

Дисменорея вызывает долговременные нарушения восприятия боли. У девушек с ПД вне зависимости от фазы менструального цикла повышена болевая чувствительность, для них характерны низкая толерантность к боли и низкий болевой порог (по сравнению со здоровыми девушками) [25]. Дисменорея – фактор риска фибромиалгии и предиктор повышения восприимчивости к хроническим болевым состояниям [18].

Эмоциональный компонент ВКБ. Эмоциональный компонент включает в себя нарушения настроения, связанные с психологическим стрессом из-за первичной дисменореи.

При умеренной и тяжелой дисменорее респонденты описывали свое настроение как «подавленное» и «тревожное» [27]. Из-за ограничений, накладываемых сильной бо-

лю, и самой боли у девушек может возникать психологический стресс, еще больше усугубляющий боль [10]. С менструальными болями наиболее связаны состояния депрессии и тревоги [22]. По одному из исследований, депрессивное настроение было самым частым симптомом, сопровождающим дисменорею, и встречалось у 80,8% опрошенных девушек [19]. Депрессивные симптомы и повышенная тревожность были связаны с большим количеством менструальных симптомов [16]. Девушки описывали, что дисменорея отбирала их способность «быть счастливыми» и «наслаждаться жизнью» [27, с. 4].

В исследованиях, направленных на изучение различий между здоровыми девушками и девушками с ПД, у последних отмечались: высокий уровень как реактивной, так и личностной тревожности [7]; наличие выраженного астенического синдрома [7], сниженная самооценка [5], сниженное качество жизни, особенно по шкале «психосоциальное здоровье» [26].

Вообще, девушкам с ПД характерны эмоциональные переживания, которые испытывают пациенты с хронической болью. Боль при менструации – по факту, невидимый для других симптом, и пациенты с хронической болью могут прилагать значительные усилия, чтобы избежать проявления болевого поведения, стараются скрывать боль и сохранять «нормальное» состояние [24]. Среди пациентов с хронической болью 30–45% переживают депрессивные состояния [28].

Интеллектуальный компонент ВКБ. Характеристикой нормального менструального цикла является безболезненность [12]. Однако в одном из исследований, проведенном среди девушек с дисменореей, примерно половина участников (51%) считали, что их менструация была нормальной [13]. Восприятие боли и сопутствующих симптомов как «нормальных» может привести к снижению эффективности лечения и даже игнорированию дисменореи как среди медперсонала [18], так и среди самих девушек.

Отмечается, что многие девушки, страдающие дисменореей, не осведомлены о причинах боли, о нормальном, допустимом ее уровне и о дальнейшей динамике заболевания – например, будет ли снижаться боль с возрастом [27]. При дисменорее характерны переживания катастрофизации боли – страх, что боль будет всегда, что за болью может скрываться что-то серьезное (эндометриоз, рак, бесплодие и пр.), что боль неизлечима и с ней невозможно что-либо сделать. Как отмечала одна из респондентов: «Я думаю, за болью может скрываться что-то более серьезное... но я приучена верить, что все испытывают дискомфорт во время менструации, и я просто игнорирую предупреждающие знаки» [27, с. 5].

Мотивационный компонент ВКБ. Мотивационный компонент ВКБ при ПД включает изменение привычных поведенческих паттернов и образа жизни, обусловленных болезнью [3]. Среди них можно выделить способы, которыми девушки справляются с заболеванием.

Согласно исследованию [15], часть девушек склонны считать нарушения менструального цикла естественными, нормальными, из-за чего они не ищут комплексных способов оздоровления, а пытаются справиться с ПД временными решениями – терпят, используют способы заботы о себе (прикладывание тепла, отдых, сон), принимают безрецептурные анальгетики (к которым в дальнейшем повышается толерантность, что вынуждает искать более мощные средства), или справляются методами нетрадиционной медицины.

Одна из основных стратегий лечения – самолечение [13]. По исследованию [20] большинство студенток (91,2%) не обращались за медицинской помощью по поводу дисменореи, и 62,4% использовали безрецептурные анальгетики. По другим данным, за медицинской помощью к врачам акушерам-гинекологам обращались 41% девушек [11].

Однако сохраняется риск неправильного самолечения, которое может привести к гинекологическим осложнениям [23]. Настойчивые неудачные попытки решить проблему боли – перебор лекарств или способов справиться с болью, в том числе профилактикой – могут усиливать чувство разочарования, гнева по отношению к заболеванию [24].

Препятствиями обращения за медицинской помощью могут выступать убеждения о вреде лекарств – особенно комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Как отмечает [9], КОК отвергаются, так как ассоциируются со вмешательством, нарушающим целостность тела.

Заключение. Дисменорею называют «забытой болезнью репродуктивного здоровья» [21]. Как мы описали выше, важно «вспомнить» и изучить ПД, поскольку она распространена и негативно влияет на качество жизни девушек. В дальнейших исследованиях мы планируем эмпирическое исследование ВКБ при первичной дисменорее.

Психологическая коррекция ВКБ заключается во многом в воздействии на мотивационный уровень, определяющий деятельность по возвращению и сохранению здоровья. Воздействие на мотивационный уровень задействует личностный смысл болезни, а его трансформация позволит выстроить стратегии адаптации к ситуации ПД, сформировать четкую установку на преодоление болезни. Необходимо сформировать у девушек полное, развернутое представление о ПД [2]. Важным шагом также является актуализация понятия менструального здоровья [17], включающего в себя доступ к точной информации о менструальном цикле, происходящем в нем изменениях, к медицинской информации, связанной с его нарушениями и способами их лечения.

Список литературы.

1. Ишинова В. А. и др. Особенности соотношений психогенного и соматогенного компонентов в структуре хронической боли (на примере ишемической болезни сердца и соматоформных расстройств) //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20. – №. 1. – С. 9–14.
2. Козачун В. Л. Психосоматический онтогенез как развитие телесности и пути коррекции внутренней картины болезни при соматическом заболевании //Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2017. – Т. 3. – №. 3. – С. 48–57.
3. Кулагина И. Ю. и др. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях //Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11. – №. 1. – С. 50–60.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 111 с.*
5. Макаричева Э. В., Бургуван М. С. Психологические особенности пациенток с первичной дисменореей //Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101. – №. 5. – С. 760–767.
6. Николаева В. В. и др. Особенности автобиографии телесности у больных с депрессивными и тревожными расстройствами //Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2011.
7. Родионова Е. Ю., Чутко Л. С., Кротин П. Н. Психовегетативные расстройства у девушек с нарушением менструального цикла //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2016. – Т. 116. – №. 12. – С. 30–33.
8. Солодухин А. В. и др. Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с параметрами их когнитивного статуса //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2017. – Т. 14. – №. 2. – С. 178–189.
9. Труфанова О. К. Основы психосоматической психологии. – 2008.
10. Унанян А. Л. и др. Дисменорея, эндометриоз, аденомиоз: клинико-патогенетические взаимоотношения //Гинекология. – 2018. – Т. 20. – №. 1. – С. 9–15.

11. Щипанова А. А. и др. Осведомленность студенток ФГБОУ ВО УГМУ о нарушениях менструального цикла //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, Екатеринбург, 19-20 апреля 2023 г. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023.
12. Юсупова Х. Д. Стресс и нарушение менструального цикла у подростков // Вестник пермской государственной фармацевтической академии. – 2021. – С. 457–458.
13. Armour M. et al. The prevalence and academic impact of dysmenorrhea in 21,573 young women: a systematic review and meta-analysis //Journal of women's health. – 2019. – Т. 28. – №. 8. – С. 1161–1171.
14. Aziato L., Dedey F., Clegg-Lampsey J. N. A. The experience of dysmenorrhoea among Ghanaian senior high and university students: pain characteristics and effects //Reproductive health. – 2014. – Т. 11. – С. 1-8.
15. Bilir E. et al. The impact of dysmenorrhea and premenstrual syndrome on academic performance of college students, and their willingness to seek help //Turkish journal of obstetrics and gynecology. – 2020. – Т. 17. – №. 3. – С. 196.
16. Dorn L. D. et al. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety //Journal of adolescent Health. – 2009. – Т. 44. – №. 3. – С. 237–243.
17. Hennegan J. et al. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research //Sexual and Reproductive Health Matters. – 2021. – Т. 29. – №. 1. – С. 31–38.
18. Iacovides S., Avidon I., Baker F. C. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review //Human reproduction update. – 2015. – Т. 21. – №. 6. – С. 762–778.
19. Nahla Khamis I. et al. Dysmenorrhea among female medical students in King Abdulaziz University: prevalence, predictors and outcome. – 2015.
20. Kamel D. M., Tantawy S. A., Abdelsamea G. A. Experience of dysmenorrhea among a group of physical therapy students from Cairo University: an exploratory study //Journal of pain research. – 2017. – С. 1079-1085.
21. Latthe P. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity //BMC public health. – 2006. – Т. 6. – №. 1. – С. 1–7.
22. MacGregor B. et al. Disease Burden of Dysmenorrhea: Impact on Life Course Potential //International Journal of Women's Health. – 2023. – С. 499-509.
23. Maity S. et al. Academic and social impact of menstrual disturbances in female medical students: A systematic review and meta-analysis //Frontiers in medicine. – 2022. – Т. 9. – С. 821908.
24. Morley S. Psychology of pain //British journal of anaesthesia. – 2008. – Т. 101. – №. 1. – С. 25–31.
25. Payne L. A. et al. Experimental and procedural pain responses in primary dysmenorrhea: a systematic review //Journal of Pain Research. – 2017. – С. 2233-2246.
26. Sahin N. et al. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea //Reproductive health. – 2018. – Т. 15. – №. 1. – С. 1–7.
27. Stokes R. et al. “It’s Just Another Unfortunate Part of Being Female”: A Qualitative Study on Dysmenorrhea Severity and Quality of Life //Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. – 2023. – Т. 30. – №. 3. – С. 628–635.
28. Vadivelu N. et al. Pain and psychology—a reciprocal relationship //Ochsner Journal. – 2017. – Т. 17. – №. 2. – С. 173–180.

ВИДЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ПЕРВИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Ворошилова Е. А.

*Кафедра психофизиология и клиническая психология
Донской государственной технической университет
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В настоящей статье выносятся на обозрение различные виды психоактивных веществ (как запрещенных, так и разрешенных в нашей стране) и способы их воздействия на подростковый организм. Данная проблематика имеет огромное значение, так как появление различных социальных сетей обусловило доступность психоактивных веществ (ПАВ) и способов распространения стало в разы больше. Кроме того, возможность хорошо и легко заработать довольно привлекательна для молодого поколения, что в свою очередь тоже является частью приобщения подростков к психоактивным веществам. Учитывая данные факторы немаловажную роль, играет профилактика употребления психоактивных веществ подростками и умение вовремя выявить первичные признаки употребления. В связи с этим целесообразно и понимать какие ПАВ существуют и как они воздействуют на организм.

Ключевые слова. Психоактивные вещества (ПАВ), подростки, наркотические вещества, профилактика, наркотическое опьянение, алкогольное опьянение, передозировка, зависимость.

TYPES OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND METHODS OF THEIR IDENTIFICATION IN ADOLESCENTS

Voroshilova E.A.

*Department of psychophysiology and clinical psychology
Don State Technical University
Russia, Rostov-on-Don*

Annotation. The purpose of the article is to analyze the psychoactive substances and how they affect adolescents. The past decade has seen the rapid development of adolescent substance abuse. It is due to the fast-growing spread of psychoactive substances in social media. Moreover, a lot of young people look for ways how to get easy money. That is why they may be involved in drug sphere. The primary prevention methods of adolescent substance abuse can make a big difference. Also, this research clearly confirms the importance of identify first signs of substance use. Therefore, it has importance to know different psychoactive substances and how they effect on human body and mind.

Keywords. psychoactive substances, adolescents, primary prevention methods, addictive behavior, illegal substances, substance abuse, drugs.

В настоящей статье представлены к рассмотрению следующие группы психоактивных веществ: спайс, алкогольные напитки, опиаты, препараты конопли, психостимуляторы, галлюциногены, снотворные вещества и летучие вещества наркотического действия.

В первую очередь мы рассмотрим признаки воздействия спайса на организм подростков, так как на данный момент данный вид наркотических веществ является самым распространенным среди молодого поколения. Это связано с его доступностью и высокой распространенностью. Общеизвестный факт, что данные психоактивные вещества

можно приобрести практически в любой социальной сети или мессенджере. Кроме того, спайс является довольно дешевым наркотическим веществом.

По природе своей спай – это смесь растительного происхождения, пропитанная синтетическими каннабиноидами. Данное вещество вызывает сильнейшее привыкание уже после 2–3 употреблений и пагубно влияет на организм [3]. И так как химический состав спайса постоянно модифицируется,

Если раньше смесь делали из разнообразных трав, например шалфея, то сегодня среди ее компонентов можно обнаружить обычную ромашку, пропитанную наркотиком неизвестного происхождения. Состав наркотика спайс постоянно корректируют, поэтому предугадать реакцию организма довольно сложно.

Существует несколько форм производства данного вещества: таблетки, жидкая или твердая форма, курительная смесь, порошок, жевательная форма с виду может быть похожа на конфеты.

Курительная смесь пагубно влияет не только на физическое здоровье подростков, но и на ментальное. Спай способен вызвать такие расстройства как: депрессия, тревожный синдром, бессонница, стресс, психоз. Поэтому среди спайсовых наркозависимых не редки и случаи суицида. Больной не чувствует себя счастливым и заметно снижаются умственные способности [4].

За короткий промежуток времени частота употреблений может резко вырасти, так как подростковый организм быстро адаптируется к веществу. Подросток становится слишком раздражительным, появляются приступы агрессии, если он не употребляет очередную дозу. Кроме того, может возникнуть абстинентный синдром схожий с опиоидным.

Так как распознать спайсового наркозависимого довольно сложно из-за индивидуальной реакции организма, все же мы можем выделить ряд общих признаков:

- резкая смена настроения. От неудержимого смеха, до истерики в считанные минуты;
- подросток становится слишком активным и разговорчивым. Однако после окончания воздействия резко замыкается в себе;
- появляются галлюцинации. Подросток может жаловаться на яркий свет, которого в действительности нет;
- подросток постоянно хочет пить;
- отмечаются: заторможенная реакция, снижение умственной деятельности, проблемы с ориентацией в пространстве.

К внешним признакам можно отнести следующие: расширение зрачков, покраснение кожных покровов, из-за сильной жажды в уголках губ появляются белые следы, тремор рук, судороги, повышается давление и учащается пульс.

Бесконтрольное проникновение токсичных веществ в организм подростков может стать причиной тошноты, рвоты, потери сознания и даже комы.

Признаки употребления спиртных напитков. Спиртные напитки — это напитки, содержащие спирт, полученный путем перегонки или брожения [8].

Признаки употребления спиртных напитков самые очевидные и легко определяемые, в первую очередь это запах изо рта и спутанная речь. Даже небольшое количество алкоголя меняет поведение и речь подростка. Если речь идет о сильном алкогольном опьянении, то можно отметить следующие признаки: тошнота, рвота, потеря координации и равновесия, потеря сознания и ориентации в пространстве, неясность речи и неспособность выразить мысль. Так как большинство российских семей в той или иной степени знакомы с алкогольными напитками, то нет проблемы идентификации опьянения у подростка.

Признаки употребления конопли. Данный вид наркотических веществ является довольно неоднозначным и напрямую зависит от окружающих. Все либо вместе смеются, либо вместе плачут, очень часто подростки в состоянии конопляного опьянения поддаются панике, если кому-то стало страшно. К визуальным признакам опьянения можно отнести покраснение глаз, сухость во рту, покраснение лица. Подростки становятся многословны, речь очень быстрая и спонтанная. Также они много смеются без явной на то причины. Основным из характерных признаков употребления конопли является непомерный аппетит, подросток может бесконтрольно поглощать все, что попадется ему на глаза. Кроме того, отмечается сильная жажда.

Однако если речь идет о передозировке, то мы можем наблюдать совершенно иное поведение и состояние. Кожа лица бледная, сухие губы, зрачок узкий, склер глаз красный. При этом подросток довольно заторможен и ведет себя отстраненно. На вопросы отвечает невпопад, немногословен, язык заплетается. Кроме того, нарушается координация и ориентация в пространстве. Может проследиваться запах конопли. В случае тяжелой передозировки может возникнуть острый психоз.

Признаки употребления опиатов. Под опиатами мы подразумеваем сильнодействующие наркотические вещества

Опиаты и опиоиды (опиум, омнопон, морфин, кодеин, наркотин, неопин; полусинтетические: героин, этилморфин (дионин), гидроморфон, бупренорморфин; синтетические: промедол, фентанил, просидол, трамадол, эстоцин, дипидолор) [5, С. 2]

Выявить подростка, находящегося под воздействием опиатов можно по следующим признакам:

- Сильная сонливость в любом месте и в любой позе. Может создаться впечатление, что если человека оставить в покое, то он отключится, где бы он не находился. В данном состоянии возможно чрезмерное слюноотделение.

- Явные признаки заторможенности речи и мыслительного процесса, слова протяженные и непонятные. Подросток может повторять одно и то же, забывая о том, что уже говорил об этом.

- Как правило люди, находящиеся в состоянии опьянения опиатами, очень добродушны и сговорчивы. Со всем соглашаются и редко идут на конфликт.

- Подросток может быть, как назойлив, так и желать уединения. Запираясь в своей комнате, часто оставляют включенным компьютер или музыку, при этом сами отключаются и плохо реагируют на попытки разбудить их.

- Одним из самых важных признаков является крайне суженный зрачок, который совершенно не расширяется в темноте, вследствие чего в темное время суток падает зрение. Отмечаются также бледность и сухость кожных покровов.

- Сильно увеличивается болевой порог. Подросток может причинить себе вред абсолютно этого не почувствовав.

Опьянение опиатами не держится более 12 часов, в большинстве случаев и вовсе длится около 5. По истечении срока воздействия наркотического вещества человек становится крайне тревожным и нервным, ему необходима следующая доза, начинается процесс абстиненции (в простом обиходе «ломка»). Если подросток пробует опиаты впервые, то у него еще не сформировалась тяжелая форма зависимости и они способны перенести ее довольно легко. В данном случае они могут выглядеть большими, так как симптомы легкой абстиненции напоминают симптомы ОРВИ. Также проследиваются симптомы расстройства желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея). Появляется озноб и насморк. Подросток, употребивший наркотики, начинает страдать бессонницей и не может лежать спокойно. Как правило симптомы абстиненции проходят только на пятый день, поэту мало кто выдерживает и происходит рецидив.

Далее рассмотрим признаки употребления психостимуляторов подростками. Психостимуляторы — это наркотические препараты, которые действуют возбуждающее на ЦНС. Эти медикаменты заряжают человека энергией, ускоряют реакции, повышают выносливость и притупляют болезненные ощущения [1, С. 73]

К психостимуляторам мы относим следующие вещества: амфетамин, мефедрон (курительная соль), кустарно приготовленные препараты из эфедрина и эфедринсодержащие смеси, кокаин и кофеин.

В период употребления психостимуляторов состояние подростков лучше всего описывается словом гиперактивные. Движения и действия резкие и очень активные, речь заметно ускорена. Человек в прямом смысле не может устоять на месте, решения спонтанны и нелогичны, постоянно перескакивают с одной темы на другую, ходит с места на место или постоянно меняет позу. Данному виду наркотического опьянения свойственны приступы стереотипных движений: человек на протяжении долгого времени может выполнять одно и то же действие, например, часами переставлять одну вещь с места на место или постоянно протирать абсолютно чистую поверхность.

Также можно выделить следующие внешние признаки: расширенные зрачки, сухость кожи, учащенный пульс, гипертония.

Одним из самых очевидных признаков является отсутствие сна, если человек имеет достаточное количество наркотического вещества, то он может находиться в состоянии наркотического опьянения в течение нескольких суток, при полном отсутствии сна.

Когда состояние опьянение проходит, то человек резко становится вялым и медлительным, рефлексы снижены, появляется сильная раздражительность. Резко ухудшается настроение, появляется тревожный синдром, неадекватная реакция на громкие звуки. У подростков, долго употребляющих психостимуляторы могут появиться галлюцинации, тревожный синдром и мания преследования.

Однако стоит отдельно отметить наркотическое вещество «экстази». Так как его стимулирующий эффект намного слабее чем у других препаратов данной группы и начинает действовать экстази намного медленнее, чем инъекционные препараты, симптомы опьянения не так ярко выражены. Однако при длительном употреблении проявляются перепады настроения, снижение умственной деятельности, появляются галлюцинации и тревожный синдром, также человек становится довольно активным.

Признаки употребления галлюциногенов у подростков. Галлюциногены — это класс препаратов, которые вызывают значительные искажения в восприятии у людей. Галлюциногены искажают и усиливают ощущения, но фактические эффекты вариabельны и непредсказуемы. Основную опасность представляют психологические эффекты и помутнение сознания, которые они вызывают [7].

Данный вид наркотического опьянение довольно легко определяем, так как в этом состоянии человек слишком сильно привлекает к себе внимание: разговаривают с несуществующими людьми или предметами, бредят, подолгу рассматривают предметы, представляя их как шедевры искусства, видят мультфильмы на выключенном телевизоре. вследствие чего опьяненные стараются переждать окончание действия препарата вдали от посторонних глаз. В целом симптомы схожи с симптомами шизофрении.

Последствия употребления не особо заметны у принимающих галлюциногены, поэтому и диагностика данного вида опьянения затруднена. Даже специалисты не всегда могут поставить диагноз без лабораторного анализа. Как правило больные сами признают в употреблении, когда сталкиваются с побочными действиями, после длительного употребления (психоз, депрессия и апатия).

Признаки употребления снотворных препаратов подростками. Снотворных препаратов довольно много, но принцип воздействия на организм всегда одинаков. Данный вид опьянения по симптомам схож с алкогольным, только отсутствует запах. Малые дозы снотворного не имеют внешних признаков злоупотребления. Однако большие дозы вызывают агрессию и раздражительность, человек буквально теряет моральные ориентиры, теряет чувство такта и стыда, притупляется мыслительный процесс. Могут быть расширены зрачки и побледнеть кожные покровы. Частота пульса увеличивается. Внимание человека рассеяно, не может сфокусироваться, в разговоре перескакивает с темы на тему. Речь становится громкой и непонятной. Спустя два часа опьяненные становятся сонливыми и вялыми, могут уснуть, однако ненадолго. После сна появляется головная боль, слабость и общее недомогание, настроение отсутствует, легко раздражаются.

Последствия злоупотребления снотворными препаратами довольно тяжелые: наркозависимый испытывает сильную слабость в мышцах, боли в суставах по телу бегит дрожь появляется тошнота и головокружение. Появляется тревога за жизнь и бессонница.

Признаки употребления летучих наркотически действующих веществ (ЛНДВ). К летучим наркотически действующим веществам мы относим те вещества, которые попадают в организм подростка через дыхательные пути: бензин, ацетон, растворитель, краска, ксилол, клей. Это одни из самых распространенных наркотических веществ среди подростков и детей в возрасте от 8 до 15 лет. Как правило подростки под действием ЛНДВ ведут себя очень вызывающе: кричат, громко смеются, могут проявляться признаки агрессии вплоть до драк между собой. Можно уловить легкий запах растворителя, бензина или другого вещества от волос или одежды. Следствием опьянения могут быть и провалы в памяти. При длительном употреблении происходит заметное отставание в развитии. При этом ухудшения происходят постепенно. У людей, постоянно употребляющих ЛНДВ цвет лица приобретает серый оттенок, появляются отеки. Волосы сухие, а ногти ломкие.

В случае подозрения употребления ПАВ родителям и работникам образовательных учреждений в первую очередь стоит обратить внимание на следующие признаки:

- у подростка резко меняются интересы и круг общения, про который подросток говорит неохотно;
- ребенку свойственны необоснованные всплески эмоций, он может приходиться с улицы чрезмерно возбужденным. Веселье может резко смениться приступами агрессии;
- подросток начинает избегать разговоров с родителями и вообще старается не привлекать к себе внимание, сразу уединяется в комнате;
- постоянно задерживается на улице, но при этом уходит из дома в строго определенное время;
- очевидными признаками являются запахи. Это может быть запах алкоголя или бензина, например. Также на одежде могут появиться пятна от клея;
- на лице появляется раздражение в области носогубного треугольника. На руках могут быть следы от ожогов, в области вен видны следы уколов и синяки. Подросток может носить одежду с длинными рукавами даже в жару;
- сильно расширенные или наоборот суженные зрачки, плохо реагирующие на изменение освещения. Конъюнктивитные глаза. Бесконтрольно «бегающие» глаза;
- нарушение координации и ориентации в пространстве, заторможенность речи или наоборот резкое ее ускорение;
- подросток постоянно, что-то прячет от вас. Вы можете обнаружить у него спичечные коробки с растительной смесью или маленькие пакетики с порошком или таблетками, наперстки, почтовые марки, окрашенные в бледно-зеленый или голубой цвет,

шприцы, в доме могут появиться закопченные ложки, пустые пачки от таблеток, ранее вами не приобретаемых;

- из дома могут пропадать вещи как ценные, так и предметы домашнего быта (краска, ацетон, клей, полиэтиленовые пакеты, сода, уксус и т.д.) [6].

В настоящей статье мы рассмотрели ряд признаков употребления психоактивных веществ и в случае обнаружения вышеперечисленных симптомов или подозрении подростка в употреблении ПАВ следует проконсультироваться с психиатром-наркологом или позвонить на Федеральную горячую линию по вопросам наркомании и алкогольной зависимости (8 800 700-50-50 (бесплатно, круглосуточно)). Как показывает практика, даже однократный прием ПАВ может вызвать непреодолимое желание повторить полученный опыт, что и приводит к формированию зависимости [2, с. 30].

Список литературы.

1. Волынкин В. А. Проблема применения наркотических препаратов в спорте //Наука-2020. – 2018. – №. 9 (25). – С. 72-77.
2. Ворошилова Е. А. Триггеры употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте.
3. Гаджалиев А.А. «Спайсы» // М, 2022 URL: <https://rehabfamily.com/articles/spaysy/>
4. Иванова Л. А. и др. Психотические расстройства у лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды (спайсы) //Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – Т. 2. – №. 2 (114). – С. 14-17.
5. Карташов В. А., Чернова Л. В. Определение наркотических, психотропных и других одурманивающих веществ в биологических объектах //Новые технологии. – 2008. – № 6. – С. 97-101.
6. Сборник методических, информационных материалов для проведения информационно-пропагандистской работы антинаркотической направленности // учебно-методические материалы по профилактике злоупотребления психоактивными веществами для образовательных учреждений. Ростов-на-Дону, 2008. Часть 1. С. 30-39.
7. Справочник «MSD» URL: <https://www.msmanuals.com/ru>
8. Энциклопедия «Кругосвет» URL: https://www.krugosvet.ru/enc/nauka_i_tehnika/tehnologiya_i_promyshlennost/SPIRTNIE_NAPITKI.html

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ

Голубцова В. М.¹, Игнатова Е. С.²

¹студент

²кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и клинической психологии

^{1,2}ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Россия, г. Пермь

Аннотация. В данной статье раскрыто понятие эмоциональной зависимости с клинической точки зрения, описаны результаты эмпирических исследований, в которых эмоциональная зависимость определяется как патология. Использован метод систематического обзора эмпирических исследований. Обозначены особенности ценностной сферы людей с эмоциональной зависимостью.

Ключевые слова. эмоциональная зависимость, эмоциональная потребность, ценности, личностные особенности.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EMOTIONAL DEPENDENCE IN THE CONTEXT OF THE VALUE SPHERE

Golubtsova V.M.¹, Ignatova E.S.²

¹student

²Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of General and Clinical Psychology

^{1,2}Perm State National Research University, Perm, Russia

Abstract. This article reveals the concept of emotional dependence from a clinical point of view, describes the results of empirical studies in which emotional dependence is defined as pathology. Based on the analysis of the results of empirical studies, the features of the value sphere of people with emotional dependence are highlighted.

Keywords. emotional dependence, emotional need, values, personality traits.

Введение. В настоящее время эмоциональная зависимость является актуальной социальной и научной проблемой, поскольку все чаще привлекает внимание общества и исследователей. Это связано с распространением феномена эмоциональной зависимости в качестве предмета культуры и искусства: она встречается в книгах, фильмах, различных ТВ-шоу и т.д. (например, «Анна Каренина» Л. Н. Толстого, «Гранатовый браслет» А. И. Куприна, х/ф «История Адели Гюго» 1975 г., х/ф «Горькая луна» 1992 г.). Также тот контекст, в рамках которых в СМИ и художественной литературе изображаются романтические отношения, может приводить к усилению патологических паттернов эмоциональной зависимости. Помимо вышеуказанного, культурные факторы могут приводить к формированию зависимых отношений [3]. Эмоциональная зависимость – малоизученный феномен, который не упоминается в общепринятых классификациях болезней (МКБ-10 и DSM-IV), практически не упоминается в научных трудах и публикациях (речь идет про зарубежное психологическое научное сообщество, в отечественной психологии эмоциональная зависимость упоминается крайне редко и только в рамках романтических отношений). Если эмоциональная зависимость все же встречается в научном исследовании, его глубокий анализ в большинстве случаев отсутствует [4].

Цель исследования. Изучить, выявить и охарактеризовать клинико-психологические аспекты эмоциональной зависимости в контексте ценностей.

Объект исследования. Особенности ценностной сферы людей с эмоциональной зависимостью.

Предмет исследования. Клинико-психологические аспекты эмоциональной зависимости в контексте ценностной сферы.

Методы исследования.

1. Метод систематического обзора.

Результаты и их обсуждение. Эмоциональная зависимость – крайняя потребность в эмоциональных связях со своим партнером, с которым человек состоит в отношениях. Центральным элементом, ядром, «сердцем» данного явления, по мнению автора, является крайняя аффективная потребность человека в своем партнере. Аффективная потребность в другом человеке представляется совокупностью подчиненного поведения, навязчивых мыслей о партнере и сильного страха одиночества [2].

Эмоциональная потребность — это закономерность в поведении, которая возникает в детстве и закрепляется на всю жизнь. Появляются из-за дисфункционального отношения родителей и сверстников: критика, чрезмерная опека, жестокое обращение, отвержение или игнорирование. Неудовлетворенная эмоциональная потребность формирует такие дисфункциональные паттерны поведения (навязчивое повторение), которые человек продолжает воспроизводить даже во взрослом возрасте, не осознавая этого, что может негативно сказываться на социальных отношениях и карьерных успехах. Они [неудовлетворенные эмоциональные потребности] побуждают человека испытывать гнев, грусть, тревогу [1].

В данной работе внимание будет уделено результатам клинических исследований, в которых эмоциональная зависимость определяется как патологический феномен.

В испанских исследованиях особое внимание уделяется исследованию студентов в период пандемии COVID-19. Так, в одном из таких исследований на выборке из 689 студенток было обнаружено, что те из них, кто не состоял в длительных романтических отношениях на тот период, обладают большей независимостью от окружения, отсутствует склонность к формированию эмоциональной зависимости, поскольку мотивация направлена на достижение личных целей, а не поддержание романтических дисфункциональных отношений [7].

В другом испанском исследовании, также посвященном исследованию эмоциональной зависимости в период пандемии COVID-19, эмоциональную зависимость связывают не только с эмоциональными потребностями, но и уровнем самооценки. Выборка состояла из 1202 студентов национального университета, на базе которого авторы проводили исследование. Полученные результаты указывают на преобладание легкой степени эмоциональной зависимости у девушек, средней и тяжелой степени эмоциональной зависимости у молодых людей. Таким образом, каждая третья девушка представленного университета и около половины юношей имеют среднюю или тяжелую степень эмоциональной зависимости [5].

В работе, посвященной разработке авторской методики по измерению эмоциональной зависимости, автор уделяет внимание нарушениям в областях отношений и эмоций. Она [эмоциональная зависимость] не выделяется в самостоятельный феномен, однако определяется как патологический феномен, что отличает данное исследование от многих других. Выборка исследования составила 688 человек. Полученные результаты позволили говорить о надежности разработанной методики, которая улучшила диагностику эмоциональной зависимости, что позволило сосредоточить внимание на дисфункциональных чертах респондентов [8].

Команда испанских ученых во главе с J. Momene на протяжении последних лет уделяет особое внимание исследованию эмоциональной зависимости.

В своей статье от 2021 года авторы обозначают факторы риска возникновения эмоциональной зависимости, такие как:

1. Копинг-стратегии.
2. Дисфункциональные эмоциональные схемы.
3. Психопатологические симптомы.

Также особую роль играют личностные особенности партнера, в отношении которого возникает зависимость: в представленной работе рассматриваются партнеры с агрессивными чертами. В исследовании приняли участие 657 женщин. На основании полученных результатов авторы делают выводы о том, что преобладание дисфункциональных копинг-стратегий, наличие депрессивных симптомов, тревоги и эмоциональной чувствительности, обсессивно-компульсивных и параноидальных идей, а также наличие схем «покинутость» и «подчинение» могут объяснить некоторые случаи формирования эмоциональной зависимости в отношениях, сопровождающихся насилием [6].

Выводы. На основании рассмотренных исследований и проведенного анализа в рамках систематического обзора литературы можно сделать вывод о том, что возникновение эмоциональной зависимости во многом объясняется личностными особенностями субъекта зависимости. Зачастую система ценностей, которая закладывается еще в детстве, в будущем может привести к появлению дисфункциональных схем поведения, типа привязанности, неадекватному самоотношению и самооценке. По этой причине важно изучать систему ценностей в контексте эмоциональной зависимости, чтобы в будущем иметь возможность корректировать ее. Это позволило бы избежать появления эмоциональной зависимости на ранних этапах ее формирования и обеспечить гармоничное развитие личности в целом.

Список литературы.

1. Янг Д., Клоско Д. Прочь из замкнутого круга! Как оставить проблемы в прошлом и впустить в свою жизнь счастье. – Litres, 2018.
2. Blasco, C., & DEL CONCEPTO, J. A. (2005). Dependencia emocional. In I Congreso Virtual de Psiquiatría; Conferencia 6-CI-A:[52 pantallas], 271. *
3. Bornstein R. F. et al. Construct validity of the Relationship Profile Test: Links with attachment, identity, relatedness, and affect //Assessment. – 2002. – Т. 9. – №. 4. – С. 373-381.
4. Bution D. C., Wechsler A. M. Emotional dependency: a systematic review of literature //Estudios Interdisciplinarios em Psicologia. – 2016. – Т. 7. – №. 1. – С. 77-101.
5. Gonzales-Castro A. et al. Emotional dependence in university students in social isolation due to Covid-19 //Revista San Gregorio. – 2022. – Т. 1. – №. 52. – С. 115-125.
6. Momeñe J. et al. Coping styles, dysfunctional schemes and psychopathological symptoms related to emotional dependence on the aggressor partner //Psicol. Conductual. – 2021. – Т. 29. – С. 29-50.
7. Peredo M. et al. Emotional dependence in university students in a period of confinement due to covid-19 //Revista Minerva: Multidisciplinaria de Investigación Científica. – 2022. – Т. 3. – №. 7. – С. 17-24.
8. Perrotta G. et al. “Perrotta Affective Dependence Questionnaire (PAD-Q)”: Psychodiagnostic evidence and clinical profiles //International Journal of Sexual and Reproductive Health Care. – 2021. – Т. 4. – №. 1. – С. 80–84.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРБАЛЬНЫХ АССОЦИАТИВНЫХ МЕТОДИК В РАБОТЕ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Гомелля Ю. И.¹, Луковцева З. В.²

¹студентка 3 курса факультета юридической психологии

²доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии

¹²Московский государственный психолого-педагогический университет, Россия, г. Москва

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению роли ассоциативных процессов в диагностике симптомов постстрессового характера. Дана характеристика структуры ассоциативных процессов и травматического опыта, описаны диагностические методики, применимые в работе с вербальными ассоциациями, а также приведены некоторые результаты их применения. Результаты показали, что применение вербальных диагностических методик в работе с последствиями травматического стресса стимулирует увеличение семантических полей и ограничивает воздействие защитных механизмов психики.

Ключевые слова. травматический стресс, ассоциативные процессы, ассоциативный эксперимент, семантическое поле, ПТСР, ОСП

EXPERIENCE OF USING VERBAL ASSOCIATIVE TECHNIQUES IN DEALING WITH THE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC STRESS

Gomellya Yu. I.¹, Lukovtseva Z. V.²

¹3rd year student of the Faculty of Legal Psychology

²Associate Professor of the Department of Clinical and Forensic Psychology, Faculty of Legal Psychology

¹²MOSCOW State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia

Abstract. The article is devoted to the role of associative processes in the diagnosis of post-stress symptoms. The characteristic of the structure of associative processes and traumatic experience is given, diagnostic techniques used in working with verbal associations are described, and some results of their application are given. The results showed that the use of verbal diagnostic techniques in dealing with the consequences of traumatic stress stimulates an increase in semantic fields and limits the impact of the protective mechanisms of the psyche.

Keywords. traumatic stress, associative processes, associative experiment, semantic field, PTSD, ASD

В широком смысле слова ассоциация – это некая функциональная связь, установленная как минимум между двумя элементами. С точки зрения психологии мы определяем ассоциацию как закономерную связь, порожденную субъективным опытом индивида и возникающую между содержаниями его сознания [3, с. 38]. Феномен ассоциации выражается в том, что при дальнейшей актуализации одного стимула в сознании субъекта происходит актуализация второго, или наоборот.

На явление ассоциации впервые обратили внимание еще античные философы, описывая этот процесс как припоминание стимула. Авторство первой классификации ассоциаций принадлежит Аристотелю, который выделил среди них три типа: по смежности, сходству и контрасту [6, с. 90–91]. Далее этот список был дополнен английским философом Дэвидом Юмом, который ввел принцип ассоциации по причинной связи, а

также рассматривал всю познавательную сферу человеческой психики как следствие совокупности ассоциативных связей [7, с. 149–155].

Ассоциативный процесс осуществляется благодаря взаимодействию компонентов: человек воспринимает стимульное слово (его также называют ядром семантического поля), которое является начальной точкой для возникновения последующих ассоциаций [1, с. 113]. Независимо от субъективного значения этого слова для человека, в его памяти, на рациональном или чувственном уровне, оно связано с другими словами по принципу ассоциации. Такая совокупность нескольких слов в ответ на стимул называется его семантическим полем, а само ответное слово будет называться ассоциантом [3, с. 44].

Несмотря на то, что ассоцианизм как самостоятельное направление ограничено в рассмотрении сфер жизни человека, касающихся развития личности, поведения, а также фундаментальных проблем психологии, невозможно переоценить вклад ассоционистов в эмпирическое изучение сознания и факторов возникновения ассоциаций [1, с. 64].

Ассоциативные структуры представляют собой одну из форм отображения взаимосвязей между объектами реального мира. Благодаря своей произвольности они не только отражают существующие связи, но и устанавливают новые, имеющие индивидуальное значение для человека. Будучи некой моделью сознания человека, ассоциативное поле является значимым материалом для изучения актуального состояния человека, его эмоционального отношения к стимулу и неосознаваемых процессов психики [5, с. 118–119].

Ассоциативный подход является ценным источником информации, если речь идет о работе с людьми, переживающими воздействие травматического стресса. Когда перед специалистом возникает задача получить диагностический доступ к определенным проявлениям психологической травмы, таким, как диссоциативные симптомы, гипомнезия, частичная или полная амнезия, а также отказ обследуемого работать с тяжелыми воспоминаниями напрямую из-за острых негативных эмоций, которые они вызывают, на помощь могут прийти методы психодиагностики, основанные на работе с ассоциативным полем. Нам давно известны такие методики, как «Имплицитный ассоциативный тест» Э. Гринвельда, «Незаконченные предложения» М. Сакса и С. Леви, а также «16 ассоциаций» К. Юнга, однако в большинстве случаев они используются для диагностики личности, подсознательных конфликтов, скрытых установок и стереотипов.

Травматический стресс – одна из форм стрессовых реакций, при которой стресс наносит травму, перегружая психические и/или физиологические возможности индивида.

Травматический стресс характеризуется следующими признаками [10, с. 4–9]:

1. Негативно воздействует на состояние организма.
2. Тяжело поддается внутреннему контролю (или не поддается вообще).
3. Нарушает привычный образ жизни индивида.
4. Событие, спровоцировавшее ухудшение психологического состояния, осознается человеком, пережившим его.

Постстрессовое состояние – реакция, возникающая вследствие сильного стрессового события, выражающаяся в вариативных психических нарушениях.

Посттравматический стресс – это длительная или отдаленная реакция на травмирующую ситуацию или событие, препятствующая выздоровлению. Следовательно, посттравматические стрессовые расстройства развиваются на почве пережитого стресса, их основой является страх того, что уже случилось, и того, что это может случиться вновь.

Проведенное нами эмпирическое исследование позволяет отметить эффективность применения проективных ассоциативных методик в целях диагностики и уточнения деталей травмирующего стресса, перенесенного субъектом. В исследовании приняли участие 20 женщин в возрасте от 19 до 61 года ($M = 27,5$; $SD = 11,9$), согласно результатам предварительного опроса, пережившие смерть близкого или значимого человека, и признающие это событие как наиболее травматичное в своей жизни. Испытуемым было предложено 3 методики: «60 слов» для установления характера и продуктивности ассоциаций, «16 ассоциаций» К. Юнга для концентрации внимания на проблеме и расширения периферии ее семантического поля, а также «Опросник травматического стресса» И. О. Котенева («ОТС») для диагностики степени выраженности симптомов постстрессового характера (острое стрессовое расстройство (ОТС) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)). На основе последнего опросника испытуемые были распределены на две группы: группа нормы (10 чел.) и группа лиц, демонстрирующих симптомы ПТСР и/или ОСР (10 чел.).

Исследование проводилось в четыре этапа:

1. Предварительно испытуемым предлагалось заполнить форму методики ОТС.
2. Выполнение методики «60 слов» – необходимо написать как можно больше любых слов за 2 минуты.
3. Выполнение методики «16 ассоциаций».
4. Повторное выполнение методики «60 слов».

Для анализа распространенности ассоциаций использовались слова из открытой базы данных «Карта слов и выражений русского языка», собирающей информацию с 2014 года, из которых было сформировано типичное семантического поле для слова-ядра.

Необходимо пояснить, что алгоритм (см. рис. 1) выполнения методики «16 ассоциаций» подразумевает воспроизведение 16 слов в ответ на заданное слово-стимул (ассоциации первого порядка), после чего производится их попарное соединение общим словом-ассоциацией (ассоциации второго порядка), и т. д. Данная процедура выполняется до тех пор, пока у обследуемого не останется одно слово.

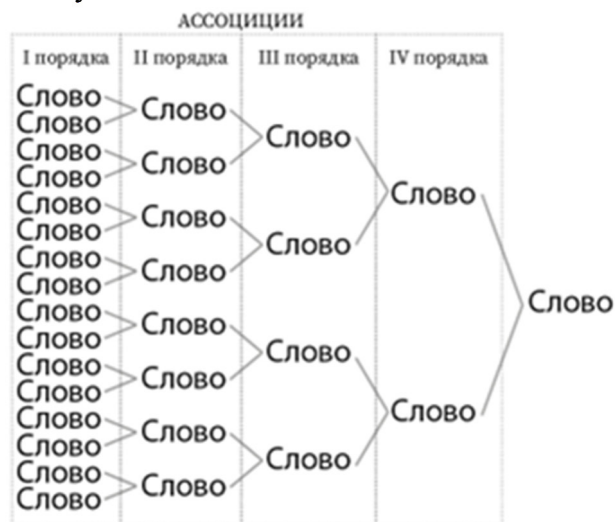


Рисунок 1. Схема выполнения методики «16 ассоциаций»

В качестве исходного слова для методики «16 ассоциаций» было выбрано слово «смерть», поскольку по результатам предварительного опроса испытуемых наиболее травмирующим событием в своей жизни они признают смерть близкого или значимого человека. Результаты данной методики оценивались по принципу сходства/различия со

словами, попадающими в типичное семантическое поле. В первом и втором порядке ассоциаций, полученных в обеих группах, встречаются лично обусловленные слова, которые выбиваются из типичного семантического поля для слова «смерть». Например, испытуемые второй группы продуцировали следующие слова: «дедушка», «крыша», «документы», «траты», «Настя». Однако испытуемые первой группы (нормы) также демонстрировали ассоциации, напрямую не связанные со смертью. Судя по полученным результатам, можно сделать вывод, что в целях первичной диагностики как самостоятельная методика данный тест малоэффективен, и на начальных этапах работы с психологически травмированным человеком, скорее всего, не сможет дать специалисту необходимую информацию для построения траектории терапии в дальнейшем.

Преимущество данной методики заключается в том, что, если специалист уже знаком с проблемой обследуемого и между ними уже установлены терапевтические отношения, полученную информацию можно использовать в качестве возможных направлений обсуждения некоторых неочевидных аспектов травмы, перехода с интеллектуального уровня на уровень чувственный, менее осознаваемый [4, с. 92–95].

Количество семантических полей в методике «60 слов» оценивалось в рамках смыслового содержания слов, входящих в них. Так, например, в следующем ряду мы выделяем несколько семантических полей, обозначив их цифрами: (1) «цветы», «магазин», «роза», «лилия»; (2) «берет», «красный», «пальто», «прогулка», «ветер»; (3) «простуда», «болезнь», «лекарства», «аспирин», «цитрамон», «парацетамол», «лимон», «мед»; (4) «глаза», «зрение», «очки». Особое внимание стоит обратить на характер деформации продуцируемых слов в данной методике. Полученные результаты демонстрируют, что у испытуемых с признаками симптомов ПТСР в 80 % случаев увеличивается количество семантических полей во второй серии, проведенной после методики «16 ассоциаций», а у испытуемых с симптомами ОСР – в 83 % случаев. При этом в обеих группах у испытуемых уменьшается количество слов, продуцируемых во второй серии, что говорит о снижении продуктивности ассоциативных процессов.

Во время индивидуального обсуждения с испытуемыми результатов исследования и общего впечатления от него многие сообщали, что им не хотелось думать о смерти в целом, о конкретных атрибутах травмы и вспоминать обстоятельства, сопутствующие ей. Четверо испытуемых второй группы признались, что во время выполнения «16 ассоциаций» они игнорировали возникающие мысли, которые субъективно признавали негативными, и намеренно не вписывали их в бланк методики. Еще трое испытуемых сообщили, что им было очень тяжело сконцентрироваться на предмете обсуждения: «мысли постоянно прыгали», «как только я начинала думать о том, что случилось, голова как будто становилась пустой», «я просто чувствовала напряжение и все те эмоции, но не могла выразить их в словах».

В данном случае мы можем наблюдать у испытуемых как прямые защиты, выражающиеся в нежелании говорить о предмете травмы, так и проявления вытеснения. Согласно концепции З. Фрейда, механизм вытеснения заключается в переносе неприятной или тревожащей информации с сознательного уровня на подсознательный [9, с. 39–123]. Это является всеобщим способом избавления от внутреннего конфликта путем исключения из сознания неприемлемого мотива или неприятной ситуации. Человек «забывает» или не замечает факты, которые вызывают тревогу и дискомфорт в окружающей его реальности. Вытеснение иногда описывается как «мотивированное забывание». Это явление, при котором из сознания исключается не сам неприятный эпизод, а мотив, который привел к этому поведению. Следовательно, происходит активное разрушение связей между самой травмой и источником, вызвавшим ее [8, с. 38].

Таким образом, общее снижение количества продуцируемых слов после попытки концентрации внимания на предмете травмы можно объяснить как действием защитного

механизма, так и нежеланием людей думать об этом вообще. За счет появления дополнительной задачи во время генерации слов – исключать из ряда ассоциаций слова, так или иначе связанные с травмой – снижается продуктивность испытуемых, поскольку возникновение нового условия также требует затраты психического ресурса. Уменьшение среднего объема семантического поля в данном случае выступает следствием этого факта.

Еще одно явление, которое удалось установить в ходе исследования – у испытуемых, демонстрирующих симптомы ОСР и ПТСР по методике ОТС, во второй серии количество семантических полей увеличивается значительно (на 29,2%), чем у не имеющих данные симптомы (на 18,6). К тому же их смысловое содержание чаще касается темы смерти, т. е. причинного фактора пережитого стресса. По сравнению с первой группой испытуемых, у людей, переживших травмирующий стресс, в ряду ассоциаций реже появляются универсальные слова, такие как «кошка», «солнце», «человек» и т. д., а также учащаются случаи повторения одних и тех же слов.

Стоит также отметить, что полученные во второй серии данные являются ценным диагностическим материалом, поскольку содержат в себе уникальную информацию о внутренних конфликтах испытуемых. Так, во время предварительной беседы одна из испытуемых второй группы сообщила, что пережила смерть близкого человека – суицид подруги, но отказалась обсуждать эту тему более подробно, мотивировав это тем, что ей эмоционально тяжело вспоминать подробности происшествия и, по ее словам, она уже не помнит многих деталей, даже самых существенных. Ее случай, на наш взгляд, является наиболее ярким примером успешного применения работы с вербальными ассоциациями в данном исследовании, поскольку во второй серии эксперимента ее ассоциативный ряд выглядит следующим образом: «смерть», «потеря», «стыд», «окончание», «общение», «конец», «страх», «школа», «Настя», «темнота», «ужас», «скорая», «крыша», «дом», «мама», «родители», «вина», «долго», «одна», «одиночество», «почему», «причина», «нехватка», «занавески», «туман», «улица», «голубой», «многоэтажка», «плитка», «кафель», «облицовка», «птицы», «конец», «обрыв», «край», «поездка», «кровь», «люди», «ходят», «смотрят», «крики», «вызов», «поступок», «возможность», «предотвращение», «вовремя», «время», «деньги», «отказ», «дверь», «ходить». В этом случае явно прослеживается предмет травмы испытуемой, ее обстоятельства и переживания во время происшествия события. Несмотря на отказ или неудачные попытки испытуемых актуализировать в памяти названные элементы сознательно, стимуляция ассоциаций на тему смерти с помощью методики «16 ассоциаций» в условиях дефицита времени ограничивает воздействие защитных механизмов психики, позволяя неосознаваемым содержаниям сознания вступить в сферу психических процессов, лежащих на поверхности и непосредственно принимающих участие в актуальной деятельности.

Таким образом, вербальные ассоциативные методики являются инструментом, который может быть использован как для диагностики, так и для терапии состояний эмоционального напряжения, стресса, аффекта и его последствий. Посредством ассоциаций возможно проникновение на глубинные уровни психики, которые могут быть заблокированы, и выведение аффективной ситуации на уровень сознания, что может быть полезно в ходе дальнейшей работы.

В потенциале интересными векторами исследования могут стать такие направления, как исследование индивидуальных различий в контексте реакции на стрессовые воздействия или разработка новых терапевтических подходов в работе с психологической травмой и острыми стрессовыми состояниями. Также, на наш взгляд, необходимым является изучение различий в эффективности применения данного подхода между работой с сознательным избеганием травмирующих стимулов и воздействием защитных механизмов психики. Однако стоит отметить, что использование подобных проективных

методик имеет свои ограничения. Результаты таких исследований могут быть подвержены субъективности и требуют дальнейшего исследования и проверки для обеспечения надежности и достоверности результатов.

Список литературы.

1. Васильев Л. М. Теория семантических полей // Вопросы языкознания. – 1971. – Т. 5. – С. 105-113.
2. Ждан А. Н. История психологии от античности до наших дней. – 2004.
3. Мещеряков З. Мещеряков БГ, Зинченко ВП Большой психологический словарь // М.: Прайм-Еврознак. – 2006.
4. Назаров А. И. Ассоциации без ассоцианизма // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека. – Дубна. – 2013. – С. 43-77.
5. Нуркова В. В., Березанская Н. Б. Общая психология: учебник для вузов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2023. 514 с.*
6. Патсис М. Теоретические основания интерпретации ассоциативного поля слова // Языковое бытие человека и этноса. – 2004. – №. 7. – С. 114-120.
7. Сахарный Л. В. Введение в психолингвистику. – 1989.
8. Соколова Е. Е. Тринадцать диалогов о психологии // М.: Смысл. – 2003. – С. 616-667.
9. Субботина Л. Ю., Юркова М. В. Психология защиты личности. – 2004.
10. Фрейд З., Ярошевский М. Г. Психология бессознательного: Сборник произведений. – Просвещение, 1989.
11. Черепанова Е. М. Психологический стресс. – 1996.

КАТЕГОРИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ БЫТОВОЙ И БОЕВОЙ ТРАВМЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

¹Горбунов А. М., ²Токарская Л. В.

¹аспирант

²кандидат психологических наук, доцент

Кафедра педагогики и психологии образования

¹²Уральский гуманитарный институт ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина»,
Россия, г. Екатеринбург

Аннотация. Цель исследования – изучить современное состояние проблемы переживания в контексте бытовой и боевой травмы опорно-двигательного аппарата и теоретически обосновать возможность и необходимость изучения данной психологической категории в указанном контексте, сформулировав критерии к системе психодиагностического инструментария, определив пределы исследования. Пределы и критерии исследования представлены через такие смежные категории как бытовая и военная травма, сложная жизненная ситуация, личность и ее особенности, посттравматический стресс и расстройства, психологическая травма, эмоционально-волевой и когнитивный уровни психики, смыслообразующая сфера личности, особенности биографии испытуемых и их влияние на переживание ситуации травматизации, обосновывается применение психобиографического метода.

Ключевые слова. Переживание травмы, боевая травма опорно-двигательного аппарата, личностные особенности, посттравматическое стрессовое расстройство.

CATEGORY OF EXPERIENCE IN THE CONTEXT OF EVERYDAY AND COMBAT TRAUMA OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

¹Gorbunov A.M., ²Tokarskaya L. V.

¹postgraduate student

²Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor

Department of Pedagogy and Psychology of Education

¹²Ural Humanitarian Institute of the Federal State Educational Institution of Higher Education "Ural Federal University named after the First President of Russia B. N. Yeltsin",
Russia, Yekaterinburg

Abstract. The purpose of the study is to study the current state of the problem of experiencing in the context of everyday and combat trauma of the musculoskeletal system and theoretically substantiate the possibility and necessity of studying this psychological category in this context by formulating criteria for a system of psychodiagnostic tools, defining the limits of the study. The limits and criteria of the study are presented through such related categories as domestic and military trauma, difficult life situation, personality and its features, post-traumatic stress and disorders, psychological trauma, emotional-volitional and cognitive levels of the psyche, the meaning-forming sphere of personality, the features of the biography of the subjects and their impact on the experience of the trauma situation, the application of the psychobiographic method is justified.

Keywords. Trauma experience, combat trauma of the musculoskeletal system, personality traits, post-traumatic stress disorder.

Введение. Цель исследования – изучить современное состояние проблемы переживания в контексте бытовой и боевой травмы опорно-двигательного аппарата и теоретически обосновать возможность и необходимость изучения данной психологической категории в указанном контексте, сформулировав критерии к системе психодиагностического инструментария, определив пределы исследования.

Актуальность изучения проблемы переживания, как психологического феномена в контексте боевой и бытовой травмы продиктована несколькими тенденциями в современном обществе. С одной стороны, в связи с происходящими глобальными процессами, в том числе антропогенного характера, в результате которых среди всех получаемых травм опорно-двигательного аппарата возрастает количество травм боевого генеза. С другой стороны, в связи с последующим включением участников боевых событий в жизнь общества. Очевидно, что они будут интегрированы в нее в разной степени. При этом ожидается возрастание количества получателей психологической помощи. Вместе с тем, как верно, на наш взгляд, отмечает Л. И. Анциферова, одним из существенных методологических недостатков некоторых исследований, посвященных личности, попавшей в трудные жизненные условия, является отсутствие лонгитюдного метода исследования [1, с. 4]. И действительно, к моменту исследования «срезовым» способом (фрагментарной диагностической интервенцией в контексте жизненного пути отдельно взятого индивида) испытуемые имеют свой специфичный жизненный путь, наполненный событиями, переживаниями и психологическими травмами, личностными особенностями, никак не связанными с полученной травмой и не преломленные ею. Это, на наш взгляд, необходимо учитывать при выборе методов и методик исследования переживания в контексте бытовой и боевой травмы опорно-двигательного аппарата, поскольку предстоит найти ответ на вопрос: каким образом «очистить» получаемые данные от «налета» предыдущей жизни испытуемого? Вместе с тем отсутствие достаточных данных в части лонгитюдных исследований повышает актуальность поиска способов диагностики категории переживания «краткосрочными» способами.

Объекты и методы исследования. В качестве испытуемых в исследовании будут выступать мужчины среднего возраста с приобретенной травмой опорно-двигательного аппарата в быту и при участии в боевых действиях. В исследовании могут быть использованы нижеуказанные методы и методики психодиагностики.

Русскоязычная версия «международного опросника травмы (ITQ)», LEC-5 (Life events checklist-5), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), анкета, которая будет специально разработана для исследования для отделения в получаемых данных «личной истории» испытуемых от актуальной ситуации травматизации.

Для диагностики переживаний и влияющих на них психических феноменов в обсуждаемом смысле представляется возможным использование личностных опросников (ММРІ, копинг-стратегий, шкалы оценки изменения поведения Университета Род-Айленд, методик оценки идеалов и ценностей, шкал CAPS и СКИД), а также методик диагностики эмоциональной и смысловой сферы.

Результаты. В результате анализа публикаций по теме удалось выявить, что первые упоминания переживаний встречаются еще в работах стоиков. В ранний период стоицизма (III–II в. до н.э.) размышления о переживаниях в том или ином смысле встречаются у Зенона, Клеанфа и их учеников; в средний период (II в. до н.э.–I в.н.э.) – у Панетия, Посидония; в поздний период (I–II в. н.э.) – у Сенеки, Эпиктета, Марка Аврелия.

Так, Посидоний, рассуждая о физиогномике, говорит об отражении душевных переживаний на лице [7, с. 281].

Сенека в дискуссии с Клеанфом о роли мудрости в жизни человека и признаках истинного Мудреца настаивает на ведущей роли переживания при контакте человека и

его личного божества (вопреки позиции Клеанфа о «растворенности в космосе своего общения с божеством») [7, с. 302].

Пожалуй, взгляды стоиков в античной философии богаче остальных направлений и периодов философской мысли пронизаны идеей, наиболее близкой в современном понимании к понятию сложных жизненных ситуаций, жизнестойкости, современному пониманию переживаний.

Начиная примерно с 1930-х годов переживание стало обретать статус научного понятия, что просматривается в работах зарубежных и отечественных исследователей: В. Дильтея, В. Вундта, С. Л. Рубинштейна, Л. С. Выготского, Л. И. Божович, А. О. Прохорова, В. П. Зинченко, А. В. Петровского, М. Ярошевского, Ф. Е. Василюк, Л. Р. Фархутдиновой, Н. Н. Вересова, Л. А. Пергаменщика и многих других [8, с. 2].

На современном этапе прослеживается несколько точек зрения, каждая из которых имеет весомые аргументы, чтобы считаться значимой в познании изучаемых явлений. При этом сами по себе точки зрения в чем-то противоречивы.

Так, развитие взглядов движется от сомнений в познаваемости переживания, высказанной А. Н. Леонтьевым [5, с. 124] к дискуссии различных авторов о его роли в иерархии психической жизни индивида.

Обобщая информацию из анализа литературных источников можно прийти к выводу, что понятие переживания рассматривается и изучается преимущественно во взаимосвязи со сложными жизненными ситуациями, в которых оказывается индивид на своем жизненном пути [1, с. 4; 11, с. 12; 10, с.170; 2, с. 7; 12, с. 215], в контексте деятельности [4, с. 49; 3, с. 111; 6, с. 33] и в части дискуссий о природе, характеристиках, структуре психических явлений индивида [12, с. 214-226; 9, с. 110-120]. В свою очередь, в пространстве научного поиска просматривается, на наш взгляд, идея о связующей роли категории переживания между психологической наукой и психиатрией, подобно тому, как клиническая психология связывает психологию и медицину. Аргументом в пользу такой позиции мы считаем связку «травма (бытовая и боевая) -> сложная жизненная ситуация -> стресс -> психологическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство со свойственными ему переживаниями и переживание ситуации травматизации». Поскольку данные явления переживаются личностью, то и личностные особенности с их ролью и влиянием на переживания также, по нашему мнению, должны быть учтены при изучении обсуждаемой проблемы.

Несмотря на многообразие взглядов на проблему переживания, в целом просматриваются основные направления рассуждений. Многие авторы рассматривают переживания в соотнесении с сознанием. При этом часть авторов склоняется к вторичности переживаний и даже считают их в какой-то степени тождественными такой категории, как эмоции [5, с. 119]. Другие же, напротив, настаивают на их приоритете в структуре сознания, а иногда и в мире психических явлений [9, с. 111].

С нашей точки зрения в целях реализации эмпирических исследований по теме переживания в контексте ситуаций травматизации опорно-двигательного аппарата наиболее целостно представленными являются идеи и работы Е. Н. Осина, Д. А. Леонтьева, К. Г. Клейна, В. Ю. Костенко, А. С. Шарова, Л. И. Анцыферовой, Ф. Е. Василюка, Н. Е. Харламенковой, Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна в части трудных жизненных ситуаций и переживания. В части же связи травм опорно-двигательного аппарата и посттравматического стресса представляется возможным опереться на точки зрения, высказанные в работах, М. Ш. Магомед-Эминова, И. А. Сеттарова и его коллег, а также других авторов.

Так, Л. Р. Фархутдинова, представляя новую концептуальную модель переживания и развивая идеи С. Л. Рубинштейна и Л. С. Выготского, говорит о природе пережи-

вания, его иерархически более высоком положении над личностным смыслом и включенности переживания в состав сознания. Автор в своей концептуальной модели дает определение понятию переживание, демонстрирует место категории переживания в среде психологических категорий с позиции субъектного и личностного подходов, описывает механизм переживания, его характеристики и структуру, указывает на роль эгозащитных механизмов. Вместе с тем, Л. Р. Фархутдинова указывает и на отличия во взглядах на некоторые аспекты категории переживания в сравнении с моделью А. Н. Леонтьева и В. П. Зинченко, в которой переживание, наоборот, является составной частью личностного смысла и потому не рассматривается как основной элемент в модели последних [9, с. 111].

В контексте изучаемой нами проблемы, помимо прочего, в работах Ф. Е. Василюка мы обнаруживаем два основных взгляда на переживание: переживание как представленность данности в сознании и как вид деятельности по преодолению сложных жизненных ситуаций [2, с. 7].

Е. Н. Осин и Д. А. Леонтьев в работе по валидации методики диагностики переживаний в профессиональной сфере, следуя комбинаторной модели оптимального переживания Д. А. Леонтьева, в некоторой степени пересекающейся с теорией аутоэголических переживаний М. Чиксентмихайи и Дж. Накамуры, указывают на три составляющие оптимального переживания: усилие, удовольствие и смысл.

По нашему мнению, такое разнообразие точек зрения и состояние проблемы на текущем этапе познания по заявленной теме позволяет нам сформулировать ряд выводов.

Заключение. Переживание как феномен и научная категория может быть изучен в контексте бытовой и боевой травмы. Исследование должно предусматривать (пределы исследования) возможность анализа таких смежных категорий, как бытовая и военная травма, сложная жизненная ситуация, личность и ее особенности, посттравматический стресс и расстройства, психологическая травма, эмоционально-волевой и когнитивный уровни психики, смыслообразующая сфера личности, особенности биографии испытуемых и их влияние на переживание ситуации травматизации.

Необходимость же такого рода исследования продиктована актуальными социальными процессами, возрастанием в результате таких событий количества лиц с боевыми травмами опорно-двигательного аппарата, нуждающихся в специализированной психологической помощи и психологической поддержке, и недостаточной изученностью проблемы, в том числе и лонгитюдным методом. Предпочтение следует отдавать методам и методикам, позволяющим наиболее комплексно и системно обнаруживать и фиксировать эти взаимосвязи.

Список литературы.

1. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – №. 1. – С. 3–18.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Издательство Московского университета, 1984. 200 с. *
3. Леонтьев Д. А., Клейн К. Г. Качество мотивации и качество переживаний как характеристики учебной деятельности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2018. – №. 4. – С. 106–119.
4. Клейн К. Г. и др. Переживания в разных видах деятельности: временная динамика и содержательная валидность // Психологическая наука и образование. – 2019. – Т. 24. – №. 5. – С. 47–57.

5. Леонтьев А. Н. Учение о среде в педологических работах ЛС Выготского // Психологическая наука и образование. – 1998. – Т. 1. – С. 5–21.
6. Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. Диагностика переживаний в профессиональной деятельности: валидизация методики // Организационная психология. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 30–51.
7. Столяров А. А. Стоя и стоицизм. М.: АО" Ками Групп". – 1995.
8. Тихомирова С. В. Индивидуальное переживание как психологический феномен: структура, типы, функции, методы исследования // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – Т. 8. – №. 6. – С. 83.
9. Фахрутдинова Л. Р. Структурно-динамическая организация переживания субъекта // Ученые записки Казанского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2011. – Т. 153. – №. 5. – С. 110–120.
10. Харламенкова Н. Е. Личность и преодоление трудных жизненных ситуаций // Прикладная юридическая психология. – 2014. – №. 3. – С. 10–18.
11. Харламенкова Н. Е. Переживание утраты в пожилом возрасте // Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы. – 2016. – С. 169.
12. Шаров А. С. Психология переживания: природа, механизмы, феномены // Мир психологии. – 2004. – №. 1. – С. 214–226.

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ЖЕНЩИН С СОЗАВИСИМЫМИ МОДЕЛЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

¹Капитанаки В.Е., ²Гринева А.С.

¹доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, кандидат психологических наук,

²студент IV курса специальность – 37.05.01 – «Клиническая психология»
Кафедра психофизиологии и клинической психологии

¹²ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский Государственный Университет Имени А. С. Пушкина»

Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности самоотношения женщин с созависимыми моделями поведения. Раскрыты особенности личностного адаптационного потенциала женщин с созависимыми моделями поведения. Представлены взаимосвязи между уровнем созависимости и особенностями самоотношения. Также определена важность самоотношения в контексте понятия созависимости.

Ключевые слова. созависимость, созависимые модели поведения, самоотношение, самообвинение, внутренняя конфликтность, самопривязанность, личностный адаптационный потенциал.

FEATURES OF THE SELF-ATTITUDE OF WOMEN WITH CODEPENDENT BEHAVIORS

¹Kapitanaki V.E., ²Grineva A.S.

¹Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Candidate of Psychological Sciences,

²Student of the IV course specialty – 05/37.01 – "Clinical psychology"
Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

¹²AOU VO LO "Leningrad State University named after A. S. Pushkin"
Russia, St. Petersburg

Abstract. This article discusses the features of the self-attitude of women with codependent behaviors. The features of the personal adaptive potential of women with codependent behaviors are revealed. The interrelationships between the level of codependency and the peculiarities of self-attitude are presented. The importance of self-relationship in the context of the concept of codependency is also determined.

Keywords. codependency, codependent behaviors, self-attitude, self-blame, internal conflict, self-attachment, personal adaptive potential.

Введение. Психологическая созависимость одна из самых распространённых проблем современного общества, которая продолжает быть актуальной, несмотря на долгий исторический путь исследования. Если первоначально термин «Созависимость» употреблялся в отношении химических зависимостей, то сейчас определение данного термина носит более обширный характер и значение [1, с. 299; 3, с. 25].

Методологической основой данного исследования является представление о созависимости как о психологическом расстройстве. Многие исследователи выделяют в качестве основной причины созависимости незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в детстве — стадии установления психологической автономии и сепар-

рации от матери, что, в свою очередь, опосредовано дисфункциональными родительскими программами и преморбидными особенностями личности [8, с. 224; 6, с. 24; 5, с. 99].

Не менее, а, возможно, и более актуальной проблемой является профилактика созависимого поведения, для чего представляется целесообразным изучение психологических особенностей лиц, склонных к формированию созависимых отношений. Их источник Берри и Джерей Уайнхолд видят в формировании созависимых моделей поведения. Под созависимыми моделями поведения авторы понимают устойчивые характеристики, которые присущи созависимым лицам. Та стадия в детстве, которая не была завершена вовремя, заставляет совершать человека одни и те же действия, в этом и заключается специфика созависимых моделей поведения [8, с. 224].

Поскольку самоотношение является одним из компонентов структуры личности, представляется целесообразным его изучение в контексте созависимой личности. В данном исследовании самоотношение рассматривается как устойчивое чувство в адрес собственного «Я», отличающееся специфичной эмоциональной тональностью и семантическим содержанием отношения к себе [7, с. 110].

Уничижительное отношение к себе можно рассматривать в качестве одного из предикторов формирования созависимых моделей поведения. Следовательно, изучение особенности самоотношения лиц с созависимыми моделями поведения актуально и необходимо для оптимизации психокоррекционных программ помощи созависимым лицам и профилактики формирования созависимости.

Объект и методы исследования. Исследование самоотношения женщин с созависимыми моделями поведения проводилось в период с 1.03.2023-28.05.2023.

В данном исследовании приняло участие 60 женщин в возрасте от 22 до 24 лет.

Для формирования основной и контрольной групп была использована методика «Шкала созависимости» (The Codependency Self-Inventory Scale), разработанная в 1989 г. психологами Берри и Джерей Уайнхолд (рис. 1).

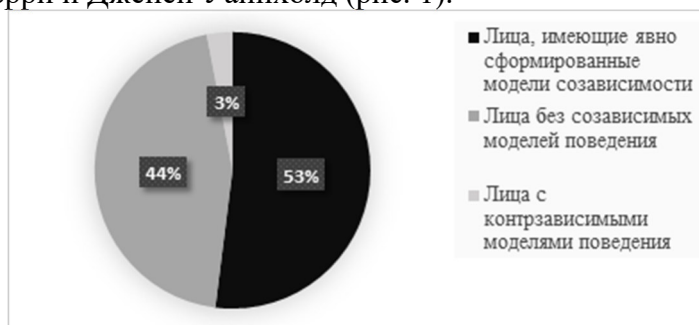


Рисунок 1. Процентное соотношение обследованных лиц имеющих и не имеющих созависимые модели поведения

Основную группу составили 32 женщины со сформированными созависимыми моделями поведения. В контрольную группу вошли 28 респондентов, не имеющих созависимых моделей поведения, в том числе 4 женщины с контрзависимыми моделями поведения.

В ходе исследования использовались методики: многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», разработанный А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным (1993); методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантिलеева. Также со всеми обследованными проводилась индивидуальная беседа.

Полученные в процессе исследования данные подвергались математико-статистической обработке с помощью стандартных и общепринятых в психологических исследованиях статистических процедур. Использовались специализированные пакеты

прикладных программ «SPSS 19.0 for Windows» (статистический пакет для социальных наук, девятнадцатая версия).

Сравнительный анализ частотных данных с проверкой статистических гипотез осуществлялся посредством Т-критерия Стьюдента. Также осуществлялся многомерный корреляционный анализ, в ходе которого было выполнено построение достоверных связей между анализируемыми параметрами, а также был произведен расчет корреляционных матриц на основе линейной корреляции. Для оценки достоверности полученных показателей использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам обследования посредством методики «Шкала созависимости», женщины, склонные к созависимым моделям поведения выстраивают взаимоотношения, характеризующиеся выраженной эмоциональной, социальной, а, порой, и физической зависимостью от другого человека. Они, с одной стороны, готовы полностью «раствориться» в другом человеке, служить ему (не заботясь о собственных нуждах), с другой стороны, они стремятся к опеке и управлению поведением этого человека. В ходе индивидуальных бесед 28 респондентов подтвердили наличие в их жизни именно таких взаимоотношений с представителями противоположного пола, которые закончились разрывом. 25 респондентов отметили, что отдают предпочтение молодым людям, которым, по их мнению, требуется помощь и поддержка.

В то же время респонденты контрольной группы нацелены на формирование более гармоничных взаимоотношений.

Достоверные различия стремления к созависимости, в двух выборках подтверждают обоснованность формирования основной и контрольной групп (таблица 1).

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа склонности к созависимым моделям поведения (M + m)

	Основная группа (n=32)	Контрольная группа (n=28)	Достоверность различий (p)
Склонность к созависимым моделям поведения	48,375±1,5	34,643±0,7	p≤0,01

Настораживает тот факт, что сформированные модели созависимого поведения имеет половина обследованных молодых женщин, что указывает на масштабность проблемы созависимого поведения в современной популяции (возраста ранней взрослости).

Для характеристики специфики самоотношения лиц с созависимыми моделями поведения, были рассчитаны средние значения по шкалам методики С.Р.Пантилеева (МИС). На рисунке 2 представлены результаты средних показателей основной и контрольной групп.

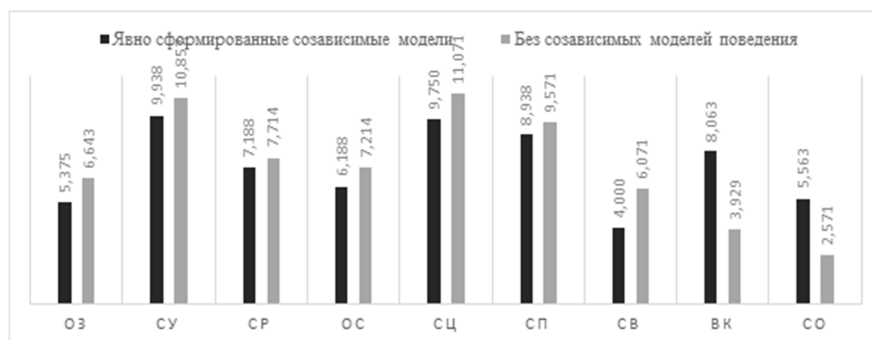


Рисунок 2. Особенности самоотношения женщин с разными моделями поведения

Анализ полученных результатов показал, что у лиц с явно сформированными созависимыми моделями поведения получены средние значения по всем шкалам, что свидетельствует об избирательном отношении к себе, при неожиданном появлении трудностей уверенность в себе снижается, нарастают тревога, беспокойство. Обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих. Кроме того, лица с созависимыми моделями поведения склонны принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки. Помимо этого, они находятся в состоянии постоянного контроля над своим «Я», стремятся к глубокой оценке всего, что происходит в их внутреннем мире.

Контрольная же группа также имеет средние значения практически по всем шкалам, за исключением самооценности (шкала СЦ) - высокие показатели, а низкие показатели были получены по внутренней конфликтности (шкала ВК) и самообвинения (шкала СО). Лица без созависимых моделей поведения имеют положительный фон отношения к себе, признают свои достоинства и высоко оценивают свои достижения, ощущают баланс между собственными возможностями и требованиями окружающей реальности, между притязаниями и достижениями.

В ходе сравнительного анализа выявлен ряд достоверных различий (Таблица 2).

Таблица 2.

Достоверные различия компонентов самоотношения у женщин с разными моделями поведения (M + m)

Самоотношение	Основная группа (n=32)	Контрольная группа (n=28)	Достоверность различий (p)
ОЗ	5,37±0,44	6,62±0,31	p ≤ 0,05
ОС	6,19±0,37	7,21±0,25	p ≤ 0,01
СЦ	9,75±0,54	11,1±0,28	p ≤ 0,01
СВ	4±0,45	6,14±0,32	p ≤ 0,001
ВК	8,06±0,77	3,9±0,46	p ≤ 0,001
СО	5,56±0,5	2,52±0,15	p ≤ 0,001

При средних показателях закрытости (шкала ОЗ) в основной и контрольной группах, женщины без созависимых моделей поведения достоверно (при p ≤ 0,05) более склонны к дозированию общения и не стремятся к самораскрытию. Респонденты основной группы достоверно (при p ≤ 0,01) менее способны вызывать у окружающих уважение и интерес, и считать себя привлекательными для общения (шкала ОС). При достаточно объективном отношении к себе, с принятием своих слабых и сильных сторон, женщины с созависимым поведением достоверно (при p ≤ 0,01) более склонны к игнорированию своих недостатков и восприятию их в качестве достоинств (шкала СЦ). Вероятно, это является основанием для игнорирования собственной склонности к созависимости и жертвенности поведения. Показатели внутренней конфликтности (шкала ВК) и самообвинения (шкала СО) достоверно выше (при p ≤ 0,001) у респондентов основной группы, что характеризует большую выраженность отрицательных эмоций в адрес своего «Я», внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой.

Значения самопривязанности (шкала СВ), наоборот, в группе лиц с созависимыми моделями поведения достоверно ниже (при p ≤ 0,001). Следовательно, респонденты основной группы менее удовлетворены собой, ярко выражено желание развивать и совершенствовать собственное «Я».

Личностный адаптационный потенциал (ЛАП), являясь интегративным показателем личностной регуляции, оказывает определенное влияние на отражение собственного «Я». Однако это влияние, в научной литературе, скорее констатируется, чем описывается и объясняется [1, с. 299; 2, с. 16; 4, с. 362]. Поэтому представляется целесообразным более детальное изучение ЛАП в контексте самоотношения личности.

В группе женщин с созависимыми моделями поведения, половина респондентов (50,1%) имеют низкие показатели личностного адаптационного потенциала (шкала ЛАП), что соответствует нервно-психической неустойчивости (см. рисунок 3).

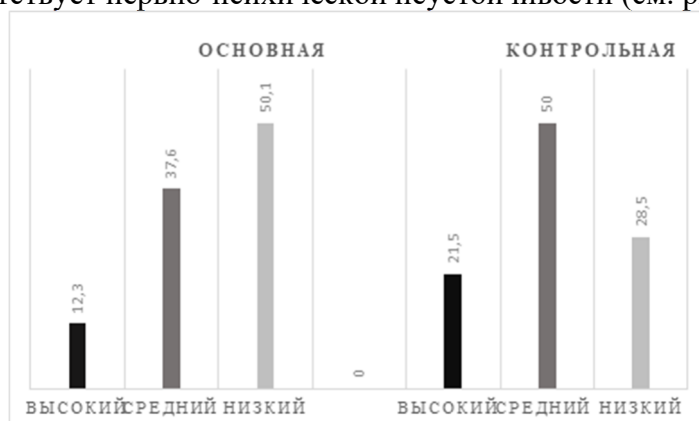


Рисунок 3 – Результаты частотного анализа основной и контрольной групп шкалы ЛАП по опроснику МЛЮ «Адаптивность» А. Г. Маклакова и С.В. Чермянина.

В отличие от основной группы, половина женщин контрольной группы имеют удовлетворительные адаптивные возможности, и только 28,5% манифестируют нервно-психическую неустойчивость (рисунок 3).

Средние значения коммуникативного потенциала (шкала КП) у респондентов основной группы свидетельствуют о достаточно развитых коммуникативных способностях, показатели моральной нормативности (шкала МН), также, соответствуют средним значениям и характеризуют женщин основной группы, как способных адекватно воспринимать собственные социальные роли и следовать морально-нравственным нормам. В то же время низкие значения по шкале ПР (поведенческая регуляция) свидетельствуют о неспособности регулировать свое взаимодействие со средой деятельности, склонности к нервно-психическим срывам и неадекватность самооценки, конфликтности. В контрольной группе все показатели ЛАП соответствовали средним значениям.

В ходе сравнительного анализа установлены достоверные различия поведенческой регуляции у женщин с разными моделями поведения (таблица 3).

Таблица 3.

Различия компонентов личностного адаптационного потенциала у женщин с разными моделями поведения (M + m)

	Основная группа (n=32)	Контрольная группа (n=28)	Достоверность различий (p)
Поведенческая регуляция (ПР)	2,31±0,16	3,21±0,12	p ≤ 0,01
Коммуникативный потенциал (КП)	18,31±0,81	17,58±0,71	
Моральная нормативность (МН)	15,44±0,63	16,69±0,43	

Женщины основной группы достоверно (при $p \leq 0,01$) менее способны к поведенческой регуляции и адекватной самооценке, также они более предрасположены к нервно-психическим срывам, чем женщины контрольной группы.

В результате корреляционного анализа был выявлен ряд значимых взаимосвязей изучаемых характеристик. (Рисунок 4).

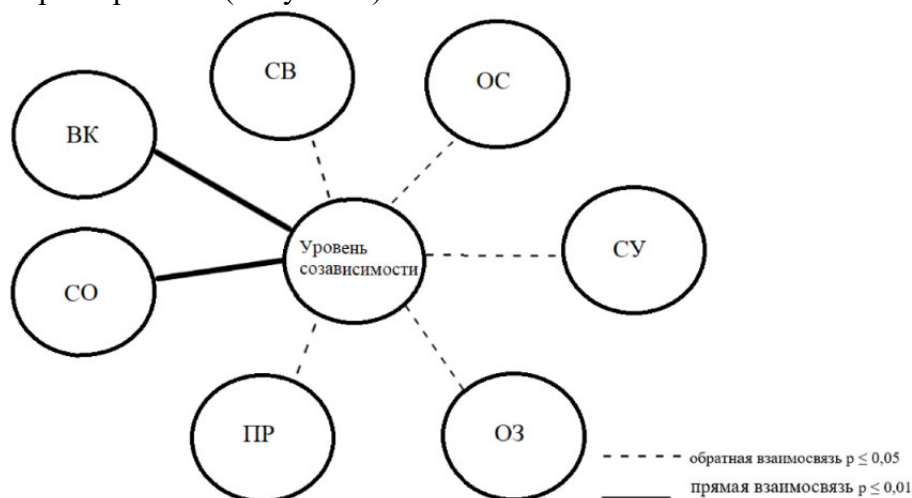


Рисунок 4. Корреляционный анализ по выборке при $p < 0,01$ и $p < 0,05$

Примечание: СО – самообвинение; ВК – внутренняя конфликтность; СВ – самопривязанность; ОС – отраженное самоотношение; СУ – самоуверенность; ОЗ – закрытость; ПР – поведенческая регуляция

Наличие положительных корреляционных связей между уровнем созависимости (Шкала созависимости Уайнхолд) и самообвинением, внутренней конфликтности (Методика исследования самоотношения С.Р.Пантилеева (МИС) указывает на то, что существует устойчивая прямая взаимосвязь (при $p \leq 0,01$). То есть, чем выше степень созависимых моделей, тем выше обвинение собственного «Я», тем больше недостатков человек ищет в себе, а также больше предъявляет требований к себе и склонен обвинять себя во всех неудачах.

Кроме того, существует обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем созависимости (Шкала созависимости Уайнхолд) и самопривязанностью, отраженным самоотношением, самоуверенностью, закрытостью (Методика исследования самоотношения С.Р.Пантилеева(МИС) (при $p \leq 0,05$). Это означает, например, что чем выше степень созависимых моделей, тем меньше человек удовлетворен собой, тем меньше он чувствует уважение со стороны других людей, а также меньше уверен в себе и своих возможностях, критичен по отношению к самому себе.

Также, существует обратная корреляционная взаимосвязь между степенью созависимости (Шкала созависимости Уайнхолд) и поведенческой регуляцией (Опросник МЛО «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина) (при $p \leq 0,05$). Это свидетельствует о том, что, например, чем выше степень созависимых моделей, тем ниже уровень поведенческой регуляции: появляется определённая склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и адекватного восприятия действительности.

Заключение. Большинство женщин со сформированными созависимыми моделями поведения манифестируют признаки нервно-психической неустойчивости и недостаточность адаптационных возможностей, что, в первую очередь, связано с малой способностью к поведенческой регуляции.

Самоотношение женщин со сформированными созависимыми моделями поведения характеризуется рядом противоречий: они более критичны к себе, склонны к самокопанию и самообвинению, не рассчитывают на принятие и положительное отношение со стороны окружающих. В то же время, они игнорируют свои «слабые стороны» и готовы свои недостатки воспринимать как достоинство (что может представлять определенные трудности в ходе психологической интервенции). Подобное противоречие дает основание предполагать нестабильность и неадекватность самооценки, что будет предметом дальнейшего исследования.

Обнаруженные в ходе исследования корреляционные взаимосвязи свидетельствуют о возможности влияния самооценки на формирование созависимых моделей поведения.

Список литературы.

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991. -299 с.;
2. Васильева С. В. Структурные и динамические особенности студенческого адаптационного синдрома. – 2000.
3. Громова И. А. Социально-психологические предикторы зависимых и созависимых отношений. – 2015.
4. Панферов В. Н. Классификация функций человека как субъекта общения //Психологический журнал. – 1987. – Т. 8. – №. 4. – С. 51-60.
5. Курицын А. В. Формирование самоотношения подростков, родители которых страдают алкогольной зависимостью //Педагогика и психология образования. – 2012. – №. 3. – С. 98-106.
6. Осинская С. А. и др. Структурно-содержательные особенности образа отца у созависимой личности. – 2015.;
7. Пантелеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система (спецкурс). Москва. – 1991.
8. Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости/Уайнхолд Д., Уайнхолд Дж.; пер. с англ. АГ Чеславской //М.: Независимая фирма «Класс. – 2003.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

¹Дорофеева Л. О., ²Шевырева Е. Г.

¹Магистрант кафедры «Психофизиология и клиническая психология» ФГБОУ
ВО «Донской государственный технический университет»

²Доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, кандидат психологических наук

¹²ФГБОУ ВО «Донской государственный технический университет»
Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий. Делается вывод о необходимости проявления определённых личностных качеств (эмпатия, альтруизм, гуманность, добросовестность) как обязательной составляющей успешной профессиональной деятельности. Делается вывод о том, что данные характеристики выступают необходимым фактором нравственного развития личности и способствуют развитию гуманных отношений, альтруистического стиля поведения.

Ключевые слова. Помогательное поведение, гуманистическая психология, психологическая помощь, профессиональная деятельность, специалист, просоциальная активность личности.

FEATURES OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF SPECIALISTS OF HELPING PROFESSIONS

¹ Dorofeeva L. O., ² Shevyreva E. G.

¹ Graduate Student of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology
of the Don State Technical University

² Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology,
Candidate of Psychological Sciences

¹² FGBOU VO "Don State Technical University"
Russia, Rostov-on-Don

Abstract. This article discusses the features of the professional activities of specialists in helping professions. The conclusion is made about the need for the manifestation of certain personal qualities (empathy, altruism, humanity, conscientiousness) as an obligatory component of successful professional activity. It is concluded that these characteristics are a necessary factor in the moral development of the individual and contribute to the development of humane relationships, altruistic style of behavior.

Keywords. helping behavior, humanistic psychology, psychological assistance, professional activity, specialist, prosocial activity of the individual.

Философы XVII–XVIII вв. Р. Декарт, Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц выдвинули основные идеи рационализма и Просвещения. Мыслители этих эпох заложили основу понятия «гуманизм», где на первом месте идёт благополучие отдельно взятого человека, где каждый индивидуум наделён сознанием. В поисках ответа на вопросы морали стало очевидным наличие дара сопереживания различной степени в каждом человеке. Стивен Пинкер отмечает, что мыслители эпохи Просвещения обладали «гуманистическим складом ума», который привёл их к пониманию всей глубины и трагедии религиозного наси-

лия, осуждению рабовладения, насилия, жестокости, смертной казни за небольшие правонарушения [7]. Человечество стало на порог прогресса разума и нравственности – первой ступени гуманизма.

Далее можно проследить развитие гуманизма как типа мировоззрения уже в конце XX столетия. Появляется понятие «помогающая деятельность», ранее использовалось слово «попечение» («попечительство»), которое определяло различную гуманистическую помощь нуждающимся: инвалидам, больным, неимущим, бездомным. Попечение таких групп населения было основной целью благотворительности как выражение христианской любви к ближнему. Под основной помогающей деятельности выступают идеи (теории) гуманистической психологии К. Роджерса, Д. Бьюдженталя, А. Маслоу, В. Франкла, Г. Олпорта и других.

К. Роджерс включил в модель оказания помощи со стороны помогающего человека такие свойства как активное личное участие, принятие-демократичность, понимание со стороны терапевта. Автор считает, что деформация помогающих отношений, отсутствие таких отношений или терапия, которая основанная на других принципах, не только не помогает, но нередко причиняет очевидный вред [5]. Тем самым К. Роджерс подчёркивает возможное наличие противоречий между ценностями представителя помогающей деятельности и, собственно, самого нуждающегося в помощи.

Гуманистическая психология признаёт личность человека как наивысшую ценность с правом свободной воли и самостоятельным определением собственной судьбы на основе философской базы опираясь на экзистенциализм. Организация и реализация гуманистической помощи и является главной целью деятельности помогающих (социально-экономических) профессий на сегодняшний день.

К представителям помогающих профессий относятся: социальные работники, психологи, консультанты телефонной службы доверия, педагоги, воспитатели, медицинские работники, спасатели, юристы, священнослужители, а также представители социальных служб работы с населением.

После политических событий 1991 года, когда прекратила своё существование РСФСР, изменился социальный и экономический строй в уже России. И поступательно, постепенно начали меняться отношения между людьми. На смену коллективизму, взаимопомощи, советским персонифицированным идеалам приходят индивидуализм, конкуренция и потребительская культура как проявление нигилизма. В результате таких изменений альтруизм, помощь, бескорыстие уже переставало расцениваться как достоинство, ценностное качество и скорее стало определяться как проявление слабости, глупости, непрактичности. В связи с этим становится вопрос соотношения в человеке и обществе в целом эгоизма и альтруизма, благотворительности и наживы.

В отечественной психологии только лишь в 2001 году можно отметить некоторое раскрытие социально-психологических и личностных принципов помогающего поведения А.Ф. Бондаренко в работе «Психологическая помощь: теория и практика» демонстрирует особенности психологической помощи на территории бывшего РСФСР, подчёркивая совершенную незрелость как социальной институционализации в общем так и научного и прикладного вектора социальной практики в частности [1]. Таким образом, в ходе становления помогающей деятельности в самостоятельную область социальной практики и далее в отдельную профессию, производились лишь первые шаги.

Рассматривая особенности профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий Е. П. Ильин выделяет два подхода к оказанию помощи: «...помогающий может либо снабжать нуждающегося человека какими-либо ресурсами, выполняя вместо него некоторую работу, либо облегчать его положение, вдохновляя его опираться на собственные ресурсы.» [4, с.7]. Автор считает, что первый подход применим в случае

непосильности в самостоятельном решении проблем, а второй подход нацелен на долгосрочную помощь в виде помощи по возобновлению внутренних ресурсов того, кому она оказывается, чтобы сам нуждающийся преодолел все трудности и проблемы. Так как необоснованно длительная поддержка станет почвой для возникновения демотивирующей зависимости и пассивности нуждающегося.

Особенностями помогающих профессий является отсутствие чётких требований к продукту (результату) труда, как и к самому процессу в целом. В то же время можно наблюдать повышенные требования к личности специалиста, так как объектом профессиональной деятельности выступают другие люди и недостаточно быть только хорошо «подкованным» в теоретических знаниях. [8] В связи с этим Е. П. Ермолаева считает, что в профессиях социального назначения, центральное место занимают этико-деонтологические требования к специалисту и отмечает важность неформальных, не гласных, не нашедших своего отражения в нормативных документах норм, предъявляемых профессионалу обществом, его окружением [3].

В. В. Милакова добавляет и раскрывает специфику помогающих профессий тем, что определяет просоциальную активность личности, преобразовавшуюся в профессиональную деятельность – базовой характеристикой, берущую начало из повседневной жизни и нацеленной на достижение гуманистических ценностей: благополучия, свободной воли, здоровья, высокого качества жизни [6].

Следует отметить необходимость высокого уровня эмпатии у специалистов помогающих профессий, как основы корпоративной культуры в целом и в частности, как основы успешной профессиональной деятельности. Ричард Бояцис отмечает, что «чтобы распространить эмпатию на весь коллектив, необходимо прежде всего добиться того, чтобы она воспринималась как социальная норма. Когда лидер постоянно подчёркивает значение эмпатии для успешного корпоративного развития и подаёт пример чуткого поведения, уже одно это запускает в действие механизм «эмоционального заражения» и приводит к проникновению этих принципов в самую ткань организации» [2, с.200]. В этом случае становится очевидным то, что звенья помогающей деятельности могут быть различными частями в цепочке социальных ситуаций, в данном случае, когда «лидер» (руководитель организации) проявляет чуткость по отношению к своим подчинённым.

Таким образом, помимо профессионально значимых качеств, к особенностям профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий можно выделить предъявление к такому специалисту различных психологических и личностных качеств: гуманность, эмпатийность, скромность, великодушие, безоценочность, добросовестность, эмоциональная уравновешенность, доброжелательность, гибкость мышления, обязательность, а также необходимость иметь объективное мировоззрение. Можно добавить и то, что сама форма «помогающей деятельности» становится ориентиром и основной составляющей профессиональной деятельности. Помогающая деятельность перерастает в помогающую профессию высокого уровня эффективности лишь в том случае, когда специалист осознанно и целенаправленно применяет профессиональные знания и умения наряду с проявлениями своих личностных качеств.

Список литературы.

1. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика.–Изд. 3-е испр. и доп.– М.: Независимая фирма «Класс», 2001.– 336 с.
2. Бояцис Р., Макки Э. Резонансное лидерство: самосовершенствование и построение плодотворных отношений с людьми на основе активного сознания, оптимизма и эмпатии //М.: Альпина Бизнес Букс. – 2007.

3. Ермолаева Е. П. Профессиональная идентичность и маргинализм: концепция и реальность // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – №. 4. – С. 51-59.
4. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. – Издательский дом "Питер", 2013.
5. Роджерс К. Гуманистическая психология: теория и практика. – 2013.
6. Милакова В. В. Психологические особенности профессионального самоопределения будущих специалистов помогающих профессий социономического типа: дис. – Астраханский государственный университет, 2007.
7. Пинкер С. Просвещение продолжается: В защиту разума, науки, гуманизма и прогресса. – Альпина Паблишер, 2021.
8. Шевырева Е. Г. и др. Уровень эмпатии у специалистов помогающих профессий, с разной направленностью в профессиональном общении. – 2020.

ВТОРИЧНЫЕ ВЫГОДЫ ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Дреманова А. В.¹, Скиртач И.А.²

¹Магистрант кафедры психофизиологии и клинической психологии

²к.псих.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии

*^{1,2}Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. Статья посвящена вопросам наличия и специфики вторичных выгод от болезни у больных с расстройствами невротического спектра. Представлены результаты эмпирического исследования вторичных выгод от болезни и психологических (личностных, когнитивных и эмоционально-волевых) особенностей респондентов, являющихся пациентами отделения невротических расстройств специализированной психиатрической больницы.

Ключевые слова: вторичные выгоды от болезни, расстройства невротического спектра, психологические особенности пациентов с расстройствами невротического спектра.

SECONDARY BENEFITS FROM THE DISEASE IN PATIENTS WITH NEUROTIC SPECTRUM DISORDERS

¹Dremanova A.V., ²Skirtach I. A.

¹Master's student of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology,

²Phd, associate professor of department of psychophysiology and clinical psychology

^{1,2}Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The article is devoted to the issues of the presence and specificity of secondary benefits from the disease in patients with neurotic spectrum disorders. The results of an empirical study of secondary benefits from the disease and psychological (personal, cognitive and emotional-volitional) characteristics of respondents who are patients in the department of neurotic disorders of a specialized psychiatric hospital are presented.

Keywords: secondary benefits from the disease, neurotic spectrum disorders, psychological characteristics of patients with neurotic spectrum disorders.

Введение. Актуальность исследования особенностей вторичных выгод от болезни и индивидуально-психологических характеристик пациентов с расстройствами невротического спектра связана, в первую очередь, с необходимостью выявления и учёта в организации психотерапевтического сопровождения таких пациентов их неконструктивных стратегий, которые, с одной стороны, способствуют получению субъективно значимых «бонусов», а с другой стороны - сохранению невротической симптоматики. Кроме того, анализ специализированной научной литературы позволяет говорить о недостаточной разработанности указанной проблематики, о чём свидетельствует дефицит исследований в изучаемой нами области, в целом, и в частности, практически полное отсутствие исследований, описанных в литературе, посвящённых интересующей нас теме, с конца 1990-х годов XX века до середины 2000-х годов XXI века.

Анализ специализированной научной литературы позволил нам сделать вывод о наличии достаточно большого количества работ отечественных и зарубежных авторов, содержащих описание имеющихся подходов к изучению невротических расстройств

[1;8;10;13], посвящённых изучению индивидуально-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами [7;14], изучению феномена вторичной выгоды от болезни и различных его аспектов [5;11;15;16].

В рамках данного исследования мы рассматриваем феномен вторичной выгоды от болезни согласно представлениям Friedman W.J., как «вторичную потерю», когда человеком утрачивается возможность иметь некие «преимущества», стоит ему только выздороветь. Сам факт принятия на себя ответственности за состояние своего здоровья, признания своих сил и достоинств и отказа от деструктивных копинг-стратегий, как будто бы, лишает его ранее имевшихся у него привилегий [16].

При том, что на основании практических наблюдений, мы можем с большой долей вероятности предполагать, что психологические особенности пациентов, страдающих расстройствами невротического спектра, различающихся преобладающим у них типом вторичных выгод от болезни, имеют свою специфику, исследований, посвящённых выявлению специфики их психологических особенностей, крайне мало, если не сказать, что они, практически, отсутствуют.

Исходя из вышесказанного, были определены цель, предмет и объект нашего исследования, выдвинуты гипотезы и поставлены задачи, которые необходимо решить для достижения цели и проверки гипотез.

Целью нашего исследования стало изучение различий в индивидуально-психологических особенностях пациентов, страдающих расстройствами невротического спектра, с разной степенью выраженности типов вторичных выгод от болезни. В соответствии с поставленной целью, нами было проведено пилотажное исследование, гипотезой которого стало предположение о том, что пациенты, страдающие невротическими расстройствами, с разной степенью выраженности типов вторичных выгод от болезни, имеют различия в индивидуально-психологических характеристиках.

Объект и методы исследования. Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы нами были обследованы пациенты, страдающие различными формами невротического расстройства, находившиеся на стационарном лечении в специализированной психиатрической больнице, в отделении невротозов, в количестве 30 человек. Пациенты, включённые в экспериментальную выборку, были отобраны в соответствии с целями нашего исследования на основании беседы с лечащим врачом–психиатром, анализа медицинских карт пациентов, анкетирования, тестирования. Все респонденты относятся к возрастной категории, определяемой в классификации ВОЗ как «средний возраст», а именно возраст от 45 до 60 лет. Согласно нашим наблюдениям, именно за этой категорией больных, по крайней мере на протяжении последних трёх лет замечена тенденция к достаточно регулярной регоспитализации, более частой, по сравнению с подобными проявлениями у пациентов, относящихся к другим возрастным категориям. Отмеченная тенденция может являться свидетельством характерного для респондентов этой возрастной группы рецидива невротической симптоматики,

Для выявления специфики невротических расстройств респондентов нами был применён «Опросник невротических расстройств – симптоматический (ОНР-Си)» Е. Александровича [9]. Психологические особенности респондентов были диагностированы с применением таких методик, как «Сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ)» Дж. Кинканнона в адаптации В. П. Зайцева (1981) [2;6] и «Опросник когнитивных ошибок (Cognitive Mistakes Questionnaire, CMQ)» А. Фримана, Р. Девулфа в адаптации А.Е. Боброва и Е.В. Файзрахмановой [3]. Для выявления наличия и специфики вторичных выгод от болезни применялся опросник «Вторичная выгода от болезни» W. Friedman в адаптации И.В. Вець [4]. Статистическая достовер-

ность выявленной специфики психологических особенностей респондентов, в соответствии с их вторичными выгодами от болезни определялась с применением непараметрического критерия *H*-Краскала-Уоллеса для более, чем двух, независимых выборок. Решение о применении методов непараметрической статистики было принято на основании того факта, что примененный для определения нормальности распределения данных в выборке одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова позволил сделать вывод о том, что величина вероятности принадлежности выборки к генеральной совокупности с нормальным распределением ничтожно мала. Об этом свидетельствует статистическая достоверность различий, полученная на высоком ($p \leq 0,01$) и среднем ($p \leq 0,05$) уровнях статистической достоверности по 28 из 44 шкал проведенных тестов [12].

Результаты и их обсуждение. Выборка пилотажного исследования, была последовательно проранжирована по выраженности у респондентов склонности к получению типичных вторичных выгод от болезни. Такое разделение выборки стало возможным вследствие применения методики «Вторичная выгода от болезни» W. Friedman в адаптации И.В. Вець, ранжирование показателей по шкалам которой, таким, как «регрессия», «триггеры соматизации», «конформизм» и «симуляция», позволило выявить статистически достоверные различия между категориями респондентов, в разной степени склонных получать указанные виды вторичных выгод от своей болезни.

В выборке пилотажного исследования склонность к такому виду вторичной выгоды от болезни, как «регрессия», представляющему собой откат к детскому (незрелому) реагированию в стрессогенных ситуациях и при столкновении с трудностями, на низком уровне выражена у 9, на среднем уровне у 11 и на высоком уровне у 10 респондентов.

Таблица 1.

Различия респондентов с разным уровнем выраженности «регрессии» как вида вторичной выгоды от болезни (критерий *H*-Краскала-Уоллеса)

Шкалы методик	Ур-нь ВВБ	Ср.	<i>H</i>	<i>p</i>
Катастрофизация (т. «СМQ»)	низкий	1,42	6,930	0,031*
	средний	2,40		
	высокий	2,06		
Выученная беспомощность (т. «СМQ»)	низкий	1,22	8,269	0,016*
	средний	1,88		
	высокий	1,51		
Депрессивные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	20,56	6,625	0,036*
	средний	39,45		
	высокий	50,50		
Нарушение сна (т. «ОНР-си»)	низкий	31,67	11,952	0,003**
	средний	68,27		
	высокий	43,10		
Неврастенические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	25,00	8,653	0,013*
	средний	58,00		
	высокий	59,90		
Сексуальные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	0,00	17,614	0,000**
	средний	27,91		
	высокий	27,60		
Навязчивости (т. «ОНР-си»)	низкий	16,67	6,618	0,037*
	средний	31,73		

	высокий	19,80		
Ипохондрические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	11,67	8,885	0,012*
	средний	37,27		
	высокий	34,70		
Шкала 2 (D) – Депрессия (т. «СМОЛ»)	низкий	43,78	8,515	0,014*
	средний	58,55		
	высокий	49,20		
Шкала 6 (Pa) – Паранойяльность (т. «СМОЛ»)	низкий	43,22	11,259	0,004**
	средний	57,18		
	высокий	46,60		
Шкала 8 (Sc) – Шизоидность (т. «СМОЛ»)	низкий	43,44	5,993	0,050*
	средний	56,45		
	высокий	53,90		

** - различия значимы на уровне 0,01;

* - различия значимы на уровне 0,05

Данные, представленные в Таблице 1, позволяют проследить тенденции в проявлении невротических расстройств у пациентов с разной степенью склонности к регрессии, а также выявить значимые различия в их психологических особенностях. Интересно, что почти по всем шкалам проведенных методик, в отношении которых у групп респондентов с разной выраженностью склонности к регрессии отмечаются статистически достоверные различия, наиболее высокие показатели выявлены для группы со средним уровнем склонности к регрессии. Так, респонденты, у которых в средней степени проявлена склонность к регрессии, более остальных склонны к катастрофизации действительности и демонстрации выученной беспомощности, у них чаще, чем у остальных респондентов, встречаются нарушения сна и навязчивости, сексуальные и ипохондрические расстройства, они более остальных склонны к депрессии, настороженны и отстранены в социальных контактах. При этом все вышеперечисленные особенности у респондентов с высокой степенью склонности к регрессии выражены сильнее, чем у респондентов с низкой склонностью к регрессии. Также отмечено, что, чем выше уровень склонности к регрессии, тем чаще респонденты страдают депрессивными и неврастеническими расстройствами.

Склонность к такому виду вторичной выгоды от болезни как «триггеры соматизации», отражающему степень влияния эмоционального состояния респондентов на состояние их соматического здоровья, на низком уровне выражена у 12, на среднем уровне у 8 и на высоком уровне у 10 респондентов.

Таблица 2.

Различия респондентов с разным уровнем выраженности «триггеров соматизации» как вида вторичной выгоды от болезни (критерий *H*-Краскала-Уоллеса)

Шкалы методик	Ур-нь ВВБ	Ср.	<i>H</i>	<i>p</i>
Страх, фобии (т. «ОНР-си»)	низкий	27,92	9,381	0,009**
	средний	27,88		
	высокий	50,20		
Депрессивные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	24,50	9,032	0,011*
	средний	34,38		
	высокий	55,50		
Неврастенические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	31,67	7,550	0,023*
	средний	51,63		

	высокий	66,90		
Сексуальные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	4,33	14,518	0,001**
	средний	22,63		
	высокий	35,00		
Ипохондрические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	15,17	11,184	0,004**
	средний	30,25		
	высокий	43,80		
Психастенические нарушения (т. «ОНР-си»)	низкий	16,25	10,350	0,006**
	средний	23,13		
	высокий	41,30		
Шкала 4 (Pd) – Психопатия (т. «СМОЛ»)	низкий	44,25	9,305	0,010*
	средний	57,88		
	высокий	63,30		
Шкала 6 (Pa) – Паранойяльность (т. «СМОЛ»)	низкий	43,67	10,185	0,006**
	средний	52,50		
	высокий	54,00		
Шкала 8 (Sc) – Шизоидность (т. «СМОЛ»)	низкий	43,42	10,214	0,006**
	средний	52,25		
	высокий	61,20		

** - различия значимы на уровне 0,01;

* - различия значимы на уровне 0,05

Данные, представленные в Таблице 2, позволяют говорить о том, что, чем выше у респондентов уровень влияния эмоционального состояния на состояние соматического здоровья, тем чаще, с высокой степенью вероятности, у них отмечается фобическая, ипохондрическая и психастеническая симптоматика, тем чаще проявляются расстройства в сексуальной сфере. Также со средней степенью статистической достоверности, с повышением влияния эмоций на здоровье у респондентов проявляются депрессивные и неврастенические расстройства, проявляется склонность к подозрительности и отчужденности, повышается вероятность дезадаптации.

Ранжирование выборки по шкале «конформизм», позволило выявить статистически значимые различия в типичной невротической симптоматике и психологических особенностях респондентов в зависимости от степени их подверженности влиянию чужого мнения. На низком уровне такая склонность поддаваться чужому влиянию выражена у 7, на среднем уровне у 16 и на высоком уровне у 7 респондентов.

Таблица 3.

**Различия респондентов с разным уровнем выраженности «конформизма»
как вида вторичной выгоды от болезни
(критерий *H*-Краскала-Уоллеса)**

Шкалы методик	Ур-нь ВВБ	Ср.	<i>H</i>	<i>p</i>
Гипернормативность (т. «СМQ»)	низкий	2,17	10,420	0,005**
	средний	2,85		
	высокий	2,00		
Ипохондрические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	16,57	6,848	0,033*
	средний	26,69		
	высокий	45,57		
Шкала 1 (Hs) – Ипохондрия (т. «СМОЛ»)	низкий	51,57	6,016	0,049*

	средний	63,13		
	высокий	51,14		

** - различия значимы на уровне 0,01;

* - различия значимы на уровне 0,05

Данные, представленные в Таблице 3, позволяют отметить присущий респондентам со средним уровнем конформизма преобладающий в выборке уровень склонности к ипохондрии как «уходу в болезнь», а также самую высокую в выборке склонность к проявлению гипернормативности как утрированному следованию установленным нормам и правилам, чаще всего, имеющему своей целью сделать свою жизнь максимально контролируемой и, как следствие, безопасной. Как это ни парадоксально, но менее всего гипернормативность свойственна респондентам с высоким уровнем конформизма и у них же чаще, чем у респондентов с более низким уровнем конформизма, отмечается наличие ипохондрических расстройств.

Ранжирование выборки пилотажного исследования по шкале «симуляция» дало возможность выявить 11 статистически достоверных различий в типичной невротической симптоматике и психологических особенностях респондентов, в качестве вторичной выгоды от болезни имеющих возможность избегать ответственности и получать сочувствие окружающих. На низком уровне показатель по данной шкале выражен у 11, на среднем уровне у 10 и на высоком уровне у 9 респондентов.

Таблица 4.

Различия респондентов с разным уровнем выраженности «симуляции» как вида вторичной выгоды от болезни (критерий *H*-Краскала-Уоллеса)

Шкалы методик	Ур-нь ВВБ	Ср.	<i>H</i>	<i>p</i>
Выученная беспомощность (т. «СМQ»)	низкий	1,25	10,064	0,007**
	средний	2,05		
	высокий	1,39		
Депрессивные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	21,82	9,376	0,009**
	средний	37,70		
	высокий	56,33		
Неврастенические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	28,91	9,059	0,011*
	средний	58,10		
	высокий	62,56		
Сексуальные расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	5,00	12,606	0,002**
	средний	22,20		
	высокий	34,00		
Ипохондрические расстройства (т. «ОНР-си»)	низкий	17,18	7,218	0,027*
	средний	27,60		
	высокий	44,11		
Психастенические нарушения (т. «ОНР-си»)	низкий	14,91	6,556	0,038*
	средний	35,00		
	высокий	31,00		
Шкала 2 (D) – Депрессия (т. «СМОЛ»)	низкий	44,82	7,192	0,027*
	средний	57,90		
	высокий	50,89		
Шкала 4 (Pd) – Психопатия (т. «СМОЛ»)	низкий	45,55	12,526	0,002**

	средний	69,10		
	высокий	48,33		
Шкала 6 (Pa) – Паранойяльность (т. «СМОЛ»)	низкий	44,09	8,831	0,012*
	средний	56,20		
Шкала 7 (Sc) – Психастения (т. «СМОЛ»)	высокий	48,56	10,573	0,005**
	низкий	48,73		
	средний	65,50		
Шкала 8 (Sc) – Шизоидность (т. «СМОЛ»)	высокий	51,00	7,437	0,024*
	низкий	44,36		
	средний	60,50		
	высокий	50,89		

** - различия значимы на уровне 0,01;

* - различия значимы на уровне 0,05

Статистически достоверные различия по 11 показателям шкал проведённых психодиагностических методик, представленные в Таблице 4, позволяют говорить о том, что респонденты со средним уровнем выраженности склонности к симуляции больше остальных респондентов склонны к выученной беспомощности, чаще других страдают психастеническими нарушениями. Кроме того, респонденты со средним уровнем выраженности симуляции больше других респондентов склонны к депрессии, подвержены вероятности дезадаптации, тревожны, насторожены и отстранены в социальных контактах. С повышением уровня выраженности симуляции у респондентов становится выше вероятность формирования и проявления депрессивных, сексуальных, неврастенических и ипохондрических расстройств.

Заключение.

Полученные в результате проведённого пилотажного исследования эмпирические данные позволяют сделать вывод о подтверждении ранее выдвинутой гипотезы о существовании различий в индивидуально-психологических характеристиках пациентов, страдающих невротическими расстройствами с разной степенью выраженности типов вторичных выгод от болезни. Применение методов математической статистики позволило выявить следующее в отношении показателей по шкалам методики «Вторичная выгода от болезни» W. Friedman в адаптации И.В. Вець:

- респонденты с разным уровнем выраженности показателя по шкале «регрессия», представляющей собой склонность к незрелому реагированию при столкновении с трудностями, статистически достоверно различаются по одиннадцати показателям шкал проведённых методик: по трём на высоком и по восьми на среднем уровнях значимости;

- респонденты с разным уровнем выраженности показателя по шкале «триггеры соматизации», отражающей степень влияния эмоционального состояния на соматическое здоровье, статистически достоверно различаются по девяти показателям шкал проведённых методик: по трём на высоком и по шести на среднем уровнях значимости;

- респонденты с разным уровнем выраженности показателя по шкале «конформизм», отражающей степень их подверженности влиянию чужого мнения, статистически достоверно различаются по трём показателям шкал проведённых методик: по одному на высоком и по двум на среднем уровнях значимости;

- респонденты с разным уровнем выраженности показателя по шкале «симуляция», отражающей тенденцию к избеганию ответственности и получению сочувствия окружающих, статистически достоверно различаются по одиннадцати показателям шкал проведённых методик: по пяти на высоком и по шести на среднем

уровнях значимости.

Список литературы.

1. Александров А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. СПб.: Питер, 2009. - 352 с.
2. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / А.В. Батаршев.- Москва: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004.–319 с. - (Золотой фонд психотерапии).
3. Бобров А.Е. Опросник когнитивных ошибок как инструмент оценки компонентов патологической тревоги / А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова // Доктор.Ру. – 2017. – № 8(137). – С. 59-65.
4. Вець И.В. Адаптация опросника «Вторичная выгода от болезни» // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2021. №4. – С. 130-151.
5. Вець И.В. Психологическое благополучие и вторичная выгода от болезни как факторы восстановления здоровья после операции (лонгитюд) / И. В. Вець // International Journal of Medicine and Psychology. – 2023. – Т. 6, № 1. – С. 67-75.
6. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2004. – № 2 . – С. 17-19.
7. Каданцева А.В. Взаимосвязь особенностей структуры темперамента и характеристик личности у больных невротическими расстройствами / А.В. Каданцева, О.Ю. Щелкова // Вестник психотерапии.-2010. – № 34(39). – С. 9-18.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: Учебник для вузов / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. - СПб.: Изд-во «Питер», 2008. - 672 с.
9. Клиническая психология: учебник для вузов (под. ред. Б.Д. Карвасарского) - СПб.: Питер, 2014. – 896 с.
10. Колотильщикова Е. А. Психологические механизмы невротических расстройств: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук / Колотильщикова Екатерина Андреевна. – Санкт-Петербург, 2011. – 48 с.
11. Молчанова Е. С. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией / Е. С. Молчанова, Т. Авдошина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 14-18.
12. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и по специальностям психологии. Санкт-Петербург: Речь, 2012. - 389 с.
13. Холмогорова А. Б. Эмоциональные расстройства и современная культура (на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств) / А. Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. 1999. - №2. - С. 61-90.
14. Хруленко-Варницкий И.О. Некоторые подходы к анализу эмоциональных нарушений при непсихотических психических расстройствах / И.О. Хруленко-Варницкий // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: Тезисы, Казань, 23–26 сентября 2015 года / Ответственный редактор Незнанов Н.Г.. – Казань: ООО «Альта Астра», 2015. – С. 128.
15. Egmond J.J. The multiple meanings of secondary gain // Am. J. Psychoanalysis. 2003. Vol. 63. № 2. P. 137–147. doi: 10.1023 / a: 1024027131335
16. Friedman W.J. The Benefits of Suffering and the Costs of Well Being: Secondary Gains and Losses // www. mentalhelp.net. (25.12.2022) DOI: 10.1023 / a:1024027131335

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ»

С. С. Вьюшкова¹, П. А. Заятдинова²

Кафедра психофизиологии и клинической психологии

ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина»,

Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье представлен анализ результатов эмпирического исследования особенностей внутренней картины болезни у пациентов с диагнозом «хронический алкоголизм». В ходе работы был проведен частотный анализ, благодаря которому был выявлен ведущий тип отношения к болезни – Анозогнозический тип. Выявлены особенности проявления внутренней картины болезни у пациентов с хроническим алкоголизмом. Также был проведен корреляционный анализ, который помог определить взаимосвязи изучаемых характеристик, определяющих отношение больных алкоголизмом к своему заболеванию.

Ключевые слова. алкоголизм, аддикция, внутренняя картина болезни, агнозия, алкогольная абстиненция.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF «CHRONIC ALCOHOLISM»

S.S. Vyushkova, P.A. Zayatdinova

Department of psychophysiology and clinical psychology

State Autonomous Educational Institution of Higher Education Leningrad State University named after A. S. Pushkin, Russia, St. Petersburg

Abstract. The article presents an analysis of the results of an empirical study of the features of the internal representation of illness in patients diagnosed with «chronic alcoholism».

Keywords. alcoholism, addiction, internal picture of the disease, agnosia, alcohol withdrawal.

Заболевание, которое проявляется в патологическом влечении к спиртным напиткам, называется алкоголизмом. Оно вызывается систематическим употреблением алкоголя и характеризуется как физической, так и психической зависимостью. Однако многие люди, страдающие от алкоголизма, отрицают свою проблему, что делает эту зависимость еще более опасной. Злоупотребление алкоголем негативно сказывается не только на самом пьющем, но и на его окружении, вызывая медицинские, социальные, нравственные и другие проблемы [4].

В психологии выделяют привязанность, которая может иметь различную степень выраженности. Если выраженность привязанности недопустима с точки зрения социальных норм или вредит здоровью или психическому состоянию личности, то это может считаться проблемой. Зависимость можно рассматривать как необычную форму адаптации к сложной жизненной ситуации. Она проявляется в бегстве от проблем в иной мир, который, к сожалению, не решает проблему, а только усугубляет ее и порождает новые. В результате человек теряет контроль над своим поведением, эмоциями и мыслями, и его существование определяет объект зависимости [2].

Зависимость характеризуется как постоянное, хроническое и интенсивное использование конкретного паттерна поведения, выходящего из-под контроля индивида [1].

Согласно определению А. Р. Лурии, внутренняя картина болезни представляет собой огромный мир больного, состоящий из сложных сочетаний восприятий, ощущений, эмоций, конфликтов, психических переживаний и травм [3]. Сегодня вопросы, связанные с внутренней картиной болезни, становятся все более актуальными, так как наше отношение к жизни и вера в эффективность лечения также влияют на наше здоровье. Особенности мотивационной сферы личности позволяют сформировать адекватное отношение к болезни, миру и самому себе, что в свою очередь способствует выздоровлению [5].

Эта работа нацелена на выявление психологических особенностей, связанных с внутренней картиной болезни у людей, страдающих хроническим алкоголизмом. Она исследует нарушения в эмоциональной и мотивационных сферах личности, которые могут влиять на отношение к болезни у пациентов. Целью работы является изучение этих психологических особенностей, а гипотеза предполагает, что у больных алкоголизмом на второй стадии болезни будет характеризоваться ее отрицанием и непринятием, в отличие от больных, находящихся в стадии ремиссии.

Исследование проводилось на 40 пациентах, страдающих алкогольной зависимостью, в возрасте от 30 до 60 лет, которые являются пациентами ГБУЗ РК «Удорской центральной районной больницы». Включенные в исследование респонденты имели диагноз синдрома зависимости от алкоголя на второй стадии и в периоде ремиссии. Для проведения исследования использовались такие методики, как методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), Гиссенский опросник психосоматических жалоб, опросник приспособленности Х. Белла и методика измерения уровня тревожности Тейлора.

Были проведены исследования, которые выявили распространенный тип отношения к болезни у больных алкогольной зависимостью на разных стадиях заболевания. В группе пациентов на 2 стадии алкогольной зависимости преобладает тип Анозогнозии, который характеризуется игнорированием признаков болезни и отрицанием ее значимости для себя. Также Анозогнозический тип часто встречается в структуре смешанного типа у респондентов. Про смешанный тип (Анозогнозический, Эргопатический) можем добавить, что для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение значения заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, уходом в работу. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют.

В группе пациентов, находящихся в ремиссии, также наблюдается высокий процент Анозогнозического типа.

Оценка психосоматических жалоб по Гиссенскому опроснику показала, что обе группы испытуемых имеют одинаково низкие баллы по шкалам. При этом практически все пациенты, находящиеся в ремиссии, имеют низкие баллы по данной методике. Больные на 2 стадии алкогольной зависимости имеют баллы в коридоре средних значений, что может свидетельствовать о наличии соматических симптомов при алкогольном абстиненции. Эмоциональное состояние больных в ремиссии на момент исследования характеризовалось ровным, спокойным фоном настроения, присутствовало ощущение психического комфорта, уверенности в себе, была отмечена удовлетворенность актуальной жизненной ситуацией.

Более 70% пациентов на 2 стадии заболевания жалуются на проблемы со здоровьем в то время, как только 30% пациентов в ремиссии имеют подобные жалобы. Можно

предположить, что люди по-разному чувствительны к боли и трудностям, и респонденты с низкими баллами могут относиться к тем, кто мало чувствителен к своим органическим нарушениям. Также пациенты на 2 стадии алкогольной зависимости имеют высокие баллы по шкале Субмиссивности, которая характеризует склонность быть зависимым и пассивным в социальных контактах. Кроме того, у них отсутствуют навыки адекватного поведения в различных социальных ситуациях, такие люди с трудом вступают в общение, не умеют проявлять свои чувства и отстаивать свою точку зрения.

На основании опросника Гиссенского, были обнаружены различия в ощущениях боли в разных частях тела у пациентов ($7 \pm 1,55$ при $p < 0,05$), что выражает их субъективные страдания. Данная шкала выражает субъективные страдания пациента. Как известно уже через несколько часов трезвости у человека наступает психомоторное возбуждение и прочие симптомы, говорящие о том, что его нервная система перегружена.

При анализе опросника приспособленности Х. Белла у больных алкоголизмом на второй стадии выявлены значительные различия в показателях Шкалы Здоровье и Мужественность-женственность. Больные на той стадии склонны жаловаться на свое здоровье ($7,4 \pm 0,57$ при $p \leq 0,05$). Опасность алкогольной зависимости заключается в поражении многих внутренних органов, таких как печень, сердце, сосуды и возможность развития онкологических заболеваний.

Обнаружены отрицательные корреляции между шкалой Анозогностический тип отношения к болезни и шкалами Приспособленность в сфере здоровья ($-0,493$ при $p \leq 0,01$) и Субмиссивность ($-0,494$ при $p \leq 0,01$). Больные с этим типом реагирования на болезнь склонны рассматривать ее симптомы как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют. Также была выявлена отрицательная корреляция между методикой измерения уровня тревожности Тейлора и шкалой Анозогностический тип отношения к болезни ($-0,716$ при $p \leq 0,01$). Больные с этим типом отношения к болезни не испытывают страха и продолжают получать удовольствие от жизни, несмотря на болезнь.

Таким образом, проведенный анализ результатов исследования позволяет сделать вывод о том, что Анозогностический тип отношения к болезни является ведущим типом в обеих группах пациентов. То есть такой тип отношения к болезни больше проявляется у больных с меньшим уровнем тревожности. Или это может говорить об обратном: что именно такой тип отношения к болезни значительно снижает тревожность у больных алкоголизмом.

Исследование выявило особенности по нескольким переменным, включая «приспособленность в сфере здоровья», «эмоциональность» и «враждебность». Таким образом, можно говорить о присутствии изменения в эмоциональной сфере. Смена эмоциональной составляющей ВКБ есть всегда сигнал о текущей личностной перестройке. Также, это свидетельствует о нереалистичном отношении к своим возможностям и сниженной иногда отсутствием самокритики.

Полученные результаты показывают, что дальнейшее, более углубленное изучение и научное обоснование данной проблемы позволит приблизиться к пониманию детерминант и механизмов нарушений личностной сферы у больных хроническим алкоголизмом и их связи с различными установками на лечение этого контингента. Все вышеописанные особенности могут быть использованы для построения лечебно-реабилитационных программ.

Поставленная в начале исследования гипотеза не подтвердилась.

Список литературы.

1. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – Рипол Классик, 1986.
2. Глозман Ж. М. Внутренняя картина болезни как фактор успешности ее преодоления //ББК 56.1: 88.4 Я 431 А 437 А 43. – 2011. – С. 100.
3. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания //М.: Медицина. – 1977. – Т. 112.
4. Мехтиханова Н. Н. Роль эмоционально-волевой регуляции в адаптации личности //Вестник Ярославского государственного университета им. ПГ Демидова. Серия Гуманитарные науки. – 2007. – №. 5. – С. 33-37.
5. Немчин, Т. А. Личность и алкоголизм / Т. А. Немчин // Л.: ЛГУ, - 1989.*

РОЛЬ ЦЕННОСТЕЙ И ПОТРЕБНОСТЕЙ В МОТИВАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: УСЛЫШАТЬ «ВНУТРЕННИЙ ГОЛОС», ЧТОБЫ ВЫЖИТЬ?

Зверева Л. В.¹, Ермаков П. Н.²

¹*аспирант*

²*Научный руководитель, д.б.н., академик РАО, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии*

^{1,2}*Академия Психологии и Педагогике ФГБОУ ВО «Южный Федеральный Университет», Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности терминальных ценностей и потребностей онкологических пациентов, их роль в структуре мотивации к лечению. В исследовании приняли участие 29 пациентов с онкологическим диагнозом ФГБУ «НМИЦ Онкологии Минздрава России». В разные периоды жизни пациенты могут обращаться к различным влечениям и установкам для преодоления кризисной ситуации. Авторы ставили цель выявить взаимосвязь между осознаваемыми ценностями и скрытыми мотивами. Было выявлено, что мотив Агрессии и связанная с ним ценность Здоровья стоят на первом месте. Ценности взаимоотношений с противоположным полом, любовь, семейное счастье и взаимопонимание в процентном отношении почти совпадают с подобными мотивами. Темы Денег и Карьеры были определены как скрытые мотивы у 52% и почти 40% опрошенных соответственно, но эти данные не нашли подобного количественного отражения в ценностях пациентов.

Ключевые слова. онкология, мотивация, потребности, адаптация, ценности, проективные методики, онкопсихология.

THE ROLE OF VALUES AND NEEDS IN MOTIVATING CANCER PATIENTS: TO HEAR THE INNER VOICE IN ORDER TO SURVIVE?

Zvereva L. V.¹, Ermakov P. N.²

¹*graduate student*

²*Academic advisor, Doctor of Biological Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor, Head of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology*

^{1,2}*Academy of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don*

Abstract. This article discusses the features of terminal values and needs of cancer patients, their role in the structure of motivation for treatment. The study involved 29 patients with an oncological diagnosis of the FSBI "NMIC Oncology of the Ministry of Health of Russia". At different periods of life, patients can turn to different drives and attitudes to overcome a crisis. The authors aimed to identify the relationship between perceived values and hidden motives. It was revealed that the motive of Aggression and the associated value of Health are in the first place. The values of relationships with the opposite sex, love, family happiness and mutual understanding in percentage terms almost coincide with similar motives. The topics of Money and Career were identified as ulterior motives in 52% and almost 40% of respondents, respectively, but these data did not find such a quantitative reflection in the values of patients.

Keywords. oncology, motivation, needs, adaptation, sense of humor, projective techniques, psychoncology, oncopsychology.

Введение. Одна из проблем на сегодняшний день, с которой сталкиваются пациенты и врачи онкологических отделений, это взаимодействие и распределение ответственности за результат лечения: какой личный вклад должен вносить пациент, чтобы прийти к ремиссии. На борьбу с болезнью нужны не только физические силы, медикаментозное или хирургическое лечение, но и собственная готовность пациента к преодолению сложившейся онкологической ситуации. Среди онкологических пациентов около 50% сталкиваются с клиническими проявлениями тревоги, депрессии и тяжелого стресса на одной из стадий лечения онкологии [3, с. 1311; 7, с. 75–82; 10, с. 131–141;]. Это отражается на мотивации к лечению и способность действовать согласно врачебным предписаниям.

Для борьбы с болезнью важно найти желание и смысл жить дальше, но на этот поиск тоже нужны психологические силы. Лечение истощает пациентов: сложные и дорогостоящие процедуры, тяжелый период восстановления после химиотерапии (порой 6–8 курсов) и наркоза, изменения внешности, ухудшение здоровья, связанные с гормональными изменениями. Поэтому вопрос мотивации таких пациентов к лечению очень важен.

Личностный смысл, который возникает из столкновения собственных качеств, мотивов и ценностей, и критической ситуации болезни, может приобрести многомерность и глубину, в результате чего у человека формируется отношение к себе. Это отношение может носить как отрицательный характер («Я болен, и с этим уже ничего не поделаешь»), так и положительный – когда человек направлен на самореализацию, в том числе и вопреки болезни («Я сделаю все, что успею, чтобы прожить эту жизнь не зря») [11, с.63].

По мнению Курта Гольдштейна, организмом движет желание максимально реализовать заложенные в нем способности, «свою природу». И если у здоровых людей в ответ на эту потребность формируется определенный уровень напряжения, который дальше переходит в упорядоченную активность, то у людей, изолированных болезнью, это проявляется тенденцией просто снять это напряжение [6, с.14]

Известно, что ценности и потребности влияют на регуляцию поведения и мотивацию к действиям. Поэтому для изучения этого вопроса, авторы обратились к проективной методике, которая позволяет с минимальными затратами времени, обходя сопротивление пациентов на участие в длительных исследованиях, выяснить скрытые потребности личности, которые могут влиять на мотивацию, и к методике определения ценностей М.Рокича, чтобы сравнить и проанализировать, насколько скрытые потребности совпадают с ценностями этой группы пациентов.

Анализ российских исследований позволяет предположить, что мотивация онкопациентов представляется сложной и многоуровневой системой.

Кудрявцевой В. А. в группе из 20 онкологических пациентов, мужчин и женщин в возрасте от 45 до 65 лет, были выявлены ведущие ценности: Здоровье, Любовь, Счастливая семейная жизнь, Активная деятельная жизнь, материально обеспеченная жизнь. Ценность Здоровье находится на приоритетном первом месте для женщин. Для мужчин на вершине иерархии ценностей находится Активная деятельная жизнь [4, с.360-361].

Объекты и методы исследования. В исследовании приняли участие 29 человек, из них 20 женщин и 9 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет. Все пациенты различных отделений ФГБУ «НМИЦ Онкологии Минздрава России», находящиеся на стационарном лечении. Участие было добровольным. Для целей психодиагностики участников исследования использовались Проективный тест мотивации и Методика Ценностных ориентации М. Рокича.

Проективный тест мотивации является модифицированным вариантом Теста юмористических фраз (ТЮФ), разработанного доктором психологических наук, профессором А. Г. Шмелевым и В. С. Болдыревой. Предназначен для диагностики мотивационной сферы личности и выявления различных потребностей и степени выраженности фрустраций человека [8, с.3].

Методика Ценностных ориентации М. Рокича позволяет определить ядро мотивации и жизненной активности, основу отношений к себе, к другим и окружающему миру. Ценности разделяются по видам, где: терминальные ценности - убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться; инструментальные ценности - убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации, и рассматриваются скорее как средства достижения желаемого [9, с.1]

Результаты и их обсуждения. В результате исследования скрытых мотивов и потребностей было выявлено, что мотив Агрессия/Самозащита проявился у 62,06% от общего количества участников. Мотив самосохранения выходит на первое место. Онкология воспринимается как агрессивная угроза для телесного Образа Я и Я- концепции в целом [2, с.29].

На втором месте был выявлен мотив Деньги – 51,72%. Онкологическое лечение является очень дорогостоящим, не все услуги и лекарства покрывает ОМС. Некоторые из пациентов после стационара не сразу могут вернуться к работе или становятся ограничено трудоспособными, это влияет на доход и качество жизни.

Мотивы Взаимоотношения полов, Семейные неурядицы и Карьера заняли третье место - 37,93%. К мотиву Взаимоотношения полов относятся интимно-сексуальные отношения. Онкологическое заболевание и способы его лечения могут становиться преградой, и снижать возможности для разрядки сексуальной неудовлетворенности. Мотивы Карьера и Семейные неурядицы объединяют важность социального благополучия, соблюдения общественных норм и ценностей, признание коллег и окружающих, продвижение по службе, социальная успешность и значимость оценок других людей.

Для авторов представляло интерес совпадают ли осознаваемые ценности со скрытыми мотивами. Для этого среди ценностных ориентаций были выделены терминальные ценности со сходными значениями: Здоровье (физическое и психическое), Интересная работа, Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком), Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений), Счастливая семейная жизнь. Обязательным условием было попадание ценности в «пятерку» главных для человека.

Полученные данные показали, что ценности Здоровье и Любовь являются самыми значимыми – 48,27 % пациентов выбирали их из списка. На втором месте Счастливая семейная жизнь - 41,37%. На третьем месте по значимости выявили Материальную обеспеченность – 20,68%. На последнем месте Интересная работа – 10,34%. Данные представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительный анализ скрытых мотивов и терминальных ценностей онкологических пациентов

<i>Проективный тест мотиваций</i>		<i>Ценностные ориентации М. Рокича</i>	
Агрессия	62,02%	48,27%	Здоровье (физическое и психологическое)
Взаимоотношения полов	37,93%	48,27%	Любовь
Деньги	51,72%	20,68%	Материально обеспеченная жизнь

Карьера	37,93%	10,34%	Интересная работа
Семейные неурядицы	37,93%	41,37%	Счастливая семейная жизнь

На основе полученных результатов можно сделать следующие предположения:

Тема агрессии и самозащиты особенно важна, и в этом наблюдается совпадение скрытых мотивов и осознанных целей и ценностей на жизнь. Этот мотив представляет интерес для дальнейшего изучения с точки зрения его формирования: так «ярко» он проявился именно в период болезни, или же речь идет о повышенном уровне аутоагрессии личности еще до этого момента. Здесь было бы интересно сравнить полученные результаты с подобным мотивом у контрольной группы без онкологического диагноза.

Ценности взаимоотношений с противоположным полом, любовь, семейное счастье и взаимопонимание в процентном отношении почти совпадают с подобными мотивами. В то время как мотивам Деньги и Карьера придается гораздо меньшая ценность, по сравнению со скрытыми мотивами. Это может быть связано с тем, что стремление к деньгам и достижениям часто в обществе является проявлением меркантильности и нескромности. Для некоторых людей осознанное или бессознательное избегание подобных тем происходит с целью сохранения положительного образа себя.

Выводы. Подобные исследования носят практический и прикладной характер. Они дают возможность определить терапевтические мишени и направления в психотерапевтической работе с подобной группой пациентов: осознавая потребность, можно направить ресурсы на ее удовлетворение, что придаст личности дополнительные силы и смыслы для преодоления заболевания. Одной из важных задач подобной психологической работы является включение человека в процесс формирования собственного здоровья и конструктивной стратегии поведения во время болезни, чтобы более полно реализовать свой личностный потенциал. В числе основных психологических рекомендаций, направленных на создание условий для возникновения выздоровления осознание актуальных жизненных целей, ценностей и способов их реализации [5, с.105 – 107].

Возможна так же переоценка уже известных ценностей вследствие критической ситуации онкологического заболевания, в результате чего «человеку удастся перенести... тяжелые события, вернуть утраченную осмысленность существования» [1, с. 360]

Благодарности. Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22–18–00543.

Авторы отдельно выражают благодарность медицинскому персоналу отделений Гематологии, Радиологии, Гинекологии ФГБУ «НМИЦ Онкологии Минздрава России» за помощь в проведении исследования.

Список литературы.

1. Асмолов А. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека. – Litres, 2022.
2. Джанерьян С.Т. Психология профессионального самосознания. Ростов н/Д: Изд-во Юж. федер. ун-та, 2008. 240 с.
3. Carreira H. et al. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review //JNCI: Journal of the National Cancer Institute. – 2018. – Т. 110. – №. 12. – С. 1311–1327.
4. Кудрявцева В. А., Живаева Ю. В. Формирование ценностных ориентаций у пациентов онкологического диспансера //ББК 88.46 П 86. – 2016. – С. 357.
5. Беличева С. А., Васильева О. С., Джанерьян С. Т. Социальная психология личности в вопросах и ответах: учеб. пособие для студентов вузов/под ред //ВА Лабунской. М.: Гардарики. – 2001.

6. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М.: Смысл. – 1997. – С. 156-176.
7. Mehnert A. et al. One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress // Psycho-oncology. – 2018. – Т. 27. – №. 1. – С. 75-82.
8. Павленко, Е. В. Тест юмористических фраз: метод. рук., стимул. материал / Е. В. Павленко. – Санкт-Петербург, 2003. – 24 с. – ISBN 5-78220-044-8. – Текст: непосредственный.
9. Рокич М. Методика «ценностные ориентации» // Большая энциклопедия психологических тестов. М.: ЭКСМО. – 2009. – С. 26.
10. Stiegelis H. E., Ranchor A. V., Sanderman R. Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy // Patient Education and Counseling. – 2004. – Т. 52. – №. 2. – С. 131-141.
11. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд-во МГУ, 1983. 284с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Илич М.¹, Щелкова О.Ю.²

*Кафедра медицинской психологии и психофизиологии
Факультет психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. Целью данной исследовательской работы является обзор и анализ эмпирических исследований по проблеме качества жизни (КЖ) пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), проведенных за последних десять лет (2013–2023), в Российской Федерации. Результаты исследования показали, что подобные исследования проводились в медицинской психологии редко, и сведений крайне недостаточно. В эмпирических исследованиях, проведенных в медицинской науке, было выявлено, что КЖ пациентов с ВЗК снижено, и пациенты нуждаются, кроме врачебного лечения, в психологическом сопровождении. Это и определяет значимость проведения психологических исследований КЖ на выборке пациентов с ВЗК.

Ключевые слова. качество жизни, воспалительные заболевания кишечника, тревога, депрессия, болезнь Крона, язвенный колит.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Ilich M.¹, Shchelkova O. Yu.²

*Department of Medical Psychology and Psychophysiology
Faculty of Psychology, St. Petersburg State University,
Russia, St. Petersburg.*

Abstract. The purpose of this research paper is to review and analyze empirical studies of the last decade (2013-2023), devoted to the problem of quality of life (QOL) in patients with inflammatory bowel disease (IBD) in the Russian Federation. The results of the study showed that similar studies were rarely conducted in medical psychology, and the data are extremely insufficient. Empirical studies in medical psychology have shown that the QOL of patients with IBD is reduced and that patients need psychological support in addition to medical treatment. This highlights the importance of conducting psychological studies in a sample of patients with IBD.

Keywords. quality of life, inflammatory bowel disease, anxiety, depression, Crohn's disease, ulcerative colitis

На сегодняшний день одной из самых острых и комплексных проблем современной гастроэнтерологии являются ВЗК. По распространенности данные заболевания уступают другим заболеваниям гастроэнтерологического профиля, однако по тяжести течения заболевания, осложнений и летальному исходу занимают ведущее положение среди расстройств пищеварительной системы [6]. К ВЗК по Международной классификации болезни 10-го пересмотра (МКБ-10) относятся язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК) и недифференцируемый неспецифический колит (ННК) [17]. Частота ВЗК варьируется от 76 до 335 случаев на 100 тыс. человек населения, чаще данными заболеваниями страдают люди, проживающие в городах высоко развитых стран мира [1, 17, 25]. По научным сведениям, в Российской Федерации чаще страдают ВЗК (преимущественно БК) люди, проживающие в северных и западных частях страны [11]. В Санкт-

Петербурге ЖК встречается от 9,5 до 40,6 случаев на 100 тыс. населения, а БК – от 3,21 до 23,9 на 100 тыс. (данные варьируются в зависимости от района города) [18].

Научные исследования ЖК пациентов с ВЗК являются важными и актуальными для медицинской науки, поскольку ВЗК — это хроническое заболевание кишечника, характеризующиеся воспалительно-деструктивными процессами с рецидивирующим течением [16]. Данные заболевания относятся к сложным и тяжелым соматическим заболеваниям с многочисленными осложнениями и сопутствующими вторичными заболеваниями, часто требующими хирургического лечения, а также пожизненного лечения. В связи с этим становится очевидной необходимость изучать, как специфические особенности ЖК больных ВЗК, так и факторы их определяющие, включая ограничения жизнедеятельности в условиях болезни и тяжелого лечения [8, 29].

Значимые достижения современной медицинской науки в процессе гуманизации и интеграции естественно-научной парадигмы в повседневную лечебную практику определили современное понятие «качества жизни». С опорой на биопсихосоциальный подход Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) инициировала разработку концепции ЖК. В связи с этим на сегодняшний день ЖК рассматривается как многомерное и многофакторное понятие, связанное с физическим, социальным и психическим здоровьем человека в состоянии, как здоровья, так и болезни [9, 21].

Для оценки ЖК пациентов с соматическими заболеваниями, в том числе и лиц, страдающих ВЗК, необходимо изучать факторы, влияющие на течение заболевания и эффективность медицинского лечения, материальное положение и трудовую деятельность (в том числе и удовлетворенность работой), уровень образования, условия проживания и уровень комфорта, другие факторы, влияющие на благополучие данных пациентов: семью и социальное окружение и взаимодействие с ними, карьеру и возможности профессионального роста, образ жизни, состояние благополучия и удовлетворенность жизнью, стресс-преодолевающее поведение, психическое состояние и эмоциональные проявления пациентов с ВЗК [8].

На сегодняшний день проводятся исследования качества жизни больных ВЗК в медицине [5, 20, 24], однако недостаточно изучено качество жизни и факторы, его определяющие в гуманитарно-социальных науках [25]. Показано, что качество жизни пациентов с ВЗК может быть значительно снижено из-за физических ограничений, болевых симптомов и необходимости придерживаться сложного лечения, что в совокупности оказывает серьезное влияние на физическое и психологическое благополучие данных пациентов [4, 19, 30].

Во многих ранее проведенных исследованиях гастроэнтерологических пациентов было выявлено, что наблюдаются значимые изменения в социальной и эмоциональной сфере данных пациентов [10, 26]. У пациентов с ВЗК в психологическом статусе могут наблюдаться гипотимические и когнитивные проявления – астенические проявления, снижение фона настроения от субдепрессии до выраженной депрессии, тревожность, печаль в сочетании с ощущением безнадежности, социальная отстраненность, снижение концентрации внимания и выраженная гиподинамия [29]. В связи с этим к изучению проблемы ЖК при ВЗК в медицинской психологии, как и к изучению других сложноорганизованных конструкторов, необходимо подходить комплексно [2] и системно [27]. Отсутствие подобных исследований в области медицинской психологии определяет актуальность настоящего исследования.

Целью данной работы является обзор и анализ научной литературы, посвященной проблеме качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.

В настоящей работе проведен анализ отечественной научной литературы за последние десять лет (2013–2023), посвященной проблеме ЖК пациентов с ВЗК. В иссле-

довании были рассмотрены только эмпирические исследования, проведенные в Российской Федерации. Для поиска релевантных статей использовался ресурс информационно-аналитического портала в области науки Российская научная электронная библиотека (eLibrary.Ru). Преимущественно рассматривались научные статьи журналов, включённых в список Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки РФ (ВАК).

Результаты исследования показали, что за последних десять лет (2013–2023) интерес в медицине к проблеме КЖ пациентов с ВЗК наблюдается, однако данных исследований в России недостаточно. В рамках психологической науки подобные исследования проводились крайне редко, и часто они имели фрагментарный характер. Далее в статье выделены самые значимые эмпирические исследования, проведенные в России за период 2013–2023 год.

Исследовательский коллектив О.В. Князев, О.Н. Болдырева, А.И. Парфенов с соавторами исследовали КЖ у 90 пациентов с ВЗК, которые были распределены по полу и возрасту, а также в зависимости от динамики течения заболевания и вида лекарственной терапии. КЖ было исследовано с помощью опросника SF-36. Полученные результаты показали, что КЖ снижено (включая негативные изменения в психоэмоциональной и социальной сферах) у всех исследованных пациентов с ВЗК, и что наиболее значимые различия связаны с полом пациентов. Выявлено также, что после года лекарственной терапии в зависимости от вида лечения наблюдались положительные изменения в КЖ у больных. Лучшие показатели КЖ были у пациентов, у которых наблюдалась полная клинико-эндоскопическая ремиссия. Исследователи пришли к выводу, что необходимо разрабатывать программы психологической реабилитации для пациентов с ВЗК, учитывая особенности КЖ пациентов мужского и женского пола, и что необходима совместная работа врачей гастроэнтерологов и психологов в лечении и реабилитации данных пациентов [13].

Ю.А. Кулыгиной и М.Ф. Осипенко было проведено сравнительное исследование КЖ пациентов с ВЗК (152 человек) и с синдромом раздражённого кишечника (СРК) (100 человек), в котором пациенты были распределены в подгруппы с синдромом избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР) и без него. В исследовании авторы использовали неспецифические и специфические опросники КЖ. Полученные результаты показали, что у обеих групп с СИБР наблюдаются более сниженные показатели КЖ – физические и психические показатели здоровья. По данным исследования КЖ у пациентов с ВЗК не наблюдались негативные изменения в «социальном функционировании» и «жизненной активности», однако у пациентов в стадии обострения заболевания наблюдались тревожные и депрессивные проявления, которые негативно сказывались на КЖ пациентов [14, 15].

Другой исследовательский коллектив проводил сравнительное проспективное исследование в период с 2018 по 2022 год на базе е ГБУЗ ККБ № 1 им. С.В. Очаповского. В исследовании приняли участие 178 больных с ЯК и 40 здоровых добровольцев – контрольная группа. Применялись неспецифические и специфические опросники КЖ, и опросник для оценки уровня депрессии и тревоги. Данные исследования показали, что у пациентов с ЯК значительно ниже показатели КЖ, как неспецифического, так и специфического опросника при сравнении со здоровыми. Тревожные и депрессивные проявления у данных пациентов коррелировали с индексом клинической активности заболевания: чем выше индекс клинической активности, тем более выражены негативные эмоциональные проявления у пациентов ВЗК [4].

Авторы В.А. Бандель, Е. И. Михайлова и Н.В. Трофимова исследовали КЖ и психоэмоциональные нарушения у пациентов ЯК, рассматривая их как критерии эффективности лекарственной терапии. В исследовании приняли участие 104 человека, которые

были распределены на две группы: 52 пациента с ЯК и 52 здоровых добровольцев, которые не находились в родственной связи с пациентами ЯК. Применялись специфический опросник КЖ, методика исследования тревожности и депрессии и методика для определения выраженности синдрома вегетативной дистонии (СВД). Результаты данного исследования показали, что по всем показателям специфического опросника КЖ определяются высокие значения (высокие значения соответствуют низкому КЖ пациентов ВЗК по применяемой методике в исследовании), и были выявлены значимые различия КЖ пациентов с ЯК при сравнении с группой здоровых людей. У всех пациентов с ЯК в «активном» течении заболевания, выявлены выраженные изменения в социальной сфере, и в психоэмоциональном состоянии. Исследователи пришли к выводу о том, что для эффективного лечения необходимо участие психолога и психотерапевта в процессе лечения пациентов с ЯК [3].

Исследовательский коллектив А.П. Щекотова, Ю.И. Третьякова, С.Г. Шулькина с соавторами исследовали в период обострения заболевания пациентов с ЯК (100 человек), их психоэмоциональное состояние и КЖ в зависимости от степени тяжести заболевания. Группу сравнения составили здоровые волонтеры. В исследовании применялись специфический опросник КЖ, методика исследования реактивной и личностной тревожности и методика исследования выявления вегетативных нарушений. Полученные данные показали, что в период обострения ЯК с нарастанием соматических нарушений ухудшается КЖ и психоэмоциональное состояние у данных пациентов. Был сделан вывод о том, что для коррекции психоэмоционального состояния пациентов с ЯК необходимо психфармацевтическое лечение [28].

Исследователи К.К. Яхин, Д.И. Абдулганиева и Е.С. Бодрягина проводили научное исследование клинико-психологических особенностей и КЖ у пациентов с ВЗК. В исследовании приняло участие 180 пациентов с ВЗК (107 пациентов с ЯК и 73 пациентов с БК). Применялись специфический и неспецифический опросники КЖ, опросник определения невротизации и методика исследования тревожности и депрессии. Результаты исследования показали, что и у пациентов с ЯК и БК определяется снижение КЖ и выявляются различия в соматических проявлениях, эмоциональном и общем психическом состоянии. Более выражены значения «кишечных» и «физических» проявлений были получены у пациентов с ЯК, а у пациентов с БК – изменения в «эмоциональной структуре» и снижение показателя «психическое здоровье». В выводах авторы исследования подчеркнули, что на КЖ пациентов ВЗК влияют психологические особенности, длительность и тяжесть течения заболевания, социальные характеристики и особенность семейных взаимоотношений [30].

В проспективном исследовании авторов С.В. Голышева, П.С. Ветшев и Г.А. Григорьева было обследовано 458 пациентов с ВЗК, из них 215 прошли диагностику с применением международного специфического опросника КЖ и опросника КЖ больных после хирургического лечения. В исследовании было выявлено, что в период рецидива и с осложнением течения заболевания у пациентов наблюдаются изменения в КЖ и в психоэмоциональной сфере. В выводах авторы выделили то, что после хирургического лечения пациентов с ВЗК важно проводить исследования с помощью использованного в исследовании опросника КЖ, так как данный метод является информативным для оценки эффективности лечения [7].

Исследователи Д. Д. Казарин, А.Е. Шкляев и М.С. Чупина на выборке пациентов с ВЗК с применением методики «Гастроэнтерологический опросник качества жизни» показали, что у пациентов с ВЗК негативно влияют на КЖ симптомы диареи и диспепсии (комплекс симптомов нарушения пищеварения). Авторы подчеркнули, что применение данного опросника значительно объективизирует жалобы пациентов с ВЗК [12].

В научной литературе за последних десять лет встретились лишь единичные эмпирические исследования КЖ на выборке детей с БК. В период 2017 по 2022 год на базе Университетской детской клинической больницы, Сеченовского университета проводилось проспективное исследование. В нем приняло участие 65 детей, которые были распределены на две группы: первая группа включала 28 детей с БК, вторая – 37 здоровых детей. КЖ исследовалось с применением опросника КЖ для детей и клинико-лабораторных методов. Результаты исследования показали, что у детей наблюдаются значимые изменения в КЖ, больше всего в психосоциальной сфере и в физической активности. В заключении авторы подчеркивают, что обязательным компонентом лечения детей с ВЗК должен быть мониторинг КЖ [23].

Исследование КЖ научного коллектива (А.Л. Силоян, А.Н. Сурков, В.В. Черников) в котором приняло участие 138 детей с ВЗК. В исследовании применялся опросник КЖ для детей. Результаты данного исследования показали, что все показатели КЖ у детей с ВЗК значительно снижены по сравнению со здоровыми детьми такого же возраста [22].

В заключение по итогам анализа опубликованных отечественными авторами в течение последнего десятилетия исследований КЖ пациентов с ВЗК можно сделать следующие выводы.

1. Воспалительные заболевания кишечника как мультидисциплинарная проблема требуют комплексного и системного подхода к ее решению. В настоящее время становится очевидным интерес медицинской науки к изучению качества жизни больных с ВЗК, и во многих медицинских исследованиях качество жизни рассматривается как критерий эффективности лечения.

2. В исследованиях, выполненных врачами и опубликованных в медицинских журналах, внимание концентрируется, преимущественно, на снижении показателей КЖ, связанных с объективными ограничениями жизнедеятельности в условиях болезни и лечения, а также на показателях психоэмоционального состояния пациентов. Психологические исследования, раскрывающие субъективные переживания пациентов, индивидуально-личностные и социально-психологические факторы качества жизни больных ВЗК, практически, не представлены в современной отечественной психологической литературе.

3. Во всех проанализированных работах авторы подчеркивают значимость совместной и согласованной работы врачей гастроэнтерологов, психотерапевтов и медицинских психологов в процессе лечения и реабилитации пациентов с ВЗК для оптимизации их КЖ.

Список литературы.

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. – 2001.
2. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды. – Педагогика, 1980.
3. Бандель В. Е., Михайлова Е. И., Трофимова Н. В. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения как критерий эффективности терапии у пациентов с язвенным колитом //Гепатология и гастроэнтерология. – 2022. – Т. 6. – №. 1. – С. 77-81.
4. Болотова Е. В., Юмулян К. А., Дудникова А. В. Сравнительная оценка качества жизни и уровня тревоги и депрессии у пациентов с язвенным колитом //Доктор. Ру. – 2023. – Т. 22. – №. 2. – С. 51-56.
5. Бодрягина Е. С. Качество жизни и клинико-психологические особенности пациентов с различными вариантами течения воспалительных заболеваний кишечника : дис. – Казан. гос. мед. акад., 2014.

6. Головенко О. В. и др. Воспалительные заболевания кишечника. Клинические, эндоскопические, морфологические аспекты диагностики. Принципы современной терапии //Принципы современной терапии. – 2017.
7. Голышева С. В., Ветшев П. С., Григорьева Г. А. О качестве жизни больных язвенным колитом и болезнью Крона после хирургического лечения //Вестник национального медико-хирургического центра им. НИ Пирогова. – 2013. – Т. 8. – №. 2. – С. 97-101.
8. Гройсман А.Л. Медицинская психология: Монография. М.: Издательство Дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2002. 452 с. *
9. Еремян З. А., Щелкова О. Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине //Психология. Психофизиология. – 2022. – Т. 15. – №. 1. – С. 37-49.
10. Илич М., Чапала Т. В. Психологические причины возникновения и динамика распространения гастроэнтерологических заболеваний (в период с начала Великой Отечественной войны до пандемии COVID-19) //Концепт. – 2022. – №. 5. – С. 156-165.
11. Каграманова А. В., Князев О. В., Парфенов А. И. Болезнь Крона: до и после 1932 года //Терапевтический архив. – 2023. – Т. 95. – №. 2. – С. 193-197.
12. Казарин Д.Д., Шкляев А.Е., Чупина М.С. Оценка выраженности гастроэнтерологических синдромов у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника при помощи опросника GSRS // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2022. № 1. С. 32–34. *
13. Князев О. В. и др. Качество жизни больных воспалительными заболеваниями кишечника //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – №. 9. – С. 18-25.
14. Кулыгина Ю. А., Осипенко М. Ф. Показатели качества жизни у больных воспалительными заболеваниями кишечника с синдромом избыточного бактериального роста (по данным Новосибирского регистра) //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – №. 9 (145). – С. 30-34.
15. Кулыгина Ю.А., Осипенко М.Ф. Качество жизни больных с воспалительными заболеваниями кишечника и синдромом раздраженного кишечника: что общего? // Эффективная фармакотерапия. 2023. №19(8). С. 50–54. *
16. Маев И. В., Андреев Д. Н. Таргетная терапия воспалительных заболеваний кишечника: реалии и перспективы //Медицинский совет. – 2018. – №. 6. – С. 114–118.
17. Маев И. В. и др. Болезнь Крона: этиопатогенез, диагностика и консервативное лечение. – 2016.
18. Мосина Л.М., Матвеева Л.В., Киловатая О.А. и др. Воспалительные заболевания кишечника как медико-социальная проблема // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 6(2). С. 30–40. *
19. Муслев С.А., Маев И.В., Арутюнов С.Д. и др. Измерение показателей качества жизни в медицине на основе классической и современной теории / Под ред. Р.Ш. Гветадзе. М.: Общество с ограниченной ответственностью "Практическая Медицина", 2023. 216 с. *
20. Огарев В. В. и др. ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТАМИ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2023. – Т. 11. – №. 2 (41). – С. 165-174.
21. Абабков В. А. и др. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы личности. – 2014.
22. Силюян А. Л. Качество жизни детей с воспалительными заболеваниями кишечника //Российский педиатрический журнал. – 2020. – Т. 23. – №. 6. – С. 411-411.

23. Тагирова А. Р. и др. Качество жизни детей с болезнью Крона как потенциальный критерий мониторинга активности заболевания //Доктор. Ру. – 2020. – Т. 19. – №. 10. – С. 27-32.
24. Успенский Ю. П. и др. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА //Университетский терапевтический вестник. – 2022. – Т. 4. – С. 100-100.
25. Федорова В. Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника: дис. – Санкт-Петербургский государственный университет, 2009.
26. Чапала Т. В., Илич М. Исследование тревожности у пациентов гастроэнтерологического профиля //Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. – 2020. – С. 1187-1194.
27. Щелкова О. Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине //Психология. Психофизиология. – 2008. – №. 32 (132). – С. 81-90.
28. Щёктова А. П. и др. Качество жизни и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом в период атаки заболевания //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 2. – С. 25-25.
29. Якуничева О.Н. Медицинская психология. Курс лекций: Учебное пособие. СПб.: Издательство «Лень», 2017. 176 с. *
30. Яхин К. К., Абдулганиева Д. И., Бодрягина Е. С. Качество жизни и клинико-психологические особенности пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника //Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – №. 2. – С. 14-19.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ С ПРОЯВЛЕНИЕМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Капитанаки В. Е.¹, Карбушева П. И.²

Кафедра психофизиологии и клинической психологии

^{1,2}Ленинградский государственный университет им. А.С.Пушкина, Россия, г.

Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье приведены результаты исследования, нацеленного на определение адаптационных возможностей военнослужащих срочной службы с проявлением вегетативных дисфункций. В стресспротекторном поведении рассматриваются защитные реакции, формы агрессии и стратегии совладающего поведения. Представлен ряд корреляционных связей вегетативных дисфункций с формами агрессии.

Ключевые слова. военнослужащие по призыву, вегетативные дисфункции, адаптационные возможности, формы агрессии, стресспротекторное поведение.

ADAPTATION CAPABILITIES OF CONTRACTED MILITARY SERVICEMEN WITH MANIFESTATION OF AUTONOMIC DYSFUNCTIONS

Kapitanaki V. E.¹, Karbusheva P. I.²

Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

Leningrad State University named after. A.S. Pushkin

Russia, St. Petersburg

Abstract. This article presents the results of a study aimed at determining the adaptive capabilities of conscripts with the manifestation of autonomic dysfunctions. Stress-protective behavior considers defensive reactions, forms of aggression and coping strategies. A number of correlations between autonomic dysfunctions and forms of aggression are presented.

Key words. conscripts, autonomic dysfunctions, adaptive capabilities, forms of aggression, stress-protective behavior.

По данным ряда авторов вегетативные дисфункции имеют высокую распространенность среди населения и достигают 65–80% [2, 3, 4, 7, 9]. Наиболее часто встречается у лиц молодого возраста, именно призывники попадают под данный период от 18 до 30 лет.

Призыв на службу является стрессовым событием для юношей, так как военная служба подразумевает регламентированный распорядок дня, смену привычной жизнедеятельности, беспрекословного подчинения высшему по званию. Не исключено, что данные факторы приведут к вегетативным дисфункциям, следствием которого является дезадаптация личности. В данном исследовании под вегетативными дисфункциями понимается патологическое состояние, характеризующееся нарушением вегетативной регуляции внутренних органов, сосудов, обменных процессов в результате первично или вторично возникших морфофункциональных изменений в надсегментарном и сегментарном отделах вегетативной нервной системы [1, 2, 8].

Развитие заболевания сопровождается напряжением адаптационных систем, приводящим к снижению и даже истощению резервных возможностей организма [5, с. 3]. В условиях армейской службы это приводит к негативным последствиям: суицидальным попыткам; возникновению межличностных конфликтов как с сослуживцами, так и с командующими; самовольному оставлению части. Данный факт требует более

тщательного профессионально психологического отбора военнослужащих, проходящих срочную службу.

Объект. Военнослужащих срочной службы с проявлением вегетативных дисфункций.

Предмет. Адаптационные возможности военнослужащих с проявлением вегетативных дисфункций.

Цель. Изучить адаптационные возможности военнослужащих срочной службы с проявлением вегетативных дисфункций.

Исследование проводилось на базе военной части северо-западного военного округа. Всего в исследовании приняло участие 86 военнослужащих в возрасте от 17 до 22 лет. Для формирования основной и контрольной группы был использован авторский опросник «Вегетозы» (Москалик Ю. В.) [6]. Основную группу составили 29 человек с вегетативными дисфункциями. В контрольную группу вошли 57 респондентов, не имеющих вегетативные дисфункции.

В ходе исследования использовались стандартизованные психодиагностические методики, преимущественно, рекомендованные руководящими документами Министерства обороны РФ: Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность-200» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В.), «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Конте). Методика «Копинг - тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984). Опросник враждебности Басса-Дарки (Авторы: Арнольд Басс, Энн Дарки. Адаптация: А.К. Осницкий, А.А. Хван). Анкета самооценки состояний (АСС) (А. Л. Зюбан).

Полученные результаты по методике «МЛЮ «Адаптивность-200» указывают на то, что психологическое состояние военнослужащих с вегетативными дисфункциями является пограничным. Они не подготовлены к каким-либо стрессогенным воздействиям на это указывает низкий уровень нервно-психической устойчивости. Отсюда следует длительная и тяжелая адаптация к условиям армейской жизни. При этом если на данную группу лиц долгое время будут влиять неблагоприятные факторы, это приведет к срыву с длительными нарушениями функционального состояния.

Также отмечен низкий уровень поведенческой регуляции (43,31 усл. ед.) и коммуникативного потенциала (17,41 усл. ед.). Данный контингент не устойчив к долгим физическим и умственным нагрузкам, они быстро истощаются и не справляются со своими обязанностями все это в дальнейшем может привести к срыву профессиональной деятельности. Касательно коммуникативных способностей у военнослужащих с вегетативными дисфункциями отмечаются значительные затруднения. При взаимодействии с ними стоит заметить то, как они выражают свои мысли и чувства, как воспринимают критику в свой адрес и то, как они готовы идти на уступки и менять свою манеру общения с окружающими. Все вышеперечисленное дается им с большим трудом из этого следуют конфликтные ситуации с сослуживцами и главнокомандующими.

Если проанализировать все высказанные факторы: тяжелая адаптация, затруднение в общении, быстрая утомляемость организма и т. д., то вполне обосновано присутствие отдельных признаков суицидальной предрасположенности (79,3%).

Таблица 1.

Показатели личностного адаптационного потенциала военнослужащих по рыву

Шкалы	Группа военнослужащих с вегетативными дисфункциями	Группа военнослужащих без вегетативных дисфункций	T-критерия Стьюдента	P
-------	--	---	----------------------	---

	n=29		n=57			
	M±m	s	M±m	s		
ЛАП	69,38±4,24	22,81	29,19±2,13	16,06	8,48	$p \leq 0,001$
ПР	43,31±3,09	16,65	14,84±0,98	7,38	8,78	$p \leq 0,001$
КП	17,41±1,1	5,93	9,75±0,91	6,87	5,36	$p \leq 0,001$
МН	9,03±0,57	3,07	4,6±0,48	3,63	5,95	$p \leq 0,001$

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, s – стандартное отклонение.

ЛАП – личностно адаптационный потенциал;

ПР – поведенческая регуляция;

КП – коммуникативный потенциал;

МН – моральная нормативность.

Военнослужащие с вегетативными проявлениями достоверно больше (при $p \leq 0,001$) склонны к проявлению отдельных нарушений поведенческой регуляции и к низкому уровню адаптивных возможностей, чаще контрольной группы сталкиваются с проблемными ситуациями и встречаются трудности при выстраивании отношений в коллективе. Отличаются высоким уровнем конфликтности и неадекватным отношением к критическим замечаниям (Таблица 1). Достоверно больше склонны к действиям суицидальной направленности (шкала СР $9,52 \pm 0,95$ (основная группа), $0,93 \pm 0,12$ (контрольная группа) при $p \leq 0,001$).

Репертуар психологических защит военнослужащих с вегетативными дисфункциями характеризуется преобладанием компенсаторных функций для удовлетворения каких-либо недостатков (в том числе и физических). Также характерна латентная мания величия, которая может выражаться в виде привлечения внимания со стороны окружающих для подтверждения своих реальных или мнимых достоинств.

В ходе сравнительного анализа установлены достоверные различия, которые указывают на то, что военнослужащие с вегетативными дисфункциями имеют показатели выше по шкалам «регрессия» и «замещение». Полученные данные могут объяснять, то почему военнослужащие с вегетативными дисфункциями имеют низкий уровень коммуникативного потенциала («МЛО «Адаптивность - 200»»). При взаимодействии с главнокомандующими военнослужащие не могут позволить себе продемонстрировать негативные эмоции, так как боятся обратной отрицательной реакции, поэтому срываю свою злость на своих сослуживцах.

За долгими физическими и умственными нагрузками может последовать возврат к детским стереотипам поведения, которое выражается чувствами страха, неудачи, раздражения, агрессии. В данной модели поведения вполне ожидаемо беспричинное упрямство, перекалывание ответственности на своих товарищей, за редким исключением можно заметить истерическую слезливость.

С помощью методики «копинг-тест» были изучены стратегии совладания со стрессом. Ведущим копинг-механизмом военнослужащих с вегетативными дисфункциями является «Принятие ответственности». Из этого следует сделать вывод, что данная модель поведения дезадаптирует рядового в армии, так как ответственность в первую очередь возлагается на главнокомандующих и не касается новобранцев.

Таблица 2.

Особенности совладающего поведения военнослужащих по призыву

Шкалы	Группа военнослужащих с вегетативными дисфункциями		Группа военнослужащих без вегетативных дисфункций		Т-критерия Стьюдента	Р
	n=29		n=57			
	M±m	s	M±m	s		
Конф.	57,83±4,26	22,97	38,14±1,55	11,74	4,34	p ≤ 0,001
Дист.	51,38±3,02	16,28	41,19±1,99	15,06	2,81	p ≤ 0,01
Самоконт.	61,45±3,52	18,96	62,67±1,94	14,62	0,3	
Соц. под.	55,1±4,63	24,93	59,67±2,05	15,45	0,9	
Прин. ответ	69,52±3,69	19,85	50,33±2,58	19,51	4,26	p ≤ 0,001
Б-И	48,76±4,17	22,45	28,21±1,84	13,9	4,51	p ≤ 0,001
План. реш.	60,62±4,75	25,6	83,91±1,68	12,71	4,62	p ≤ 0,001
Пол. переоц	51,52±3,57	19,23	61,46±2,18	16,43	2,38	p ≤ 0,01

Примечание: Значения в таблице представлены в виде M±m, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, s - стандартное отклонение.

Конф. – конфронтационный копинг; Дист. – дистанцирование; Самоконт. – самоконтроль; Соц. под. – поиск социальной поддержки; Прин. ответ. – принятие ответственности; Б-И – бегство-избегание; План. реш. – планирование решения проблемы; Пол. переоц. – положительная переоценка.

Основная группа достоверно больше контрольной склонна применять неадаптивную стратегию, которая проявляется в импульсивности, враждебности, трудности планирования действий. Предпочитают отрицать или игнорировать проблемные ситуации, уклоняться от ответственности, демонстрировать вспышки раздражения и нетерпения (Таблица 2).

Были изучены особенности агрессивных и враждебных реакций, свойственных военнослужащим с вегетативными дисфункциями с применением методики «Диагностика показателей и форм агрессии» А. Басса и А. Дарки.

У основной группы был отмечен «очень высокий уровень» по следующим шкалам: «Подозрительность», «Раздражение», «Обида» и «высокий уровень» по шкале «Косвенная агрессия». В целом, данную группу военнослужащих можно описать следующим образом:

– склонных к недоверию, настороженности и подозрительности в межперсональном взаимодействии, находятся в постоянной готовности к негативной оценке и противодействию со стороны окружающих, считают, что сослуживцы могут причинить им вред. При таком постоянном напряжении военнослужащий будет стремиться контролировать ситуацию и брать ответственность за себя и за все происходящее рядом с ним (шкала «Подозрительность»). Из этого следует ведущий копинг-механизм «Принятие ответственности»;

– склонных к проявлению таких эмоций, как вспыльчивость, резкость, грубость и раздражение при минимальном возбуждении со стороны сослуживцев или командиров (шкала «Раздражение»);

– испытывают ненависть к окружающим сослуживцам, обусловленные недовольством собственной жизненной ситуацией или особенностям воинской службы (шкала «Обида»);

– предпочитают высказывать свое недовольство сослуживцем «за спиной» с помощью сплетен и злобных шуток (шкала «Косвенная агрессия»).

Военнослужащие с вегетативными дисфункциями имеют «повышенный уровень» по индексу агрессивности и «очень высокий уровень» по индексу враждебности. В целом это указывает на чрезмерно развитые формы агрессивности, которые затрудняют сотрудничество среди военнослужащих и провоцирует конфликтность.

Таблица 3.

Сравнительный анализ форм агрессии у военнослужащих по призыву

Шкалы	Группа военнослужащих с вегетативными дисфункциями		Группа военнослужащих без вегетативных дисфункций		Т-критерия Стьюдента	Р
	n=29		n=57			
	M±m	s	M±m	s		
ФА	50,79±3,96	21,34	39,65±3,06	23,07	2,23	p ≤ 0,05
КА	59,86±5,92	31,9	22,88±1,69	12,6	6,01	p ≤ 0,001
Раздраж.	71,69±3,85	20,71	22±2,46	18,59	10,88	p ≤ 0,001
Негатив.	60,03±3,43	18,45	29,12±2,51	18,92	7,28	p ≤ 0,001
Обида	70,41±5,08	27,37	17,21±1,93	14,56	9,79	p ≤ 0,001
Подозрит.	78,14±4,15	22,37	25,96±2,6	19,63	10,65	p ≤ 0,001
ВА	74,86±4,81	25,92	75,26±4,67	35,24	0,06	
ЧВ	58,31±4,3	23,16	43,04±2,65	19,97	3,03	p ≤ 0,01
ИА	65,78±3,02	16,28	45,64±2,74	20,67	4,94	p ≤ 0,001
ИВ	74,28±3,94	21,22	21,59±2,04	15,39	11,87	p ≤ 0,001

Примечание: Значения в таблице представлены в виде M±m, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, s - стандартное отклонение.

Подозрит. – подозрительность; Раздраж. – раздражение; Негатив. – негативизм; КА – косвенная агрессия; ФА – физическая агрессия; ЧВ – чувство вины; ВА – вербальная агрессия; ИА -индекс агрессивности; ИВ – индекс враждебности.

Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о том, что военнослужащие с вегетативными дисфункциями больше склонны к решению конфликта с применением физической силы; свои недовольства не в состоянии выразить прямо в лицо человеку; правила, порядки и устои игнорируют и не воспринимают всерьез; чувствуют себя обделенными и завидуют окружающим; убеждены в своей бесполезности и никчемности, обвиняют себя в «плохих» поступках. Военнослужащие основной группы достоверно (p ≤ 0,001) больше контрольной группы склонны к проявлению агрессии и враждебности (Таблица 3).

В результате проведения корреляционного анализа показателей вегетативных проявлений и форм агрессии был выявлен ряд корреляционных связей военнослужащих срочной службы (Рисунок 1).

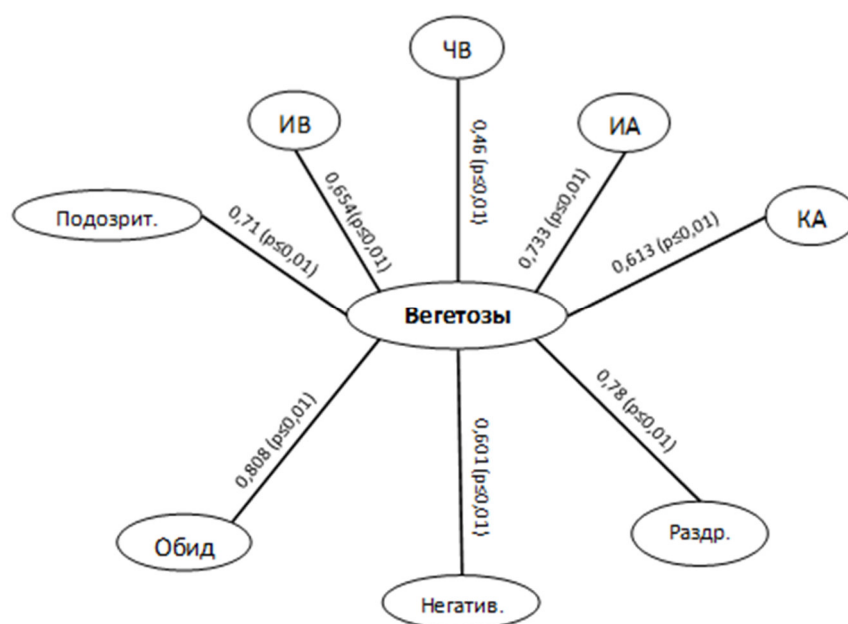


Рисунок 1. Корреляционная плеяда взаимосвязей показателей вегетативных проявлений и форм агрессии

Примечание: ЧВ – чувство вины; КА – косвенная агрессия; Раздраж. – раздражение; Негатив. – негативизм; Обида – обида; Подозрит. – подозрительность; ИА – индекс агрессивности, ИВ – индекс враждебности.

Корреляция значима на уровне 0,01

Корреляция обратной значимости на уровне 0,01

В ходе исследования были выявлены значимые положительные связи между показателем «вегетативные дисфункции» и показателями «чувство вины» (ЧВ) ($p \leq 0,01$); «косвенная агрессия» (КА) ($p \leq 0,01$); «раздражение» ($p \leq 0,01$); «негативизм» ($p \leq 0,01$); «обида» ($p \leq 0,01$); «подозрительность» ($p \leq 0,01$), индекс агрессивности ($p \leq 0,01$), индекс враждебности ($p \leq 0,01$).

Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что более интенсивная вегетативная реакция наблюдается при активации агрессивных форм поведения. Взаимодействие с окружающими характеризуется завистью и ненавистью к другим за действительные или вымышленные действия, а также вспыльчивостью и грубостью. Чем выраженнее вегетативное проявление, тем выше наблюдаемый уровень агрессивности и враждебности, который указывает на недоброжелательность, отстраненность от социума.

Выводы. Военнослужащие с проявлением вегетативных дисфункций отличаются сниженными адаптационными возможностями и характеризуются низкой нервно-психической устойчивостью, неадекватным отношением к критическим замечаниям, высокой конфликтностью.

Стресспротекторное поведение военнослужащих по призыву с проявлением вегетативных дисфункций характеризуется крайне узким репертуаром защитных реакций, стратегий совладающего поведения и чрезмерной склонностью к агрессивным реакциям. Защитные реакции и стратегии совладания со стрессом, традиционно наиболее эффективные в военной среде, данными военнослужащими игнорируются, уступая гораздо менее эффективным поведенческим реакциям.

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что на этапах прохождения мероприятий профессионального психологического отбора следует использовать психодиагностические опросники для оценки личности призывника, его нервно-психической устойчивости, адаптационных возможностей, ведущие психологические защиты и копинг-стратегии, чтобы быть уверенным в том, что данные военнослужащие справятся с решением психотравмирующих и фрустрирующих ситуаций.

Также в воинских частях следует разработать профилактические мероприятия, направленные на релаксацию, коррекцию поведенческих реакций и психоэмоционального состояния военнослужащих с применением различных техник и аппаратов биоритмостимуляции.

Список литературы.

1. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей //м.: медицина. – 1987. – Т. 1. – С. 448.
2. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение //(No Title). – 2003.
3. Воробьева О. В. Заболевания вегетативной нервной системы / О. В. Воробьев // Неврология. – 2019. – Т. 1. – С. 770–782. *
4. Котова О. В. Возможности лечения психовегетативного синдрома //Трудный пациент. – 2011. – Т. 9. – №. 12. – С. 24-27.
5. Малеванец Е. В. Особенности адаптации военнослужащих по призыву в разные сроки службы : дис. – Ин-т повышения квалификации Федер. мед.-биол. агентства России, 2015.
6. Москалик Ю. В. Оценка прогностических возможностей опросника «Вегетозы» при диагностике признаков вегетативного дисбаланса у лиц юношеского возраста //Психология XXI века: Психологические исследования и психологические технологии современности. – 2022. – С. 34-38.
7. Наумов К. М., Литвиненко И. В. Вегетативные тесты в диагностике синдрома вегетативно-сосудистой неустойчивости //Дегенеративные и сосудистые заболевания нервной системы. Сборник статей и тезисов. – 2016. – С. 69-71.
8. Погонченкова И. В. Методические рекомендации: физические факторы в медицинской реабилитации детей с синдромом вегетативной дисфункции / И. В. Погонченкова, М. А. Хан, Е. А. Турова. – Москва, 2018. – 17 с. *
9. Чутко Л. С., Фролова Н. Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. – Наука, 2005.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФОРИЕНТАЦИИ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА У УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

Киселёв И. С.¹, Рыбчинский В. П.²,

¹ студент 6-го курса, 37.05.01-Клиническая психология

²доцент, кандидат психологических наук

Кафедра психофизиологии и клинической психологии

^{1,2} Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО

«Южный федеральный университет»

Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. В нашем исследовании мы пытались выявить причины, из-за которых у детей школьного возраста возникает стресс. Как показала практика, причин огромное множество: сложности в учении; проблемы социализации, одной из которых может выступить буллинг; взаимоотношения с родителями на фоне учёбы; общая загруженность и т. д. И с этим школьники сталкиваются, почти каждый день по 6 часов на протяжении 11 лет, и при этом, данные стрессоры меркнут на фоне главной проблемы, с которой дети сталкиваются под конец всего этого цикла стресса – вопрос профессионального самоопределения.

Проблема выбора профессии очень сильно связана с дальнейшим уровнем удовлетворённости жизни, к осознанию которой человек приходит уже после окончания школы и сдачи государственных экзаменов, при устройстве на работу [1, с.20; 2, с.9; 3, с. 205; 4, с. 211].

Ключевые слова. профориентация, стресс, профессиональное самоопределение, проблемы социализации.

EMPIRICAL STUDY OF THE IMPACT CAREER GUIDANCE ON THE LEVEL OF STRESS IN HIGH SCHOOL STUDENTS

Kiselev I. S.¹, Rybchinskiy V. P.²,

¹6th year student, 37.05.01-Clinical Psychology

²Associate Professor, PhD in Psychology, Associate Professor

^{1,2} Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

Academy of Psychology and Pedagogy

Southern Federal University,

Rostov-on-Don, Russia

Annotation. In our study, we tried to identify the causes of stress in school-age children. As practice has shown, there are a huge number of reasons: difficulties in learning; socialization problems, one of which can be bullying; relationships with parents against the background of studying; general workload, etc. And this is what schoolchildren have been dealing with, almost every day for 6 hours for 11 years. At the same time, these stressors pale in comparison to the main problem that children face at the end of this stress cycle – the issue of professional self-determination.

The problem of choosing a profession is very much related to the further level of life satisfaction, which a person comes to realize after graduating from school and passing state exams, when applying for a job

Key words. career guidance, stress, professional self-determination, problems of socialization.

Актуальность исследования. В настоящее время сложилась ситуация, которая свидетельствует о назревшей потребности к изменениям подхода в общеобразовательных учреждениях к процессу профессионального самоопределения учащихся.

Понятие «самоопределение» имеет весьма широкое значение и применяется в подходах различной направленности, но исследователи вкладывают отличные друг от друга смыслы в данный термин. Так, в социологии, самоопределение прежде всего рассматривается как понятие, которое распространяется на все поколение и является характеристикой включения индивида в какие-либо социальные структуры, причем вид жизненной сферы, куда включен индивид определяет вид самоопределения. Ключевыми точками этого процесса являются этапы самоопределения, т.е. определенные события жизни человека, такие как окончание школы, либо начало занятия какой-либо новой деятельностью и т.п., следовательно, в социологическом подходе самоопределение рассматривается скорее, как практическое действие, которое является результатом вхождения индивида в различные социальные структуры. В психологии, напротив, больше внимания уделяется процессу самоопределения, т. е. именно тем психологическим механизмам, которые оказывают влияние на включение человека в какие-либо структуры. Следовательно, психологический подход во главу угла ставит внутреннее состояние человека.

Уже давно не секрет, что самовосприятие себя человеком во многом складывается от его реализации в профессиональной сфере. Для того, чтобы успешно развиваться в профессии, недостаточно только хорошего уровня образования, знаний и опыта, в первую очередь человеку необходимо получать искреннее удовольствие от деятельности, испытывать к ней глубокий, неподдельный интерес и склонность. Только в этом случае его деятельность будет продуктивной и эффективной, будет приносить удовлетворение и пользу не только самому индивиду, но и всему обществу в целом. В связи с этим вопрос профессионального самоопределения личности является ключевым в процессе формирования человека с самого раннего детства.

Для полноценного профессионального самоопределения ученику необходимо разобраться не столько во внешних процессах, сколько в самом себе, обрести смысловую наполненность всех аспектов бытия. Следовательно, профессиональную готовность к выбору профессии мы трактуем как сложноорганизованный личностный процесс, приводящий к обретению смысла будущей рабочей деятельности, который имеет определенную структуру и детерминирован личностными особенностями оптанта.

Профессиональная ориентация определяется как система мероприятий по ознакомлению молодежи и взрослых с миром профессий.

Цель исследования. Выявить значимость профориентационных мероприятий на профессиональное самоопределение старшеклассников.

Объект, предмет, гипотеза исследования.

Предмет. Уровень стресса и влияние на него профориентации.

Объект. Ученики 8, 9 и 10 классов средней общеобразовательной школы №18 г. Ростов-на-Дону, в количестве 147, возрастного диапазона от 13 до 17 лет.

Гипотеза. Мы предполагаем, что профориентационные мероприятия снижают уровень стресса у учащихся при выборе профессии.

Методологическая основа исследования.

В своей работе мы опирались на:

- учебно-методическое пособие «Современные методы профориентации и самоопределения обучающихся» О. П. Черных

- методическое пособие «Организация профориентационной работы в школе» С. К. Овсянникова

- методическое пособие для руководителей образовательных организаций «Профориентация: основы, проблемы, тенденции, ресурсы» Д.В. Татьянченко

Этапы исследования:

1 этап – организационный: обсуждение тематики, определение общих требований, составление плана.

2 этап – теоретико-методологический: работа с литературными источниками, изучение современного состояния проблемы, выбор предмета и объекта исследования, выдвижение гипотез, определение методологической базы.

3 этап – эмпирический: постановка эмпирических задач, выбор методов и методик исследования, организация и проведение экспериментального исследования по выбранной теме.

4 этап – аналитико-статистический: обработка полученных данных, описание и интерпретация результатов, проверка гипотез, формулировка выводов.

Методы исследования:

- Шкала психологического стресса PSM-25 (Лемура-Тесье-Филлиона) предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса;
- Дифференциально-диагностический опросник (ДДО) (Е.Л. Климов);
- Опросник для определения профессиональной готовности Л.Н. Кабардовой;
- Методика «ПРОВЕРЬ СВОИ ИНТЕРЕСЫ»;
- Психогеометрический тест С. Деллингер;
- тестирование респондентов и обработка данных с помощью количественных и качественных методов статистической обработки, обобщение, анализ и интерпретация полученных результатов.

Соотношение разных изменений уровня стресса:

Таблица 1.

Показатели уровня стресса учащихся 8-10 классов (методика «Шкала психологического стресса PSM-25»)

Уровни стресса	Количество испытуемых с данным уровнем стресса	
	До профориентационных мероприятий (n=147)	После профориентационных мероприятий (n=147)
Высокий	40 (27,2%)	17 (11,6%)
Средний	77 (52,4%)	44 (29,9%)
Низкий	30 (20,4%)	86 (58,5%)

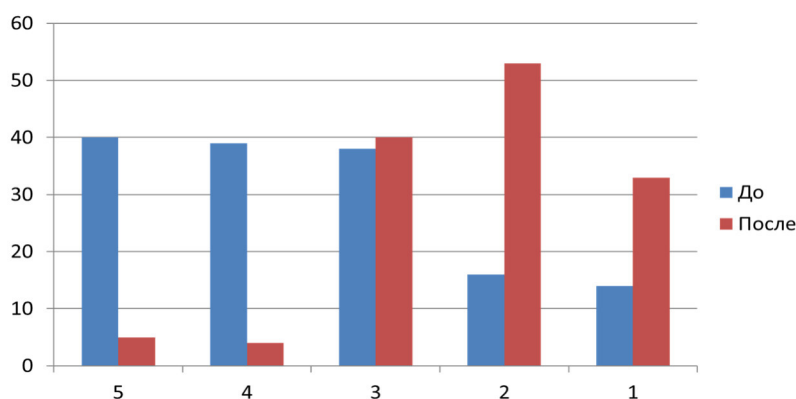


Рисунок 1. Соотношение разных изменений уровня стресса до и после профориентации

Показатели уровня стресса до проведения профориентационных мероприятий выявили значительную обеспокоенность у учащихся, по поводу выбора профессии.

Соотношение разных изменений уровня стресса после проведения профориентационных мероприятий:

- Высокий показатель стресса остался высоким – 17 (10,8%)
- Показатель стресса остался низким – 10 (6,8%)
- Показатель стресса вырос – 5 (3,4%)
- Показатель стресса незначительно уменьшился (на один пункт) – 48 (32,7%)
- Показатель стресса уменьшился значительно (на два и более) – 68 (46,3%)

Эти данные показывают нам, что уровень стресса действительно снизился, но для того, чтобы дети вообще перестали беспокоиться о выборе своей будущей профессии необходим более глубокий, длительный и комплексный подход.

Поговорим, о статистике по направлениям профессий, которые были выявлены в ходе исследования.

Дифференциально-диагностический опросник (ДДО). Разработан под руководством Е.А. Климова и предназначен для определения интересов и склонностей человека. Он показал следующие результаты:

Таблица 2.

Показатели интересов и склонностей учащихся 8-10 классов (методика «Профориентационный дифференциально-диагностический опросник ДДО, Климов Е.А.»)

Тип профессии	Количество испытуемых, соответствующих определенному типу профессии (n=147)
Человек-природа	25 (17%)
Человек-техника	51 (34,7%)
Человек-человек	94 (63,9%)
Человек-знаковая система	52 (35,4%)
Человек-художественный образ	56 (38,1%)

Опросник для определения профессиональной готовности (Л.Н. Кабардовой). Данный опросник позволяет подтвердить, конкретизировать информацию по тесту ДДО и быть может дополнит интерпретацию по профессиональному интересу оптанта.

Таблица 3.

Показатели интересов и склонностей учащихся 8-10 классов (методика «Опросник для определения профессиональной готовности Л.Н. Кабардовой»)

Тип профессии	Количество испытуемых, соответствующих определенному типу профессии (n=147)
Человек-природа	22 (14,9%)
Человек-техника	49 (33,3%)
Человек-человек	92 (62,58%)
Человек-знаковая система	53 (36,4%)
Человек-художественный образ	57 (38,7%)

Методика: «Проверь свои интересы». Она предназначена для определения профессиональных предпочтений по тринадцати направлениям.

Таблица 4.

**Показатели профессиональных предпочтений
учащихся 8-10 классов (методика «Проверь свои интересы»)**

Профессиональные предпочтения	Количество испытуемых, соответствующих определенным профессиональным предпочтениям (n=147)
Ухаживать. Лечить. Советовать. Поддерживать	74 (50,3 %)
Выяснять. Анализировать. Подсчитывать	69 (46,9 %)
Охранять. Защищать. Приходить на помощь	66 (44,9 %)
Живопись. Рисование. Театр. Танец	64 (43,5 %)
Информировать. Преподавать. Инструктировать	61 (41,5 %)
Конструировать, измерять и чертить	52 (35,4 %)
Водить машины и автомобили	49 (33,3 %)
Готовить еду. Печь	45 (30,6 %)
Животные и растения	42 (28,6 %)
Монтаж. Ремонт. Установка	41 (27,9 %)
Тексты. Цифры. Архивы	36 (24,5 %)
Продавать. Покупать. Обслуживать	33 (22,4 %)
Изготовление. Производство	30 (20,4 %)

Результаты данных тестов хорошо коррелируют друг с другом, что нельзя сказать о психогеомерическом тесте. В различных компаниях часто используют данный тест, при устройстве на работу. Мы решил выяснить, валидность данной методики.

Результат показал следующее:

Психогеомерический тест С. Деллингера

Таблица 5.

**Показатели интересов и склонностей
учащихся 8-10 классов (методика «Психогеомерический тест» С. Деллингера)**

Тип профессии	Количество испытуемых, соответствующих определенному типу профессии (n=147)
Человек-Человек	47 (32%)
Человек-Художественный образ	40 (27,2 %)
Человек-Знаковые системы	14 (9,5 %)
Человек-Техника	26 (17,7 %)
Человек-Природа	20 (13,6 %)

Эти ответы слишком сильно разнятся от общих показателей, что может говорить о том, что психометрический тест С. Деллингер не проходит валидность.

Гендерные различия в предпочтении профессий:

Таблица 6.

Показатели интересов и склонностей учащихся 8-10 классов (гендерные предпочтения)

Тип профессии	Количество испытуемых, соответствующих определенному типу профессии (n=147)	
	Девушки (n=58)	Юноши (n=89)
Человек-Человек	40 (69%)	44 (49,4%)
Человек-Художественный образ	35 (60,3%)	21 (23,6%)
Человек-Знаковые системы	17 (29,3%)	40 (44,9%)
Человек-Природа	12 (20,7%)	8 (9%)
Человек-Техника	1 (1,7%)	50 (56,2%)

Из этих данных можно сделать вывод, что у девочек имеется склонность к профессиям типов: Человек-Человек (в области медицины); Человек-Художественный образ; Человек-Природа. А у мальчиков: Человек-Техника; Человек-Человек (область торговли); Человек-Знаковые системы.

Выводы. Значимость различий уровня стресса у старшеклассников до проведения профориентационных мероприятий и после их проведения была доказана с помощью анализа Т-критерием Стьюдента. $t_{эмп} = 12.7$. Полученное эмпирическое значение t находится в зоне значимости, а это означает, что значимость различий между показателями уровня стресса до профориентации и после статистически достоверна. Это даёт нам понять, что профориентация значительно снизила уровень стресса у учеников, что подтверждает нашу гипотезу и демонстрирует важность профориентационных мероприятий со школьниками.

В результате проведенного эмпирического исследования были выявлены существующие различия между школьниками старших классов, а также определены особенности психологической готовности к выбору будущей деятельности присущие подросткам разного пола, доказано влияние взаимодействия пола и возраста на отдельные характеристики психологической готовности к выбору профессии.

Также были рассмотрены социально-психологические данные профессиональных предпочтений, способностей и возможностей учащихся выпускных классов, их личностные особенности. Полученные данные расширяют имеющиеся представления современной науки о психологических особенностях выбора профессии у детей подросткового и юношеского возраста.

Профессиональная ориентация должна не только помочь людям в выборе профессии, но ещё следить за нынешним рынком труда.

Однако, не стоит забывать и о факторах, которые могут повлиять на актуальность рынка труда. Одним из таких факторов стал – искусственный интеллект.

Профессии, которые может заменить искусственный интеллект:

Оператор call-центров, продавец розничной торговли, турагент, банковский служащий, курьер, почтальон, диспетчер такси, бухгалтер, учетчик, диктор, провизор-фармацевт, переводчик и ряд других профессий.

Тем самым востребованность в профориентации, особенно в последние годы, крайне возросла.

Практическая значимость. Заключается в том, что данные, полученные в результате эмпирических исследований, помогут выявить различия между старшеклассниками по разным компонентам психологической готовности, на основе чего мы сможем выделить те пробелы и проблемные места в процессе профессионального самоопределения школьников, на которые стоит обращать внимание педагогам в первую очередь.

Список литературы.

1. Арон И. С. Профессиональное самоопределение старшеклассников в контекстесоциальной ситуации развития //Национальный психологический журнал. – 2013. – №. 3 (11). – С. 20-27.
2. Водопьянова Н. Е., Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – Издательский дом " Питер", 2013.
3. Врублевска М. М., Зыкова О. В. Профориентационная работа в школе. – 2004.
4. Рыбчинский В.П., Ревякин Н.Н., Пасечник Ж.В. Психологические особенности профессионального самоопределения старшеклассников, занимающихся в спортивных секциях. Сборник материалов XXV Всероссийской научно-практической конференции. Издательско-полиграфический комплекс Рост, гос. экон. ун-та, (РИНХ), 2022 - С. 202-208.

ПАНДЕМИЯ КАК СТРЕССОВЫЙ ФАКТОР В ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Осипова Н. В.¹, Клименко Ю. И.²,

Кандидат психологических наук, доцент

Кафедра общей психологии и психологии личности

Психолого-педагогический факультет ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет» Россия, г. Ставрополь

²Студентка

^{1,2} Психолого-педагогический факультет ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет»

Россия, г. Ставрополь

Аннотация. В статье рассмотрено влияние пандемии COVID-19 как стрессового фактора, способствующего возникновению или обострению психологических нарушений. Описано влияние пандемии на психологические расстройства, связанные с личностной патологией. Рассмотрена возможность применения дистанционной терапии в условиях карантинных ограничений.

Ключевые слова. коронавирусная инфекция, стресс, депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство личности, терапия.

PANDEMIC AS A STRESSFUL FACTOR IN THE OCCURRENCE AND DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS

Osipova N. V.¹, Klimenko J. I.²,

¹Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor

Department of General Psychology and Psychology of Personality

Faculty of Psychology and Pedagogy, Federal State Educational Institution of Higher Education "North Caucasus Federal University" Russia, Stavropol

²Student

^{1,2} Faculty of Psychology and Pedagogy, Federal State Educational Institution of Higher Education "North Caucasus Federal University"

Russia, Stavropol

Abstract. The article considers the influence of COVID-19 pandemic as a stress factor contributing to the emergence or exacerbation of psychological disorders. The influence of the pandemic on psychological disorders associated with personality pathology is described. The possibility of using distance therapy under quarantine restrictions is considered.

Keywords. coronavirus infection, stress, depression, anxiety, posttraumatic stress disorder, personality disorder, therapy.

Введение. Новый вид коронавирусной инфекции (COVID-19), впервые обнаруженный в Ухане в 2019 году, стал глобальной угрозой для здоровья населения всего мира. Огромное количество людей пострадало во время пандемии. В период пандемии COVID-19 проводимые исследования, в первую очередь, были обращены на общие соматические осложнения. Однако, учитывая появившиеся факты о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье человека, началось активное развитие исследований в этой области. Проведённые исследования выявили наличие разных симптомов психических нарушений у пациентов, пострадавших от новой коронавирусной инфекции.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования является стрессогенное влияние пандемии на возникновение и развитие психических нарушений у пациентов, пострадавших от COVID-19. Исследование проводилось с применением библиографического метода на основе теоретической литературы и опубликованных современных исследований о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье человека.

Результаты и их обсуждение. Новая коронавирусная инфекция вызвана коронавирусом SARS-CoV-2 и протекает с типичным респираторным синдромом, включающим повышенную температуру, кашель, утомляемость, головную и мышечные боли. Особенностью в симптоматике течения инфекции у многих пациентов было исчезновение обоняния и изменения вкуса. Вопреки первоначальным представлениям, по данным I.J. Korallnik, SARS-CoV-2 поражает не только дыхательную систему, но и многие другие важные органы, включая периферическую и центральную нервную системы [9, с. 1].

В исследовании, проведенном под руководством А.М. Baig, было выявлено, что вирус SARS-CoV-2 по сравнению с другими вирусами ОРВИ, имеет большую нейротропную активность, вследствие чего значительно чаще приводит к поражению ЦНС [3, с. 995]. По данным А.Р. Egbert, результаты нейровизуализационных исследований, проведенных исследовательскими центрами мира, подтверждают распространенность аномалий головного мозга, связанных с течением COVID-19. При обследовании с помощью МРТ и КТ чаще всего выявлялось снижение плотности белого вещества мозга [2, с. 543].

Проведенный Е. Łojek обзор литературы показал, что появляющиеся данные свидетельствуют о значительных поведенческих и когнитивных нарушениях у пациентов после COVID-19, которые присутствуют на ранней стадии после выздоровления и сохраняются длительное время [10, с. 104].

Данные исследования, проведенного в Великобритании под руководством М.А. Ellul, позволяют сделать вывод о достаточно большой распространенности поражений ЦНС и периферической нервной системы вирусом SARS-CoV-2, а также о его серьезном влиянии на течение и появление новых случаев психических заболеваний. В исследовании приняло участие 153 пациента. Было выявлено, что у 77 (62%) из 125 больных имелись синдромы нарушения мозгового кровообращения. Помимо цереброваскулярных поражений, 39 (31%) из 125 пациентов имели измененное психическое состояние. Остальные 23 (59%) пациента с измененным психическим статусом имели подтвержденные психиатрические диагнозы: у 2 (9%) из 23 пациентов были обострения имеющегося стойкого психического заболевания, а 21 (92%) из них с новыми диагнозами. У 10 (43%) из 23 пациентов с нервно-психическими расстройствами выявлен впервые развившийся психоз, у 6 (26%) – нейрокогнитивный (деменционно-подобный) синдром, у 4 (17%) – аффективное расстройство и 3 пациента (14%) с другими психическими расстройствами. У 9 (7%) из 125 пациентов были выявлены периферические и другие неврологические расстройства. Также у пациентов присутствовали симптомы синдрома хронической усталости и посттравматического стрессового расстройства [8, с. 767].

С.Н. Мосолов указывает, что при постковидном синдроме к часто встречающимся психическим расстройствам относят стрессовые расстройства (от 6 до 31%), бессонницу (от 26 до 40%) депрессию (от 7 до 43%), тревогу (от 10 до 48%), нарушения когнитивных функций (от 12 до 55%), астению (от 17 до 72%), которые формируют специфический астеноневротический синдром, сопровождающийся когнитивной дисфункцией и депрессией. [15, с. 2].

Увеличение количества психических расстройств во время COVID-19 было обусловлено рядом социально-психологических факторов, среди которых можно выделить обилие негативной информации, высокую контагиозность заболевания, наличие бессимптомных форм инфекции, масштабные карантинные мероприятия с вынужденной

домашней изоляцией, ограничение социальной активности, обострение семейных проблем, рост безработицы и др.

По данным опроса, проведенного А.А. Alkhamees и группой исследователей, среди 1160 респондентов 23,6% сообщили об умеренном или тяжелом психологическом воздействии вспышки COVID-19, 28,3% сообщили о симптомах депрессии, 24% – о симптомах тревоги и 22,3% – о симптомах стресса от умеренной до тяжелой степени соответственно. Также было выявлено, что респонденты, которые практиковали определенные профилактические меры (например, мытье рук, социальное дистанцирование) продемонстрировали защитный эффект от симптомов стресса, тревоги и депрессии. В исследовании участники с заявленными психическими расстройствами (10,5% от выборки) показали более высокие баллы по всем шкалам депрессии, тревоги и стресса.[1, с. 3].

В остром периоде заболевания в большом количестве фиксировались симптомы стресса, тревоги, депрессии, часто отмечалась бессонница, которые сопровождали пациентов и после выздоровления. Так, по данным метаанализа, проведенного J. Deng, было выявлено, что в острой фазе заболевания у 45% пациентов присутствовали симптомы депрессии, у 47% симптомы тревоги и у 34% наблюдалась бессонница [5, с. 104].

Исследование N. Matalon среди пациентов, госпитализированных с COVID-19 показало, что почти у 20% пациентов развилось ПТСР в течение месяца после госпитализации. В значительной степени это было связано с продолжительностью периода госпитализации и возникающими в результате чувствами социальной разобщенности и психического истощения. [12, с. 3].

В исследовании под руководством M.G. Mazza было обследовано на наличие психических симптомов 402 человека, переболевших COVID-19. Обследование проходило через месяц после стационарного лечения. Текущая психопатология измерялась с помощью интервью и опросников для самоотчетов. У 28% пациентов были выявлены симптомы характерные для посттравматического стрессового расстройства, у 31% – симптомы, характерные для депрессии, у 42% – выявлены симптомы тревоги, а у 40% – определены симптомы бессонницы. Также у 20% обследованных были определены симптомы обсессивно-компульсивного расстройства. У пациентов с ранее установленным психиатрическим диагнозом было выявлено повышение баллов по большинству психопатологических показателей. Также у обследуемых тяжесть симптомов депрессии сочеталась с суицидальными мыслями (3,6%) и суицидальным планированием (0,8%) [13, с.594, 597].

По результатам исследования, проведенного M. Taquet было выявлено, что у 12,84% пациентов, переболевших COVID-19 через шесть месяцев после выздоровления, впервые был поставлен неврологический или психиатрический диагноз [18, с. 416].

Согласно глобальному метаанализу, опубликованному в журнале Lancet, в результате воздействия пандемии COVID-19 наблюдался наибольший рост распространенности большого депрессивного расстройства – на 27,6% и тревожных расстройств – увеличение на 25,6% [4, с.535].

Пациенты с психическими расстройствами, уже выявленными до пандемии, стали достаточно уязвимой группой с высоким риском ухудшения состояния. Пандемия COVID-19 и связанные с ней ограничения стали событием стрессового характера и оказали существенное влияние на социальное функционирование и эмоциональное состояние людей, а также оказались фактором, способствующим обострению психологических нарушений, связанных, в том числе, и с личностной патологией. Поэтому исследование воздействия пандемии COVID-19 на пациентов с расстройствами личности вызывает большой интерес, т.к. у них имеются поведенческие нарушения, а также трудности в

межличностных отношениях и регуляции эмоций, которые могут усиливаться под влиянием стресса.

Расстройства личности определяются в МКБ-10 как «устойчивые модели поведения, проявляющиеся в виде негибких реакций на широкий спектр личных и социальных ситуаций». По мнению S.V. Patten, это группа, чьи ресурсы для преодоления трудностей могут быть ограничены, и которая чаще всего может быть психически перегруженной в такой стрессовой ситуации, как пандемия. Другие механизмы, такие как употребление психоактивных веществ или уязвимость к отвержению или покинутости, также могут внести свой отрицательный вклад в психическое состояние [16, с. 472].

По мнению Malogiannis I.A., в основе интенсивных аффективных и поведенческих проявлений у пациентов с расстройствами личности лежат серьезные трудности, связанные с межличностными отношениями и с идентичностью [11, с. 9].

Основываясь на характеристиках этих расстройств, E. Preti и соавторы высказали предположение, что пандемия будет плохо переноситься людьми с расстройствами личности. E. Preti предположил, что пациенты с расстройством личности (РЛ) могут по-разному реагировать на пандемию, в зависимости от их основного диагноза и сопутствующих проявлений. При РЛ кластера А (параноидальный, шизоидный, шизотипический тип) параноидальные черты личности и страх пациентов перед заражением могут усугубить негативное отношение и подозрительность по отношению к окружающим, поддерживая ранее существовавшие представления о преследовании других. Усиление параноидальных тенденций может привести к тому, что пациенты с РЛ кластера А будут испытывать высокий уровень психологического дистресса, депрессивных чувств и симптомов тревоги. Их отстраненность может взаимодействовать с карантинными мерами и усугублять социальную изоляцию. Пациенты кластера В (пограничный, нарциссический, истерический, антисоциальный) могут демонстрировать реакции, связанные со стрессом, включая импульсивное и рискованное поведение. Такое поведение особенно характерно для пациентов с пограничным расстройством личности. Присущий им страх быть покинутым и имеющиеся трудности в регуляции эмоций, могут привести к усилению межличностных конфликтов и сделать социальное дистанцирование крайне тяжелым для данных пациентов. С другой стороны, в силу своей самопоглощенности нарциссические пациенты могут быть относительно защищены от негативных последствий изоляции, даже если им трудно подпитывать свое грандиозное самовосприятие. Наконец, пациенты кластера С (избегающий, зависимый, обсессивно-компульсивный) могут быть особенно склонны к тревоге и стрессовым реакциям из-за страха заражения и демонстрировать серьезные нарушения в ответ на сильное беспокойство о выживании других. Кроме того, ригидность и нетерпимость к переменам могут препятствовать адаптации к новому распорядку дня [17, с. 2–6].

Особый интерес представляет изучение влияния пандемии на пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ), в связи с тем, что социальное дистанцирование и усиление чувства одиночества становятся серьезными обстоятельствами, отягчающими течение заболевания и вызывающие социальную замкнутость, чувство отверженности, покинутости, чувство пустоты и тревогу. В результате чего, пациенты с ПРЛ становятся более подверженными к употреблению психоактивных веществ и рискованному поведению. Ощущение того, что человек не может контролировать существующую ситуацию и тревожность, вызванная этим состоянием, могут приводить к усилению параноидальных идей у пациентов с ПРЛ, что может увеличить имеющиеся проблемы в межличностных отношениях.

По данным I.A.Malogiannis, в многоцентровом исследовании, проведенном во время первой волны пандемии в Северной Европе с участием 1120 пациентов с расстройством личности, полученные результаты показали рост тревожности, депрессии,

агрессии, употребления психоактивных веществ, социальной изоляции и снижения трудовой активности, в то время как показатели суицидального поведения остались прежними. [11, с. 9].

R. Di Stefano, проведя метаанализ, выявила, что большинство пациентов с расстройством личности сообщали об ухудшении психического здоровья во время пандемии. Кроме того, в исследовании сообщалось о повышении уровня межличностного насилия и самонасилия [6, с. 7].

Результаты исследования под руководством S.B. Patten показали, что во время пандемии было зафиксировано значительное увеличение госпитализации пациентов с расстройствами личности, достигшее пика через 12–15 месяцев после начала пандемии. 77% пациентов, попавших в больницу, имели диагноз классифицированный в МКБ-10 по категории F60.3 "Эмоционально неустойчивое расстройство личности" (в классификации DSM-5 – "пограничное расстройство личности"). Данная категория расстройств личности чаще всего приводит к госпитализации [16, с. 471].

Исследование, проведенное S.B. Patten в Канаде, выявило увеличение числа госпитализаций по поводу расстройств пищевого поведения. Анализ данных показал, что это увеличение было связано исключительно с нервной анорексией (F50.0) и атипичной нервной анорексией (F50.1) [16, с. 470].

Исследование, проведенное S.R.M. Coleman, подчеркнуло тот факт, что люди с более высоким уровнем нарциссических черт могут подвергаться большему личному риску неблагоприятных исходов, связанных с травмой, таких как посттравматическое стрессовое расстройство [3, с. 2].

Результаты исследования, проведенного F.K. Miguel в Бразилии (1578 человек) показали, что антисоциальные черты, присущие антисоциальному расстройству личности, особенно более низкий уровень эмпатии и более высокий уровень черствости, лживости и склонности к риску, напрямую связаны с более низким соблюдением мер сдерживания при карантине [14, с. 7].

Важнейшей проблемой, с которой пришлось столкнуться службам психического здоровья, оказывающим терапию пациентам с РЛ, была необходимость прекратить очную психотерапию и продолжить ее по телефону или онлайн. Пациенты с расстройством личности особенно чувствительны к изменениям терапевтических условий, и это являлось отягчающим фактором. По данным I.A. Malogiannis было выявлено, что прекращение очной психотерапии у пациентов с пограничным расстройством личности сопровождалось ухудшением симптоматики, чувством тревоги, печали и беспомощности. Когда у пациентов не было возможности продолжать сеансы по телефону или онлайн, наблюдалось увеличение количества посещений отделений неотложной помощи. Напротив, продолжение сеансов с помощью телепсихиатрии было сочтено пациентами удовлетворительным и часто приводило к снижению симптомов заболевания. Эти данные согласуются с исследованием, проведенным в службе расстройств личности Первого психиатрического отделения Афинского национального университета и Университета Каподистрии в больнице Эгинитион. В начале пандемии 51 пациент с ПРЛ посещал сеансы групповой психоаналитической психотерапии. В связи с ужесточением мер карантина, очные занятия были прекращены и продолжались в течение 4 месяцев онлайн. В кризисных ситуациях пациенты пользовались телефонной связью с терапевтами. За это время не было случаев госпитализаций, попыток самоубийства, самоповреждений, лечение прекратили 2 пациента, т.е. телепсихиатрия показала достаточно высокую эффективность терапии [11, с.9].

Заключение. Таким образом, пандемия коронавируса (COVID-19) сопровождалась целым рядом потенциально стрессовых или травмирующих переживаний, с которыми люди столкнулись в повседневной жизни, и оказалась фактором, способствующим

возникновению или обострению психических нарушений. Также пандемия и связанные с ней ограничения оказали значительное психологическое воздействие на пациентов с расстройствами личности. Однако, в тех случаях, когда терапевтическая обстановка оставалась прежней и поддерживалась непрерывность терапевтического сотрудничества, пациенты с расстройствами личности, несмотря на тяжесть их патологии, демонстрировали хорошую адаптацию и были способны выдерживать напряженность ситуации, вызванную пандемией. Анализ исследований показал, что у людей с психическими расстройствами и, в частности, с расстройствами личности наблюдался повышенный уровень госпитализации, особенно на ранних стадиях пандемии. Это наблюдение имеет значение для готовности к пандемии психиатрических стационарных ресурсов. В случаях, если в рамках мер по борьбе с пандемией работа служб психического здоровья сокращена или доступ к ним затруднен, предоставление поддерживающих и психотерапевтических вмешательств можно продолжать с помощью телепсихиатрии.

Список литературы.

1. Alkhamees A. A. et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia // *Comprehensive psychiatry*. – 2020. – Т. 102. – С. 152-192.
2. Baig A. M. et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms // *ACS chemical neuroscience*. – 2020. – Т. 11. – №. 7. – С. 995-998.
3. Coleman S. R. M. A commentary on potential associations between narcissism and trauma-related outcomes during the coronavirus pandemic // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2020. – Т. 12. – №. S1. – С. S41.
4. Santomauro D. F. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic // *The Lancet*. – 2021. – Т. 398. – №. 10312. – С. 1700-1712.
5. Deng J. et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2021. – Т. 1486. – №. 1. – С. 90-111.
6. Di Stefano R. et al. Personality disorders (PD) and interpersonal violence (IV) during COVID-19 pandemic: a systematic review // *Annals of general psychiatry*. – 2022. – Т. 21. – №. 1. – С. 1-10.
7. Egbert A. R., Cankurtaran S., Karpiak S. Brain abnormalities in COVID-19 acute/subacute phase: a rapid systematic review // *Brain, behavior, and immunity*. – 2020. – Т. 89. – С. 543-554.
8. Ellul M. A. et al. Neurological associations of COVID-19 // *The Lancet Neurology*. – 2020. – Т. 19. – №. 9. – С. 767-783.
9. Korolnik I. J., Tyler K. L. COVID-19: a global threat to the nervous system // *Annals of neurology*. – 2020. – Т. 88. – №. 1. – С. 1-11.
10. Łojek E. et al. Neuropsychological disorders after COVID-19. Urgent need for research and clinical practice // *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*. – 2021. – Т. 30. – №. 2. – С. 104-112.
11. Malogiannis I.A. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with personality disorders. *Psychiatriki*. 2023 Mar 28;34(1):9-12. English, Greek, Modern. *
12. Matalon N. et al. Trajectories of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in hospitalized COVID-19 patients: A one-month follow-up // *Journal of psychosomatic research*. – 2021. – Т. 143. – С. 110399.
13. Mazza M. G. et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors // *Brain, behavior, and immunity*. – 2020. – Т. 89. – С. 594-600.

14. Miguel F. K. et al. Compliance with containment measures to the COVID-19 pandemic over time: Do antisocial traits matter? //Personality and individual differences. – 2021. – Т. 168. – С. 110346.
15. Мосолов С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 //Современная терапия психических расстройств. – 2021. – №. 3. – С. 2-23.
16. Patten S. B. et al. Hospital Admissions for Personality Disorders Increased During the COVID-19 Pandemic //The Canadian Journal of Psychiatry. – 2023. – С. 07067437231155999.
17. Preti E. et al. Personality disorders in time of pandemic //Current psychiatry reports. – 2020. – Т. 22. – С. 1-9.
18. Taquet M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records //The Lancet Psychiatry. – 2021. – Т. 8. – №. 5. – С. 416-427.

ПСИХОДЕРМАТОГЛИФИКА: БИОМАРКЕРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Короткова Е. В., Борисов А. И.

Научный руководитель – ¹Грызунов Владимир Викторович

¹Преподаватель, ответственный за учебную работу и курс клинической патофизиологии, д.м.н., профессор

Кафедра патофизиологии с курсом клинической патофизиологии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Целью данной работы является обзор современных представлений о значимости закономерностей между формированием дерматоглифических паттернов и развитием мультифакторных психических расстройств, которые в том числе связаны с генетической предрасположенностью, по данным научной литературы по данной проблеме. Результаты показали, что особенности дерматоглифических паттернов имеют ассоциацию с развитием некоторых психопатологий, что могло бы использоваться в качестве фенотипического предиктора (биомаркера) развития ментальных расстройств.

Ключевые слова. психодерматоглифика, нейрофизиология, биомаркеры, психиатрия, психические расстройства, обзор, дерматоглифика, предиктор, прогностический маркер.

PSYCHODERMATOGLYPHICS: BIOMARKERS OF MENTAL ILLNESSES

Korotkova E.V., Borisov A.I.

Supervisor – ¹Gryzunov Vladimir Viktorovich,

¹Professor, responsible for academic work and course of clinical pathophysiology, Doctor of Medical Sciences, Full Professor

Academic department of Pathophysiology with course of Clinical Pathophysiology

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Russia, Saint Petersburg

Abstract. The aim of current study is to review current approaches in researches of correlations between a formation of dermatoglyphic patterns and a development of multifactorial psychic disorders, which are genetically predisposed as well. Results have shown that some features of dermatoglyphic patterns are associated with with certain psychopathologies, which could be used as phenotypic predictors (biomarkers) of mental diseases.

Keywords. psychodermatoglyphics, neurophysiology, biomarkers, psychiatry, psychiatric disorders, mental illness, review, dermatoglyphic, predictor, prognostic marker.

Введение. Психические (или ментальные) заболевания – термин, подразумевающий под собой группу заболеваний, которые характеризуются клинически значимым нарушением когнитивно-мнестических функций и функциональных систем, ответственных за регуляцию поведенческих и/или эмоциональных реакций человека, которые также ассоциированы с нарушением социальной адаптации индивида и его взаимодействия с обществом [4, с. 77]. Для психических расстройств доказано наличие генетических детерминант, при этом, согласно принятой в настоящее время стресс-диатезной модели, их манифестация может происходить при наличии наследственно обусловленной

уязвимости под действием неспецифических психических, социальных и соматических стрессоров, например, в молодом возрасте, а многие существующие в современных клинических рекомендациях диагностические критерии, в том числе указанные в DSM-5-TR [4, с. 77], достаточно субъективны и не всегда позволяют вовремя и достаточно точно поставить диагноз – психические расстройства обозначены как «значимые отклонения в поведении, клинические синдромы или паттерны, наблюдаемые у индивида, которые не должны быть просто ожидаемой реакцией индивида в связи с каким-то конкретным событием в его жизни», при этом в сочетании со стресс-диатезной моделью достаточно сложно отличить «ожидаемую реакцию» индивида на событие от развития психопатологии, при которой это событие явилось провоцирующим фактором, воздействовавшим на уже имевшуюся «уязвимость» в психике пациента.

Указанные выше обстоятельства обуславливают необходимость поиска возможных прогностических биомаркеров, которые способствовали бы ранней диагностике и определению риска развития того или иного расстройства – данные аспекты актуальны с точки зрения дальнейшей тактики ведения пациента и проведения терапии для обеспечения как можно наиболее высокого качества жизни. При этом обнаруженные при научном поиске потенциальные предикторы должны не только напрямую коррелировать с развитием того или иного заболевания, но и сама по себе процедура определения такого биомаркера должна удовлетворять определенным критериям, необходимым для включения аналитического метода в клиническую практику, среди которых также обращается внимание на экономическую составляющую, в том числе возможность определения показаний к проведению исследования, его стоимость и возможность рутинного применения.

В настоящее время большой акцент делается на исследовании потенциальных биохимических предикторов, но пока что не обнаружено достоверно коррелирующих с психопатологиями маркеров. Тем не менее, даже при обнаружении показательных биомаркеров препятствием становится уже возможность введения в клиническую практику самой диагностической методики, основанной на определении биохимического предиктора, в связи с чем психодерматоглифика представляет достаточно большой интерес как более доступный метод.

Объекты и методы исследования. Методологическим основанием данной работы является критический и концептуальный анализ научной литературы и статистических работ, в которых исследовались особенности дерматоглифических признаков и их ассоциация с развитием ментальных расстройств, для которых также доказана генетическая предрасположенность (так называемые мультифакторные заболевания). Для поиска научной литературы были использованы такие базы данных, как PubMed, Google Scholar, eLibrary.ru. В качестве поисковых запросов были использованы следующие ключевые комбинации: «дерматоглифика», «психодерматоглифика», «психиатрия», «нейрофизиология», «психические расстройства», «dermatoglyphics», «psychodermatoglyphics», «psychiatry», «neurophysiology», «psychiatric disorders», «mental illness». Дополнительно исключались работы, в которых исследовались дерматоглифические паттерны в ассоциации с соматическими патологиями, а также нервно-психическими расстройствами, развитие которых преимущественно предопределено экзогенными, в т.ч. социальными, факторами. Глубина поиска составила последние 5 лет (2019-2023 гг.).

Результаты и их обсуждение. Потенциальными предикторами развития психических расстройств могут быть определенные особенности рисунка на коже ладоней и отпечатков пальцев в связи с тем, что их развитие также детерминировано генетически и обусловлено так называемой «системой реакции-диффузии» [2, с. 946]: данная система обеспечивает формирование эпидермальных «гребешков» во время внутриутробного

развития за счет образования фокусов пролиферации клеток, которые волнообразно распространяются из первичного очага, при этом препятствием, способствующим формированию «впадин», являются местные сигнальные системы с антагонистическим действием (например, BMP-pathway – сигнальная система Bone Morphogenic Protein, «морфогенного белка кости»).

Данная система динамична и очень чувствительна, поэтому на формирование дерматоглифических паттернов влияют большое количество факторов, что обуславливает достаточно широкую вариабельность рисунка. Таким образом, генетические детерминанты, определяющие развитие «уязвимостей» в работе психики и, следовательно, психических заболеваний, также могут оказывать влияние на строение папиллярного рисунка.

Ретроспективные исследования убедительно показывают связь между проявлением некоторых специфических особенностей дерматоглифики и развитием таких психических расстройств, как шизофрения, депрессия, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройства пищевого поведения и расстройств аутистического спектра [4, с. 78; 1, с. 6964-6965]. Также есть предварительные данные о том, что некоторые паттерны могут служить предикторами развития ментальных расстройств не только у наблюдаемого пациента, но и у его потомков, в том числе появление суицидальных наклонностей [3, с. 7], тем не менее, выборка в исследовании, в ходе которого были получены эти данные, была малочисленна, поэтому для подтверждения требуется проведение исследования на большей выборке [3, с. 7].

Заключение. В настоящее время нет объективных предикторов, которые позволили бы одновременно доступно и достаточно эффективно прогнозировать развитие психических нарушений. На наш взгляд, полученные данные говорят о перспективности дерматоглифических паттернов как биомаркеров психопатологий, поэтому для получения более показательных данных необходимо проведение не только ретроспективных исследований, которые широко представлены по данной проблеме, но и проспективных, однако возможно возникновение некоторых трудностей на данном этапе в связи с ранее отмеченной субъективностью оценки психического статуса в клинической практике. Проспективные работы можно удачно дополнить применением опросных методов оценки состояния, которые применялись бы самими пациентами, в сочетании с клинико-психопатологическими и экспериментально-психологическими методиками, а также лабораторными, инструментальными методами и оценкой соматического и неврологического статуса, что позволит в полной мере оценить и реализовать диагностический потенциал, который несет в себе психодерматоглифика.

Список литературы.

1. Bhusaraddi R.S. The study of correlation of dermatoglyphics and schizophrenia / R.S. Bhusaraddi, P.P. Havaladar, P. Rangasubhe, S.H. Saheb // International Journal of Anatomy and Research. – 2019. – Vol. 7. – № 3.3. – p. 6961-6965. *
2. Glover J. D. et al. The developmental basis of fingerprint pattern formation and variation //Cell. – 2023. – Т. 186. – №. 5. – С. 940-956. e20.
3. Oron I. Dermatoglyphic biomarkers in mothers whose offspring completed suicide A clue for screening out families at risk?.
4. Rook L. W. Biomarkers of mental illness and the human hand: A systematic review //The European Journal of Psychiatry. – 2022. – Т. 36. – №. 2. – С. 77-93.

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И ИХ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Кучмезова А.А.-А.¹, Манджари А.Э.¹, Скиртач И.А.²

¹*Студент направления 37.05.01 «Клиническая психология»*

²*к.псих.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии*

^{1,2}*Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет» Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. Данная статья представляет собой литературный обзор научных исследований, посвящённых возрастным изменениям головного мозга, личностным особенностям, характерным для пожилых людей и то, как эти особенности влияют на качество их жизни. Атрофические процессы, характерные для старения в наибольшей степени затрагивают гиппокамп, таламус, мозжечок и кору больших полушарий и оказывают влияние на личностные характеристики, которые проявляются в заострении преморбидных черт, полярности поведения, снижении самооценки и критики. Исследования психофизиологических механизмов старения важны для разработки методов нейропсихологической коррекции и оказания психологической помощи лицам пожилого возраста.

Ключевые слова. психофизиология, пожилой возраст, личностные особенности, геронтология, когнитивные нарушения.

GERONTOLOGICAL CHANGES IN THE PERSONALITY OF ELDERLY PEOPLE: PSYCHOPHYSIOLOGICAL PREDICTORS AND THE RELATIONSHIP WITH QUALITY OF LIFE INDICATORS

Kuchmezova A.A.-A.¹, Mandzhari A.E.¹, Skirtach I. A.²

¹*student 37.05.01 "Clinical psychology"*

²*Phd, associate professor of department of psychophysiology and clinical psychology*

^{1,2}*Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don*

Abstract. This article is a literary review of scientific research on age-related brain changes, personality traits characteristic of older people and how these characteristics affect their quality of life. Atrophic processes characteristic of aging most affect the hippocampus, thalamus, cerebellum and cerebral cortex and have an impact on personal characteristics, which are manifested in the sharpening of premorbid traits, the polarity of behavior, a decrease in self-esteem and criticism. Studies of the psychophysiological

Keywords. psychophysiology, old age, personality traits, gerontology, cognitive impairment.

Введение. В психологии существует мнение, согласно которому старость не рассматривается только как период, сопровождающийся ослаблением или распадом психических функций. Старение представляет собой дальнейшее развитие личности, несмотря на снижение психической, физической и социальной активности пожилого человека.

Данная тема является актуальной поскольку к 2030 г. люди в возрасте 60 лет и старше будут составлять одну шестую жителей планеты. К этому времени их численность увеличится до 1,4 млрд человек против 1 млрд человек в 2020 г.[3]. Данная тенденция указывает на увеличение количества лиц обозначенного возраста как в Европе,

так и в России, то есть прогрессирующее с каждым годом «старение» населения. С увеличением количества пожилых встает проблема выявления психофизиологии особенностей процесса старения и влияния изменений, которые происходят в личностной сфере, на качество жизни. Большое значение приобретает поиск нейропсихологических методов коррекции и психологического сопровождения, целью которого является улучшение качества жизни и комфорта пожилых людей.

Теоретическое обоснование. Атрофические процессы центральной нервной системы становятся причиной ряда изменений в головном мозге. Наибольшее изменение зафиксированы в гиппокампе и зрительном бугре - уменьшается количество нейронов на 30% при нормальном старении [15], изменяется масса мозжечка и истончается кора больших полушарий. Мягкая мозговая оболочка также заметно утолщается, извилины истончаются, борозды расширяются и углубляются [4]. В белом веществе отмечаются аксональные патологические изменения и замедляется передача нервного импульса.

Уменьшение объема серого вещества в коре и подкорковых ядрах, миндалевидном теле и гиппокампе начинается в возрасте 41–51 лет, наблюдалось раннее развитие в лобной коре. Объем белого вещества уменьшается в молодом возрасте 23–40 лет [17].

Основной причиной повреждения нейронов и последующего нарушения функций мозга в пожилом и старческом возрасте считается накопление ошибок в структуре ДНК ядер нейронов [20].

В процессе старения отмечается снижение показателей высших психических функций — восприятия, внимания, памяти, мышления. Замедляется скорость обработки информации, снижается объем оперативной памяти, ухудшается способность к обучению и запоминанию новой информации.

Возрастные изменения в структуре гиппокампа напрямую связаны с трудностями запоминания информация. Атрофические изменения мозжечка могут привести к нарушениям двигательной координации, мышечной слабости и расстройству моторных функций. При старении уменьшается способность формирования новых синапсов. Редукция синаптической пластичности в старости может способствовать снижению памяти, ухудшению двигательной активности и развитию других нарушений [16]. Изменения в ядрах гипоталамуса приводят к нарушению его функций, изменениям вегетативных рефлексов, что снижает надежность гомеостатического регулирования [11].

Одной из часто встречающихся черт, выявляемых при магниторезонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) является расширение желудочков мозга. Наблюдается увеличение боковых и третьего желудочков с возрастом. Эти изменения в одинаковой степени относятся как к третьему желудочку, так и к боковым желудочкам [22].

Все эти морфологические изменения ЦНС могут служить фоном для развития патологического процесса дегенеративного характера, что в дальнейшем приведет к изменениям личности.

Личностные характеристики пожилых людей. В результате возрастных изменений в лобной доле коры головного мозга у пожилых людей может наблюдаться переменчивое настроение, нелогичные действия, утрата мотивации, апатия, безразличие к своему состоянию, снижение критики, снижение способности планировать и совершать целенаправленные действия, нарушается способность объективно воспринимать события и реагировать на ситуацию.

Повышенная забывчивость является наиболее частой жалобой [8]. «По результатам проведенных исследований получены данные о высокой распространенности когнитивных нарушений у людей старшего возраста – от 7,8% среди пожилых, посещающих поликлиники, до 69% у долгожителей» [14, С. 202]

Когнитивные нарушения, особенно снижение памяти, приводящие к беспомощности пожилых людей, часто сопровождаются эмоциональными нарушениями. Снижается самооценка, характерна депрессия, замкнутость. Психоэмоциональное состояние пациентов гериатрического профиля сказывается на их благополучии и качестве жизни. Пожилые склонны испытывать чувство одиночества, у них развивается ощущение собственной ненужности, бесполезности.

Для пожилых людей характерны эмоциональная неустойчивость, снижение умственной работоспособности, повышение порога безусловных рефлекторных реакций, трудности выработки условных рефлексов, а также более медленное их угасание по сравнению с молодым возрастом [18].

Исследователи считают, что изменения личности в результате старения более пластичны и менее жестко запрограммированы, поэтому они индивидуальны в каждом конкретном случае. Но существуют определенные закономерности, описанные в литературе. Происходит заострение преморбидных черт личности, например разговорчивость переходит в чрезмерную болтливость, сдержанность в эмоциональную холодность, чувствительность в обидчивость. Становятся ярко выражены возрастные, общие для многих пожилых людей черты: консерватизм, эгоцентризм, обидчивость, недоверчивость, мелочность, скупость, интроверсия, нетерпимость, снижение эмоционального реагирования. Для пожилых людей характерна полярность мышления и снижение эмоционального реагирования.

В исследовании А.Н. Петрова пожилые люди, у которых отсутствовали нарушения когнитивных функций, проявляли себя как позитивные, уверенные в себе и общительные люди. Лица с выраженными старческими психофизиологическими изменениями свойственно уходить в себя, отчужденность, переживание чувства собственного одиночества, негативное настроение, депрессивность [9]. В старости наблюдается высокий риск депрессии, причиной может послужить прием лекарственных препаратов для лечения другого заболевания либо возрастные изменения нервной системы. Симптомы депрессивного синдрома: двигательная и волевая заторможенность, замедление мыслительной деятельности, угнетение настроения, постоянное чувство грусти, усталость и недостаток энергии, низкая самооценка, необъяснимая потеря или прибавка в весе, бессонница и снижение аппетита [19]. В исследовании О.Р. Смирнова тревога была выявлена у 62,2% от всего числа респондентов. При глубокой деменции для больных отмечалось избегающее поведение, страх одиночества [10].

В силу возрастных особенностей для людей пожилого и старческого возраста характерна слабая адаптация и высокая восприимчивость к изменениям в социальной среде [6]. При прогрессировании деменции они теряют контроль над собой, своими эмоциями, поведением в обществе, становятся грубыми, раздражительными, что негативно отражается на коммуникации с людьми в социуме [10]. Могут наблюдаться фобии и страхи. Общее эмоциональное состояние носит тревожный, угнетенный, пассивный, а также апатичный характер. Отсутствие критики к своим симптомам не вызывало у пожилых людей негативной эмоциональной реакции, они не испытывали тягостных мыслей и игнорировали изменения в своем состоянии. Наличие критики приводило к чувству собственной несостоятельности, беспомощности [5].

Можно сделать вывод, что когнитивные нарушения приводят к беспомощности пожилых людей, вызывают у них эмоциональные нарушения: снижается самооценка, способность к формированию навыков и осваиванию новой деятельности, снижается мотивация, характерна инертность запоминания, что в свою очередь оказывает непосредственное влияние на качество жизни.

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) качество жизни определяется «как восприятие жизни каждого человека в контексте культуры системы ценностей с учетом их собственных ожиданий ежедневных целей стандартов и интересов» [2].

Возрастные изменения в структуре личности, с которыми сталкиваются пожилые люди, могут привести к трудностям в социализации, стать причиной дезадаптации в обществе, утраты связи с близкими – все ведет к социальной отстраненности и одиночеству. Повышенный уровень тревоги после перенесения инсультов, инфарктов может стать причиной затворничества, страха открытых пространств, большого скопления людей. Пожилые люди боятся остаться без помощи. Большинство пожилых людей испытывают симптомы психосоматических заболеваний, они убеждают себя в неизлечимости своего расстройства. Некоторые пожилые с недиагностированным заболеванием продолжают симулировать свое состояние с целью привлечь внимание близких и родных, чтобы оставаться в центре внимания [1].

Подозрительность к назначениям врача вызывает низкую комплаентности, что часто приводит к самостоятельной отмене препаратов или изменению их дозировки. Слабая приверженность к лечению и наличие хронических заболеваний отрицательно сказывается на здоровье пожилых людей и может сократить длительность жизни. Уменьшение массы мозжечка приводит к ее дисфункции, что в свою очередь может стать причиной моторных нарушений и замедления реакций, вследствие которых пожилые люди подвержены падениям и травматизмам [12]. Все вышеперечисленные возрастные особенности, с которыми сталкиваются лица пожилого и старческого возраста, оказывают существенно влияние на качество и уровень жизни.

Нарушения сна наблюдаются у 25 % мужчин и 50 % женщин пожилого возраста. Нарушение сна негативно сказывается на оценке качества жизни лиц пожилого и старческого возраста [7]. У пожилых бессонницей наблюдаются негативные дневные эффекты, проявляющиеся ухудшением самочувствия, общей слабостью, снижением памяти и внимания, повышается риск падений и травматизмов [21] в результате нарушения координации и сонливости [13].

Заключение. Таким образом, было описаны ключевые психофизиологические возрастные изменений и личностные особенности пожилых людей и их влияние на качество жизни. Для повышения качества жизни лиц пожилого и старческого возраста необходимо разрабатывать и реализовывать методики, направленные на улучшение и поддержание высших психических функций, также для стабилизации психоэмоционального состояния и формирования адаптивных способов совладания эффективными могут стать групповые тренинговые программы.

Список литературы.

1. Боженкова К. А. Психологические особенности людей пожилого возраста //Приволжский научный вестник. – 2016. – №. 3 (55). – С. 130-132.
2. Всемирная организация здравоохранения: Измерение качества жизни [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (Дата доступа: 10.11.2023.) *
3. Всемирная организация здравоохранения: Старение и здоровье [Электронный ресурс] / URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Дата обращения: 10.11.2023)*
4. Грибанов А. В. и др. Старение головного мозга человека: морфофункциональные аспекты //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2017. – Т. 117. – №. 1-2. – С. 3-7.

5. Жигар А. М. Психологические аспекты когнитивных нарушений //Актуальные проблемы медицины. – 2021. – С. 316-318.
6. Иржанова А. А., Супрун Н. Г. Проблемы социальной адаптации пожилых людей в посттрудовой период //Гуманитарные научные исследования. – 2015. – №. 12. – С. 219-222.
7. Левин Я. И., Полуэктов М. Г. Сомнология и медицина сна //Избранные лекции. М.: Медфорум. – 2013. – Т. 431.*
8. Оганов Р. Г. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями-вклад государства, гражданского общества и человека //Материалы IX Всероссийского форума: Здоровье нации-основа процветания России. М. – 2015. *
9. Петрова А. Н. Особенности эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста, с когнитивными нарушениями различной степени выраженности //Лучшая научно-исследовательская статья 2019. – 2019. – С. 144-149.
10. Смирнов О. Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием //Клиническая геронтология. – 2009. – Т. 15. – №. 10-11. – С. 32-35.
11. Страдина М. и др. Возрастная морфология. – 2005. *
12. Степаненко А. Ю. Влияние антропометрических факторов на массу мозжечка человека и её возрастную динамику //Морфология. – 2014. – Т. 146. – №. 4. – С. 15-20.
13. Тихонова Н. В. и др. Современные аспекты медико-социального сопровождения пациентов пожилого возраста //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №. 6. – С. 1308-1313.*
14. Ткачева О. Н. и др. Распространенность когнитивных нарушений у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей //Бюллетень национального общества по изучению болезни паркинсона и расстройств движений Учредители: ООО" Издательское предприятие" Атмосфера". – 2022. – №. 2. – С. 200-202.
15. Труфанова О. К. Основы психосоматической психологии. – 2008.
16. Фролькис В. В. Старение мозга. – 1991.*
17. Giorgio A. et al. Age-related changes in grey and white matter structure throughout adulthood //Neuroimage. – 2010. – Т. 51. – №. 3. – С. 943-951.
18. Nelson C. A., Luciana M. (ed.). Handbook of developmental cognitive neuroscience. – MIT press, 2008.
19. Pearlson G. D. et al. Ventricle-brain ratio, computed tomographic density, and brain area in 50 schizophrenics //Archives of General Psychiatry. – 1989. – Т. 46. – №. 8. – С. 690-697.
20. Rutten B. P. F. et al. The aging brain: accumulation of DNA damage or neuron loss? //Neurobiology of aging. – 2007. – Т. 28. – №. 1. – С. 91-98.
21. Stone K. L. et al. Self-reported sleep and nap habits and risk of falls and fractures in older women: the study of osteoporotic fractures //Journal of the American Geriatrics Society. – 2006. – Т. 54. – №. 8. – С. 1177-1183.
22. Schwartz M. et al. Computed tomographic analysis of brain morphometrics in 30 healthy men, aged 21 to 81 years //Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society. – 1985. – Т. 17. – №. 2. – С. 146-157.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кучмезова А.А.-А.¹, Манджари А.Э.¹, Скиртач И.А.²

¹*Студент направления 37.05.01 «Клиническая психология»*

²*к.псих.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии*

^{1,2}*Академия психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет» Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В статье представлены результаты пилотажного исследования особенностей эмоциональной сферы у больных с различными типами нарушения мозгового кровообращения: транзиторной ишемической атакой, ишемическим инсультом, геморрагическим инсультом. Было обнаружено, что больные с геморрагическим инсультом достоверно отличаются от других групп больных результатами по шкале «настроение» в сторону снижения этих показателей. Полученные результаты могут быть объяснены тяжестью протекания когнитивных и двигательных нарушений.

Ключевые слова. инсульт, эмоциональная сфера, эмоциональное расстройство, апатия, тревожное расстройство, постинсультная депрессия

FEATURES OF THE EMOTIONAL SPHERE PATIENTS IN VARIOUS TYPES OF CEREBRAL CIRCULATION DISORDERS

Kuchmezova A.A.-A.¹, Mandzhari A.E.¹, Skirtach I. A.²

¹*student 37.05.01 "Clinical psychology"*

²*Phd, associate professor of department of psychophysiology and clinical psychology*

^{1,2}*Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don*

Abstract. The article presents the results of a pilot study of the features of the emotional sphere in patients with various types of cerebral circulatory disorders: transient ischemic attack, ischemic stroke, hemorrhagic stroke. It was found that patients with hemorrhagic stroke significantly differ from other groups of patients with the results on the "mood" scale in the direction of a decrease in these indicators. The results obtained can be explained by the severity of cognitive and motor disorders.

Keywords. stroke, emotional sphere, emotional disorders, apathy, anxiety disorder, post-stroke depression

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является цереброваскулярным заболеванием и совместно с другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности населения [1]. Традиционно выделяют ишемическую и геморрагическую форму ОНМК, а также острую гипертензивную энцефалопатию. Ишемическая форма ОНМК подразделяется на транзиторную ишемическую атаку и ишемический инсульт. Геморрагическая форма ОНМК включает в себя кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние [12].

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое проявляется внезапно возникшим очагом поражения головного мозга и ведет к снижению его функций. Выделяют две клинко-патогенетические формы инсульта: **Ишемический инсульт (ИИ)**. «обусловлен острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга»; геморрагический инсульт

(ГИ) «обусловлен разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием» [3, с.5]. Другая патология нарушения мозгового кровообращения – транзиторная ишемическая атака (ТИА) – является временным (до 24 часов), но распространенным острым расстройством центральной нервной системы [2].

Важное место в лечении и реабилитации последствий инсульта занимает эмоциональное состояние пациента. Нервно-психические нарушения, которые могут проявиться у больных в постинсультный период, могут существенно повлиять на длительность восстановления, характер когнитивных нарушений и на общее состояние больного. Эмоциональные и поведенческие симптомы инсульта становятся в один ряд с медицинскими симптомами по их инвалидизирующим последствиям. Исследователи выделили эмоции, которые возникают после инсульта: страх, гнев, тревожное расстройство, эмоциональное безразличие (апатия), отсутствие эмпатии, отсутствие контроля над эмоциональным выражением, постинсультная депрессия. Все эти эмоциональные расстройства ограничивают социальную интеграцию и являются огромным бременем не только для пациентов, но и для их окружения [20].

Апатия может возникнуть у трети пациентов после инсульта. Апатия – клинический синдром, который характеризуется утратой мотивации, снижением интереса, безэмоциональностью, а также рядом когнитивных и поведенческих проявлений. Постинсультные пациенты с апатией демонстрируют более низкие темпы восстановления когнитивных функций, ограничение социальной активности и меньшую включенность в реабилитационную программу. Данный синдром связан с возможностями пациента к адаптации в быту, к независимости от помощи окружающих [7]. Апатия является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, деменции, а также смертности. Для разработки эффективной дифференцированной терапии, включающей коррекцию постинсультных аффективных расстройств, требуется дальнейшее изучение проявлений данного клинического синдрома у пациентов с инсультом. Исследователи связывают апатию с нарушениями определенных когнитивных функций, таких как вербальное обучение, кратковременное и долговременное запоминание слов, семантическая беглость, абстрактное мышление, а также внимание и концентрация. У некоторых постинсультных пациентов с апатией могут быть когнитивные нарушения, особенно в областях, связанных с исполнительностью и памятью. Эти когнитивные дефициты могут иметь функциональные последствия. Апатия также может сопровождаться суицидальными мыслями независимо от депрессии [14].

Тревожное расстройство является распространенным явлением, затрагивающим около четверти случаев инсульта и треть транзиторных ишемических атак [5]. Возникающее тревожное расстройство затрудняет усилия по реабилитации после инсульта и может помешать пациентам вернуться к своей обычной деятельности. По результатам наблюдений было установлено, что фобическая тревога может присутствовать после инсульта, но в последующих исследованиях тревога после инсульта рассматривалась как единое явление. Фобическая тревога характеризуется непропорциональным страхом перед четко определенными ситуациями или стимулами. Воздействие опасной ситуации вызывает неприятные симптомы тревоги, сопровождающиеся выраженным избегающим поведением в этой опасной ситуации [15].

Распространенность депрессии после перенесенного инсульта варьируется от 18 до 50% [19] и достигает 70% по российским данным [9]. «Депрессия – одно из самых распространенных нервно-психических нарушений, возникающих в постинсультный период. Постинсультная депрессия развивается у 20–50% пациентов в течение года после перенесенного заболевания. Классическая триада депрессии включает изменения в эмоциональной (подавленность, грусть, тоска, отсутствие чувства удовольствия от

жизни), когнитивной (негативная оценка как самого себя, так и окружающего мира) и двигательной (замедленность, заторможенность) сферах» [16, с.107]. Важно отметить, что распространенность постинсультной депрессии в значительной степени зависит от типа лечебно-профилактического учреждения (амбулаторные больные, пациенты стационара и центров реабилитации).

У четверти пациентов, которые не испытывают депрессии в непосредственный постинсультный период, депрессия наступает в период от 3 месяцев до 2 лет после инсульта. Отсроченное начало постинсультной депрессии может быть связано с осознанием пациентами того, что их инвалидность носит хронический характер, и, таким образом, они все больше осознают, что реабилитация не устранит их нарушения полностью. Было проведено трехлетнее лонгитюдное исследование, в котором 80 пациентов с инсультом были обследованы на момент выписки из больницы и повторно через 3, 12, 24 и 36 месяцев после инсульта. Исследователи сообщили о 25% распространенности постинсультной депрессии через 3 месяца, которая снизилась до 16% через 12 месяцев и снова увеличилась до 19% через 2 года. Через 36 месяцев после инсульта распространенность снова возросла и стабилизировалась примерно на уровне 30%. Сообщается, что самый высокий показатель депрессии наблюдается между 6 месяцами и 2 годами после инсульта [13].

Отмечается противоречивость результатов исследований о влиянии возраста, пола, уровня образования и хронических заболеваний на риск возникновения депрессии после инсульта. Некоторые данные утверждают, что риск развития депрессии выше у людей пожилого и старческого возраста, у женщин и высокообразованных лиц. Однако по другим данным значение этих факторов не подтверждается. Имеет место быть роль сахарного диабета, транзиторной ишемической атаки и инсульта в анамнезе больного [19].

Депрессия может быть не только следствием перенесенного инсульта, но и стать причиной его возникновения. Доказано, что депрессия увеличивает риск развития инсульта в последующие 10–15 лет на 29%, а депрессия в активной стадии у женщин увеличивает вероятность появления инсульта до 41%. [6]. Кроме того, в период депрессии больные перестают принимать гипотензивную терапию, контролировать артериальное давление, что может стать фактором, провоцирующим развитие инсульта.

Цель нашего исследования. Изучить особенности эмоциональной сферы у больных с различными типами нарушения мозгового кровообращения.

Гипотеза исследования. Состоит в предположении наличия различий в особенностях эмоциональной сферы у пациентов с различными типами острого нарушения мозгового кровообращения.

Практическая значимость. Работы заключается в обобщении полученной информации; в возможности эффективного применения материалов исследования в работе медицинских работников и психологов.

В исследовании приняли участие 36 пациентов отделения ОНМК, среди них 25 мужчин и 11 женщин. У респондентов были выявлены следующие острые нарушения мозгового кровообращения: у 4-х больных диагностирована транзиторная ишемическая атака, у 26 – ишемический инсульт, у 6 – геморрагический инсульт.

Методы:

- «Шкала сниженного настроения – субдепрессии» (ШНСН) (опросник В. Зунга, адаптация Т. Н. Балашовой);

- «Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН)» (В. А. Доскина, Н. А. Лаврентьевна, В. Б. Шарай, М. П. Мирошникова).

Статистическая обработка данных была проведена в программе JASP. Количественная обработка данных осуществлялась с использованием методов сравнительной и

описательной статистики. Для определения нормальности распределения выборки использовался критерий Шапиро–Уилка, для проверки статистически значимых различий использовался непараметрический критерий Краскела–Уоллиса.

Результаты. С помощью критерия Шапиро–Уилка была проведена оценка нормальности распределения данных в выборке по методикам ШСНС, САН. Так как значения критерия W меньше 1, то можно утверждать, что данные в исследуемой выборке не распределены по нормальному закону, то есть мы имеем дело с ненормальным распределением.

У 4 пациентов (11,1%) от общего числа исследуемых не обнаружено сниженное настроение; у 13 (36,1%) отмечено незначительное, но отчетливо сниженное настроение; 16 (44,4%) пациентов имеют значительно сниженное настроение и у 3-х больных (8,3%) зафиксировано глубоко сниженное настроение.

САН. На рисунке 1 представлены результаты исследования показателей по шкале «Настроение» (Методика САН) были отмечены следующие особенности: среднее значение у больных ГИ = 4,1; ИИ = 5,07; ТИА = 5,1. Стандартное отклонение (SD) у больных ГИ = 0,59; ИИ = 0,88; ТИА = 0,82. Сравнение групп при помощи критерия Краскела–Уоллиса выявило достоверные различия ($H=6,161$; $p = 0,046$).

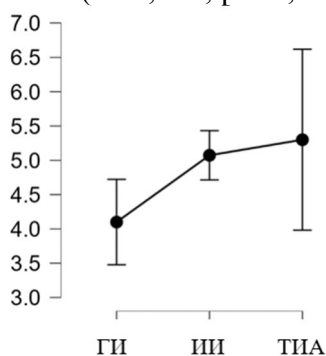


Рисунок 1. Результаты распределения показателей по методике САН (шкала «Настроение») в группах: геморрагический инсульт, ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака

ШСНС. На рисунке 2 представлены результаты исследования показателей по методике «Шкала сниженного настроения - субдепрессии» (опросник В. Зунга, адаптация Т. Н. Балашовой) были отмечены следующие особенности: среднее значение у больных ГИ = 61,3; ИИ = 60,3; ТИА = 56,4. Стандартное отклонение (SD) у больных ГИ = 8,7; ИИ = 6,2; ТИА = 5,07. При этом достоверные различия на основании критерия Краскела–Уоллиса отсутствуют ($H=1,686$; $p=0,430$). Возможно отсутствие достоверных различий вызвано малой выборкой.

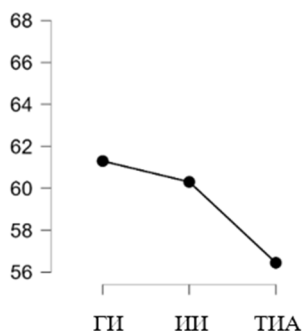


Рисунок 2. Результаты распределения показателей по методике ШСНС в группах: геморрагический инсульт, ишемический инсульт, транзиторная ишемическая атака

Обсуждение результатов. В исследовании было изучено эмоциональное состояние больных после инсульта с целью определить имеют ли различия характеристики эмоциональной сферы у пациентов с разным типом нарушения мозгового кровообращения. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что достоверно значимое снижение показателей настроения отмечается у больных с ГИ. Таким образом, мы можем предположить повышенную уязвимость пациентов с геморрагическим инсультом к развитию постинсультных осложнений в форме нарушений эмоциональной сферы, которые могут развиваться на фоне устойчивого снижения настроения. Существует ряд исследований о влиянии инсульта на возникновение апатии, тревожного расстройства и депрессии. Лонгитюдные исследования показывают, что у 7% у пациентов после инсульта сохраняется высокий уровень апатии, у 33% – умеренный, и низкий – у 50% больных в течение года после инсульта [14].

По результатам 37 исследований с участием 13 756 пациентов с ОНМК, в которых изучалась распространенность тревоги, было обнаружено, что тревожные расстройства присутствовали у 29,3% пациентов, перенесших инсульт, в течение первого года после инсульта. Тревожность была особенно высока в условиях больницы – 29,5%, а при оценке до 2 недель после инсульта – 36,7%. Важно отметить, что при исследовании было недостаточно информации о том, были ли жалобы на тревогу следствием инсульта или имелось наличие тревожного анамнеза до инсульта [18].

«Длительность постинсультной депрессии, по мнению ряда исследователей, в значительной степени зависит от бассейна кровоснабжения, в котором произошел инсульт. Большая продолжительность депрессивного эпизода отмечается у пациентов с инсультом в бассейне средней мозговой артерии, нежели в вертебробазиллярном бассейне. В течение шести месяцев депрессивная симптоматика сохранялась у 80% постинсультных пациентов в бассейне средней мозговой артерии и только у 20% с очагом в вертебробазиллярном бассейне. В течение года, как правило, симптоматика полностью регрессировала у всех больных с инсультом в вертебробазиллярном бассейне, но у 62% пациентов, перенесших инсульт в бассейне средней мозговой артерии, симптомы сохранились» [10, с. 117]. Среди факторов риска развития депрессии у постинсультных больных выделяют: тяжелое течение инсульта, очаговое поражение в левом полушарии, расстройства речи, беспомощность и зависимость от окружающих. [8].

Эмоциональные нарушения наряду с когнитивными и поведенческими способны снизить эффективность медицинской реабилитационной программы, способствовать ухудшению функциональных результатов пациентов [4]. На особенностях эмоциональной сферы сказывается не только диагноз, но и личностные особенности, материальное обеспечение, социальный статус, наличие родственников, критичность к оценке своего состояния. Все это, в свою очередь, оказывает влияние на внутреннюю картину болезни и качество жизни в период лечения и реабилитации. Задача психолога в работе с постинсультными больными заключается в коррекции их эмоционального состояния и повышении уровня мотивации к лечению [11].

Список литературы.

1. Дамулин И. В., Екушева Е. В. Процессы нейропластичности после инсульта //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №. 3. – С. 69–74.
2. Дамулин И. В. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге //Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. НН Яхно/М.: Медицина. – 2005. – Т. 1. – С. 231302.
3. Кандыба Д. В. Инсульт //Российский семейный врач. – 2016. – Т. 20. – №. 3. – С. 5–15.

4. Котов С. В., Исакова Е. В., Шерегешев В. И. Возможность коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у пациентов с инсультом в процессе реабилитационного лечения //Журнал неврологии и психиатрии. – 2019. – Т. 4. – №. 2019.
5. Костенко Е. В., Энеева М. А., Кравченко В. Г. Актуальные вопросы организации медицинской реабилитации пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2019. – №. 3. – С. 44–49.
6. Лебедева С. О. Особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт //Современные научные исследования и инновации. – 2019. – №. 6. – С. 86–86.
7. Петрова Е. А., Поневежская Е. В., Савина М. А. Структура и факторы риска постинсультной апатии //Фарматека. – 2021. – Т. 28. – №. 3. – С. 101–105.
8. Сиволап Ю. П., Дамулин И. В. Инсульт и депрессия //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2019. – Т. 119. – №. 9. – С. 143–147.
9. Сорокина И. Б. Депрессия у больных с ишемическим инсультом: дис. – ГОУВПО " Российский государственный медицинский университет", 2006.
10. Старчина Ю. А. Постинсультная депрессия: научно обоснованные подходы к выбору терапии //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №. 1. – С. 116–120.
11. Шайдуллина А. А. Особенности сфер личности у больных с инсультами //Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. – 2013. – №. 4. – С. 100–104.
12. Яхно Н. Н., Парфенов В. А. Ишемические острые нарушения мозгового кровообращения //Consilium medicum. – 2000. – Т. 2. – №. 12. – С. 518–521.
13. Aström M., Olsson T., Asplund K. Different linkage of depression to hypercortisolism early versus late after stroke. A 3-year longitudinal study //Stroke. – 1993. – Т. 24. – №. 1. – С. 52–57.
14. Caeiro L., Ferro J. M., Figueira M. L. Apathy in acute stroke patients //European Journal of Neurology. – 2012. – Т. 19. – №. 2. – С. 291–297.
15. Chun H. Y. Y. et al. Anxiety after stroke: the importance of subtyping //Stroke. – 2018. – Т. 49. – №. 3. – С. 556–564.
16. Huff W., Steckel R., Sitzler M. Poststroke depression: risk factors and effects on the course of the stroke: Epidemiologie, Risikofaktoren und Auswirkungen auf den Verlauf des Schlaganfalls //Der Nervenarzt. – 2003. – Т. 74. – С. 104–114.
17. Rafsten L., Danielsson A., Sunnerhagen K. S. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis //Journal of Rehabilitation Medicine. – 2018. – Т. 50. – №. 9. – С. 769–778.
18. Ramasubbu R. et al. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study //The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. – 1998. – Т. 10. – №. 1. – С. 26–33.
19. Starkstein S. E. et al. Depressive disorders following posterior circulation as compared with middle cerebral artery infarcts //Brain. – 1988. – Т. 111. – №. 2. – С. 375–387.
20. Van Dalen J. W. et al. Poststroke apathy //Stroke. – 2013. – Т. 44. – №. 3. – С. 851–860.

СТИЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУБДЕПРЕССИВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ

*Вьюшкова С. С., Литвинова Л. В.,
Кафедра психофизиологии и клинической психологии
ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина»
Россия, Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье представлен анализ результатов эмпирического исследования ведущих типов стиливых особенностей интеллектуальной деятельности подростков с субдепрессивными симптомами. В ходе работы был проведен частотный анализ, благодаря которому были выявлены ведущие стили интеллектуальной деятельности у двух групп подростков. Также был проведен корреляционный анализ, который помог определить обратные взаимосвязи между шкалами используемых методик.

Ключевые слова. стили интеллектуальной деятельности, субдепрессия.

STYLE FEATURES OF INTELLECTUAL ACTIVITY OF ADOLESCENTS PROPENATED TO SUBDEPRESSIVE MANIFESTATIONS

*. Vyushkova S. S., Litvinova L. V.,
Department of Psychophysiology and Clinical Psychology
«Leningrad State University named after A. S. Pushkin» Russia, St. Petersburg*

Abstract. The article presents an analysis of the results of an empirical study of the leading types of stylistic features of intellectual activity of adolescents with subdepressive symptoms. During the work, a frequency analysis was carried out, thanks to which the leading styles of intellectual activity were identified in two groups of adolescents. A correlation analysis was also carried out, which helped to determine the inverse relationships between the scales of the methods used.

Keywords. intellectual activity styles, subdepression.

Подростковый возраст наполнен переживаниями. Важным моментом в психологии подросткового возраста является повышенная критичность к собственным недостаткам. Новые образовательные стандарты, материально-технические свойства учреждений, появление балльно-рейтинговой системы оценивания знаний и увеличение педагогических требований к обучающимся способствует появлению субдепрессивных состояний у подростков. Данные проявления влияют на все сферы жизнедеятельности индивида. Сегодня эмоциональное неблагополучие подростков является объектом пристального внимания педагогов, психологов, социальных работников, родителей и воспитателей. Своевременная и качественная диагностика подобного неблагополучия, адекватные коррекционные меры могут уменьшить риск возникновения нежелательных тенденций в развитии личности. Одно из ярких проявлений подобного неблагополучия – депрессивные состояния [1].

Стиль мышления старшеклассника или юноши в значительной степени определяется типом его нервной системы. Например, старшеклассники с инертной нервной системой в условиях перегрузки учебными заданиями учатся хуже, чем обладатели подвижного типа нервной системы, так как не успевают за быстрым темпом преподавания [3].

По сути своей субдепрессивные и депрессивные состояния определяют специфику восприятия и отношения к миру (к реальности). А взаимодействие с миром осуществляется за счет получения, переработки, хранения и воспроизведения информации,

поступающей извне. Особенности течения этих процессов определяют своеобразный стиль интеллектуальной деятельности [2]. И поэтому изучение связи этих феноменов представляет особый научный интерес.

Целью исследования выступили стилевые особенности интеллектуальной деятельности подростков, имеющих субдепрессивные симптомы.

Предполагалось, что интеллектуальная деятельность подростков с субдепрессивными проявлениями отличается более низкой эффективностью, продуктивностью и надежностью, в сравнении с подростками, не имеющими данных симптомов.

В исследовании приняли участие подростки в возрасте 15–16 лет.

Для изучения данного вопроса были использованы следующие методики: Методика оценки уровня развития познавательных психических способностей "КР-3-85"; Шкала депрессии Бека (для подростков); Опросник Мини-Мульт (П. Мирошников), иначе Со-кращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ).

На основании результатов методики «Шкала депрессии Бека» вся выборка была разделена на две группы. Основную группу составили подростки, у которых обнаружены проявления субдепрессии. Контрольную - подростки в условной норме.

При определении ведущих стилей интеллектуальной деятельности у испытуемых выявлены следующие показатели: у подростков с симптомами депрессии преобладает Тип В («популяционный») – 45,5% данный стиль интеллектуальной деятельности, характеризуется обычным темпом мышления и средними показателями надежности и рациональности принимаемых решений (как у большинства). Также, такие лица обладают наиболее гармоничными личностными особенностями. Респонденты с Типом С («дефицитным») – 36,4%, обладают низким темпом мышления, как правило у них успехи в учебной деятельности ниже среднего. Успешность выполнения интеллектуальной деятельности снижается при выполнении задач с «навязанным» темпом действий, а также в экстремальных ситуациях. Тип F («дискорданный») встречался в 18,2 % случаев. Он характеризуется отсутствием явных особенностей интеллектуальной деятельности.

У группы подростков в «норме» преобладающим оказался Тип F («дискорданный») – 33,3%, характеризующийся несформированностью стилевых особенностей интеллектуальной деятельности. Тип А («креативный») – 13,3 %. Представители данного типа имеют быстрый темп и рациональный компонент мышления с высокой надежностью усвоения и переработки информации. Их отличает высокая успешность обучения и умение решать любые нестандартные задачи. К популяционному типу были отнесены 26,7% подростков, а к типу С – 13,3%. Также, в таком же процентном соотношении (13,3 %) встречались подростки с выраженным Типом D («продуктивный»), обладающие склонностью к деятельности в быстром темпе при относительном пренебрежении инструктивными указаниями и точностью исполнения задач.

Корреляционный анализ показал, что у обследуемых лиц, демонстрирующих быстрый темп мыслительных процессов (с тенденцией к импульсивности и игнорированию качества выполнения интеллектуальной работы) отсутствует склонность к тревожным проявлениям и демонстративному поведению. Отрицательная корреляция шкалы «Продуктивность» со шкалами D (-,525**), Ну (-,413**), Pd (-,379**), Pt (-,525**), Sc (-,568**). Также, таким лицам свойственна импульсивность действий, пониженный фон настроения, эмоциональная холодность и отчужденность в межличностных отношениях.

Респонденты, делающие уклон на правильность выполнения задач (шкала «Эффективность», отрицательно коррелирующая со шкалами Hs (-,421**), D (-,462**), Ну (-,421**), Sc (-,397**)) не склонны проявлять мнительность по отношению к своему здоровью, им не присущи пессимистичность, стремление произвести впечатление и необычность поведения, переживания. Шкалы ипохондрии и депрессии у основной

группы значимо выше. Следовательно, эффективность выполнения интеллектуальных задач значительно снижается в случае наличия черт, характерных для этих шкал. И у подростков с субдепрессивными проявлениями эффективность снижена.

Лица, чьи темповые и качественные характеристики мышления равноценны (шкала «Надежность» с отрицательной корреляцией шкал Hs (-,376**), D (-,367**), Ну (-,382**), не подвержены к завышенной озабоченности своим соматическим состоянием, также им не свойственна неуверенность в себе, своих возможностях, эгоцентризм и погоня за вниманием окружающих людей.

Итак, личностные характеристики, свойственные подросткам с субдепрессивными проявлениями отрицательно коррелируют с основными характеристиками, определяющими стиль интеллектуальной деятельности, что свидетельствует о склонности проявления их (продуктивности, эффективности и надёжности) на более низком уровне.

Депрессия — это аффективное состояние, которое характеризуется негативным эмоциональным фоном, изменениями в мотивационных, познавательных представлений и общей чувствительностью поведения. Субъективно человек испытывает, прежде всего, тяжелые, мучительные эмоции и переживания - подавленность, тоску, отчаяние [4].

Причинами возникновения субдепрессивных состояний у подростков являются чрезмерная нагрузка в школе, состояние неуспеха, невозможность оправдать свои или чужие ожидания, отсутствие взаимопонимания и конфликты с родителями и учителями [5].

Полученные стилевые особенности интеллектуальной деятельности подростков, предрасположенных к субдепрессивным состояниям, могут использоваться для исследования причин и механизмов развития депрессии и других психических расстройств у подростков. Могут помочь выяснить, какие стилевые особенности являются наиболее существенными факторами риска для развития депрессии.

Список литературы.

1. Абдеев А. В. Стресс и депрессия в жизни человека //Иновационные процессы в научной среде. – 2016. – С. 162–164.
2. Балакшина Ж. А. Типы изменчивости интеллекта и личности в период их становления (на примере подростков). – 1995.
3. Голубева Э. А. Комплексное исследование способностей //Вопросы психологии. – 1986. – №. 5. – С. 18–30.
4. Забозлаева И. В., Малинина Е. В., Колмогорова В. В. Депрессии у детей и подростков: диагностика, клиника, терапия. – 2015.
5. Лейтес Н. С. Проблема соотношения возрастного и индивидуального в способностях школьника //Вопросы психологии. – 1985. – Т. 1. – №. 9. – С.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ ДЕВУШЕК С ТАТУИРОВКАМИ

Хмелевская О. Е.,¹ Лужбина А. А.,²

¹. доцент кафедры клинической психологии, канд. психол. наук;

². студентка 4 курса

^{1,2} ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», Россия, г. Владивосток

Аннотация. В статье описываются результаты исследования особенностей проявления агрессии у девушек с малым и большим количеством татуировок на теле. Применялись методики: тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга и опросник исследования уровня агрессивности А. Басса и А. Дарки. Выборка представлена 36 девушками с татуировками в возрасте от 18 до 24 лет ($M = 21$; $SD = 2,16$). Статистическая обработка выполнена с применением критерия U Манна-Уитни и коэффициента d Коэна (0,9) - установлены достоверно значимые различия в выражении вербальной агрессии.

Ключевые слова. Агрессия, тест фрустрационных реакций, вербальная агрессия, татуировки, девушки.

FEATURES OF AGGRESSION OF GIRLS WITH TATTOOS

Khmelevskaya O. E.,¹ Luzhbina A. A.²

¹. Associate Professor of the Department of Clinical Psychology, PhD. psychological sciences;

². 4th year student

^{1,2} Department of Clinical Psychology Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

Abstract. The article describes the results of a study of the characteristics of aggression in girls with a small and large number of tattoos on their bodies. The following methods were used: the test of frustration reactions by S. Rosenzweig and the questionnaire for studying the level of aggressiveness of A. Bass and A. Darkey. The sample is represented by 36 girls with tattoos aged from 18 to 24 years ($M = 21$; $SD = 2.16$). Statistical processing was performed using the Mann-Whitney U test and Cohen's d coefficient (0.9) - significantly significant differences in the expression of verbal aggression were established.

Keywords. aggression, frustration reaction test, verbal aggression, tattoos, girls.

Введение. Феномен агрессии остаётся одним из самых исследуемых в мировой психологии. Актуальность изучения проявлений агрессии в различных сферах человеческой жизни обусловлена необходимостью понимания агрессивных реакций как реакций выбора личности. Несмотря на повышенный интерес исследователей недостаточное внимание уделяется изучению психологических особенностей проявления агрессии у девушек. Современные исследования агрессии и агрессивных реакций в основном сосредоточены на изучении этих явлений в детском возрасте, мужской агрессии, а также у женщин, совершивших правонарушения. В то время как проблема агрессивных реакций у девушек, имеющих татуировки, на настоящий момент остаётся малоизученной.

На сегодняшний день существует большое количество теорий агрессии, которые по-разному объясняют причины и механизмы её возникновения. Изучением агрессивного поведения с точки зрения его врождённого характера занимались З. Фрейд, К. Лоренц, А. Адлер, Э. Фромм и др. Агрессивное поведение рассматривали как ответную реакцию на фрустрацию (Л. Берковиц, Дж. Доллард, С. Розенцвейг, Н.Д. Левитов и др.).

Как результат социального научения, агрессивное поведение изучали А. Бандура, Р. Бэрн, Д. Ричардсон, А.А. Реан, Ю.М. Антонян. В то же время анализ имеющейся литературы по поднятому вопросу показал, что причины и мотивы агрессивного поведения остаются не исследованы в полной мере, несмотря на количество направлений и способов их изучения.

Под агрессией З. Фрейд подразумевал влечение к саморазрушению или разрушению другого индивида, обусловленное самой природой человеческого существа [8]. Похожего подхода придерживался Конрад Лоренц утверждая, что агрессия является врождённым, инстинктивно обусловленным свойством всех высших животных. Агрессивная энергия, берущая начало из инстинкта борьбы за выживание, регулярно накапливаясь в нервных центрах, ждёт стимула, чтобы выплеснуться наружу [5].

Развитие агрессии, по мнению Хайнца Кохута, не предопределяется инстинктами или влечениями, как до этого говорили другие представители психоанализа. Основатель селф-психологии рассматривал её здоровым проявлением самости, компонентом самоутверждения. Он утверждал существование двух видов агрессии: неразрушительную агрессию, связанную со здоровыми проявлениями Самости в ситуации фрустрации, и деструктивную агрессию, враждебную, которая может спровоцировать опасные действия при превышении допустимого уровня фрустрации [4].

Саул Розенцвейг определил фрустрацию как расстройство планов и претерпение неудачи. Среди реакций на фрустрацию, запечатленные в ответах, ученый отметил внешне обвиняющие – экстрапунитивные, направленные на защиту Я. Интропунитивные, или самообвиняющие, с направленностью агрессии на себя. В этом типе реакции индивид считает виновным себя, в некоторых случаях оправдывая свои действия. В импунитивных реакциях агрессия не имеет конкретной направленности, наличие фрустратора человеком отрицается [7].

Л. Берковиц разграничивал «эмоциональную» (гневную) и «инструментальную» агрессию. «Эмоциональная» агрессия имеет намерение причинить вред другому лицу. «Инструментальная» агрессия направлена на достижение более важной цели. Фрустрация только поощряет готовность к агрессивным действиям [2].

А. Басс классифицировал формы агрессивного поведения на физическую – вербальную агрессию; активную – пассивную агрессию и прямую – косвенную агрессию. Опираясь на эти шкалы, он выделил четыре категории, объединенными активными действиями (активная агрессия) и четыре - пассивными (пассивная агрессия). И активная, и пассивная агрессия может быть как физической, так и вербальной направленности. Активная физическая агрессия выражается в форме прямой и косвенной; в форме вербальной прямой – оскорбления, крики, и косвенной сарказм, злословие.

Пассивная физическая прямая агрессия проявляется в виде противодействия, тогда как косвенная - негативизмом. Пассивная вербальная агрессия также бывает прямой (отказ говорить) и косвенной (саботаж) [13].

С напряженностью социально-экономических условий в мире связывают проявление агрессии у молодежи С.В. Хребина, Р.Н. Юндин. Они указывают на то, что это стало обыденным явлением и «способствует формированию депрессивных и стрессовых состояний» [10].

М.В. Яворская и В.В. Коренчук отмечают отсутствие эмоционального и волевого контроля среди студентов, у которых был выражен уровень агрессии. Для этих студентов оказалось характерно нежелание поддерживать длительный дружеский контакт, жестокость и злопамятность [12].

Е.А. Прохоренкова рассматривает виды женской агрессии в разные возрастные периоды. Она отмечает, что у женщин превалирует вербальная агрессия вне зависимости от возраста, которая, зародившись в подростковом возрасте, способна трансформироваться в устойчивое качество личности [6].

Таким образом, проблема проявления агрессии находится в зоне постоянного интереса исследователей.

Татуирование тела весьма распространено в современном обществе. Анализируя психологию лиц с татуировками, Л.И. Иванова, Д.Д. Владимирова отмечают воздействие татуировки на внутреннее состояние человека, при этом нанесение тату происходит от ряда причин, среди которых желание выделиться и привлечь к себе внимание. Как считает Е.С. Воробьева, татуирование является способом конструирования собственной идентичности и символическим вхождением в общество [3]. Татуированное тело открыто презентует себя миру и создаёт особые способы существования в нём [11].

В свою очередь, Е.В. Бахадова пишет о функциональном значении татуировки как о способе справиться с эмоциональным напряжением и болезненными душевными муками, с которыми человек справиться не в состоянии [1].

Рассмотрение проблематики татуирования тела показывает, что интерес к феномену есть, однако он имеет достаточно устоявшийся характер: тату как презентация личности обществу, как аутоагрессия, как мода и т.п. В то же время работ по связи татуирования тела с выражением внутренних агрессивных тенденций работ мало. Это и обуславливает наш интерес к поднятой теме.

Цель исследования. изучение особенностей проявления агрессии у девушек с татуировками.

Гипотеза. Исследование состоит в предположении о том, что девушки с большим количеством татуировок имеют большую выраженность агрессивных проявлений, чем девушки с малым количеством татуировок.

Выборка. Эмпирическое исследование составило 36 девушек с татуировками в возрасте от 18 до 24 лет ($M = 21$; $SD = 2,16$). По количеству татуировок исследуемые были разделены на следующие группы: 1-3 татуировки (24 девушки), 4-11 татуировок (12 девушек).

Методический аппарат исследования. Включает метод тестирования (тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга [7] и опросник исследования уровня агрессивности А. Басса и А. Дарки [9]); методы математической статистики: для оценки различий выраженности агрессии у двух групп применялся критерий U Манна-Уитни; для проверки нормальности распределения в малой группе критерий Шапиро-Уилка и d Коэна для определения фактической значимости между средними значениями групп. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics v23.

Результаты и их обсуждение. Представленные в Таблице 1 результаты средних значений шкал теста фрустрационных реакций С. Розенцвейга показывают преобладание эго-защитного типа реагирования с экстрапунитивными реакциями у обеих групп: для всех девушек с татуировками в ситуации фрустрации характерна защита себя путём обвинения других с проявлением враждебности и порицания. Респонденткам свойственно воспринимать фрустрирующую ситуацию как угрожающую, в связи с чем они активно отстаивают свою позицию, а также используют шутки и сарказм в качестве пассивной агрессии.

Таблица 1.

Описательные статистики у девушек с татуировками (тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга)

Направление реакций	1-3 татуировки	4 и более татуировок
---------------------	----------------	----------------------

Шкалы	M	SD	M	SD
Экстрапунитивные (E)	9,65	2,45	9,96	2,34
Интропунитивные (I)	5,98	2,35	6,42	2,33
Импунитивные (M)	8,38	1,71	7,63	2,45
Типы реагирования				
Препятственно-доминантный (O-D)	6,81	2,64	8,25	4,61
Эго-защитный (E-D)	9,44	2,52	9,79	2,96
Необходимо-упорствующий (N-P)	7,75	2,75	5,96	2,82
Сочетание направленности и типов реагирования				
E' застревание в ситуации, выраженная значимость произошедшего	2,25	1,32	2,88	1,65
E – прямая агрессия, враждебность, обвинение, направленные вовне	5,21	2,56	5,58	2,36
e настойчивое желание, чтобы кто-то другой разрешил ситуацию фрустрации	2,19	1,26	1,5	1,22
I' восприятие произошедшего как получение полезного опыта	0,71	0,74	1,25	1,27
I – признание своей вины, агрессия направлена на себя	1,63	1	2,08	1,08
i реакция, выражающаяся в признании своей вины и стремлении самостоятельно разрешить фрустрирующую ситуацию	3,65	2,14	3,08	1,52
M' восприятие фрустрирующей ситуации как незначимой	3,86	1,99	4,13	2,81
M избегание любого обвинения, оправдание субъектом источника фрустрации	2,6	1,69	2,13	1,09
m ожидание, что ситуация разрешится со временем сама собой	1,92	1,17	1,38	1,19

Примечание: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Опросник исследования уровня агрессивности А.Басса и А.Дарки (табл. 2) позволил определить превалирование повышенного уровня косвенной агрессии у девушек с малым количеством татуировок, в то время как у девушек с большим количеством татуировок превалирует повышенный уровень вербальной агрессии. Это позволяет нам предположить склонность девушек с малым количеством татуировок к использованию не прямой, косвенной агрессии. Они прибегают к придумыванию и распространению сплетен, а также к использованию злобных шуток и саркастических высказываний в сторону другого человека. Девушки с большим количеством тату склонны к проявлению негативных чувств в виде крика и словесных ответов. Такое поведение девушки будут проявлять в виде оскорблений, унижений и насмешек, употребляя ругательства и нецензурную лексику, а также в виде использования прямых угроз или обвинений. Для обеих групп свойственна средняя степень проявления физической агрессии. Это свидетельствует, что для многих девушек физическая агрессия не является первым способом решения проблем.

Таблица 2.

Описательные статистики у девушек с татуировками (опросник исследования уровня агрессивности А. Басса и А. Дарки)

Шкалы	1-3 татуировки		4 и более татуировок	
	М	SD	М	SD
Физическая агрессия	42,5	22,31	39,17	24,66
Косвенная агрессия	56,38	15,66	62,33	18,37
Вербальная агрессия	47,33	19,58	66	16,4
Негативизм	41,67	24,26	48,33	26,23
Раздражение	54,38	17,09	59,25	16,93
Подозрительность	49,17	24,30	47,5	25,63
Обида	50,92	28,15	52	31,84
Чувство вины	63,25	21,08	60,5	25,48
Индекс агрессивности	48,08	14,46	54,67	14,84
Индекс враждебности	50,29	23,39	50,17	24,15

Примечание: М – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Методы математической статистики: для оценки различий выраженности агрессии у двух групп применялся критерий U Манна-Уитни; для проверки нормальности распределения в малой группе критерий Шапиро-Уилка и d Коэна для определения фактической значимости между средними значениями групп.

Статистический анализ оценки различий выраженности агрессии проведён с помощью U критерия Манна-Уитни (табл. 3). Определены статистически значимые различия в выраженности агрессивных реакций у девушек с малым и большим количеством татуировок по вербальной агрессии ($\alpha=0,010<0,05$).

Таблица 3.

Уровни значимости различий, основанные на асимптотическом распределении статистики U критерия Манна – Уитни

Шкалы	U Манна-Уитни	W Уилкоксона	Асимпт. знч. (двусторонняя)	Точн. знч. (2-сторонний критерий)
E'	176,000	254,000	,274	,295
I'	174,000	252,000	,286	,327
M'	140,500	218,500	,905	,908
E	151,500	229,500	,801	,804
I	181,000	259,000	,207	,224
M	115,500	193,500	,335	,344
e	97,500	175,500	,111	,120
i	125,500	203,500	,531	,540
m	105,500	183,500	,191	,199
(E)	159,000	237,000	,613	,631
(I)	165,500	243,500	,469	,476
(M)	95,500	173,500	,102	,104
(O-D)	161,500	239,500	,556	,562
(E-D)	156,000	234,000	,686	,704
(N-P)	93,000	171,000	,086	,090
Физическая агрессия	122,500	200,500	,464	,476

Косвенная агрессия	170,000	248,000	,373	,398
Вербальная агрессия	220,00	298,000	,010	,010*
Негативизм	165,500	244,500	,438	,456
Раздражение	158,000	236,000	,632	,655
Подозрительность	144,500	222,500	,986	1,000
Обида	144,500	222,500	,986	1,000
Чувство вины	136,000	214,000	,786	,804
Индекс агрессивности	175,000	253,000	,298	,311
Индекс враждебности	144,500	222,500	,987	1,000

Примечание: * – значимое различие

Для определения фактических различий в выраженности вербальной агрессии в группах девушек с малым и большим количеством татуировок рассчитан коэффициент d Коэна, который составил 0,9. Данный показатель приближается к большому значению, что позволяет нам говорить о достоверности различия между двумя группами. Таким образом, различия в выраженности вербальной агрессии между девушками с малым количеством татуировок и девушками с большим количеством татуировок не только статистическая, но и фактическая. Вербальная агрессия имеет более выраженный характер у девушек с большим количеством татуировок.

Заключение. Полученные результаты позволили сделать следующие выводы:

1. Для исследуемых обеих групп характерно преобладание экстрапунитивных, внешне-обвинительных реакций. Это проявляется в фиксации на фрустрирующей ситуации, реагированием агрессией и перекладыванием ответственности за конфликт на других людей.

2. У обеих групп девушек выражен эго-защитный тип реагирования на фрустрирующие ситуации, который указывает на склонность к самозащите, проявляемой в обвинении и агрессии на других людей.

3. Гипотеза о существовании различий в выраженности агрессии у девушек с малым и большим количеством татуировок получила частичное подтверждение. Достоверно значимое различие было установлено по выраженности вербальной агрессии. Исследуемые девушки с большим количеством татуировок склонны к большему проявлению вербальной агрессии.

Список литературы.

1. Бахадова Е. В. Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование Учредители: Российский государственный гуманитарный университет. – 2021. – №. 4. – С. 96-116.
2. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – ОЛМА Медиа Групп, 2002.
3. Воробьева Е. С. Татуирование как объект социологического исследования // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – Т. 19. – №. 3. – С. 148-161.
4. Кохут Х. Восстановление самости. – 2002.
5. Лоренц К. Агрессия, или Так называемое зло. М.: АСТ, 2018. 416 с. *
6. Прохоренкова Е. А. Наука в жизни человека // Наука в жизни человека Учредители: Новосибирская академия педагогики, практической психологии и социальной работы. – №. 1. – С. 84-89.
7. Сахарова С. В. Г. Методика Саула Розенцвейга «PF-study» и применение в курсе психодиагностики // Методические указания для студентов специальности «Психология», «Социальная педагогика» (Бакалавр). – Владивосток. – 2007.

8. Фрейд З. Психоанализ. Искусство врачевания психики. Психопатология обыденной жизни. По ту сторону принципа удовольствия. М.: АСТ, 2022. 384 с.
9. Хван А. А., Зайцев Ю. А., Кузнецова Ю. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. – 2008. – Т. 1. – С. 35-58.
10. Хребина С.В., Юндин Р.Н. Психологические особенности проявления агрессивного поведения современных студентов // Гуманитарные науки. 2020. № 3(51). С. 135-142. *
11. Чеснов Я. В. Телесность человека: философско-антропологическое понимание. – Directmedia, 2013.
12. Яворская М. В., Коренчук В. В. Структура агрессии у студентов ТГМУ с открытым агрессивным поведением // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – №. 51-2. – С. 19-22.
13. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility // Journal of consulting psychology. – 1957. – Т. 21. – №. 4. – С. 343.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Минеева Е.А.¹. Болучевская В.В.²

²*Научный руководитель: кандидат психологических наук, доцент*

^{1,2}*Кафедра общей и клинической психологии*

Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Россия, г.
Волгоград*

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные копинг-стратегии пациентов гастроэнтерологического отделения в гендерном аспекте, а также изучено их эмоциональное состояние. Стрессовые ситуации негативно сказываются не только на психическом состоянии индивида, но и на физиологическом благополучии. Обучение навыкам конструктивного совладания со стрессом позволит снизить его негативное влияние на весь организм человека. В результате исследования были выявлена связь между используемым копинг-механизмом и выраженностью эмоциональных переживаний пациентов гастроэнтерологического отделения.

Ключевые слова. копинг-стратегии, гастроэнтерологические пациенты, стресс, совладающее поведение, эмоциональные нарушения.

THE STUDY OF COPING STRATEGIES IN PATIENTS OF THE GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT IN THE GENDER ASPECT

Mineeva E.A., Boluchevskaya V.V.

Department of General and Clinical Psychology

N.P. Grigorenko Institute of Public Health

Volgograd State Medical University, Russia, Volgograd

Annotation. In this article, the main coping strategies of patients of the gastroenterology department in the gender aspect are considered, and their emotional state is also studied. Stressful situations negatively affect not only the mental state of the individual, but also the physiological well-being. Learning the skills of constructive coping with stress will reduce its negative impact on the entire human body. As a result of the study, a connection was revealed between the coping mechanism used and the severity of emotional experiences of patients of the gastroenterology department.

Keywords. coping strategies, gastroenterological patients, stress, coping behavior, emotional disorders.

Введение. Стрессовые ситуации встречаются практически на всём жизненном пути человеческого развития. Стресс является выраженной формой психического напряжения, которое может препятствовать личностному развитию человека и способствовать формированию различных соматических патологий.

Данная проблема особенно актуальна для пациентов гастроэнтерологического отделения. Имеются данные о влиянии психоэмоционального напряжения и личностных особенностей пациента на возникновение и развитие патологий органов пищеварительной системы (В.Д. Тополянский, М.В. Струковская) [7]. По данным Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) от 29% до 38% всех пациентов, посещающие кабинеты врачей общемедицинской практики, относятся к группе психосоматического характера. Из них 10% являются лица гастроэнтерологического профиля [2]. Такие пациенты могут

годами наблюдаться у специалистов различных областей внутренней медицины, но фармакологическая терапия при этом не показывает свою эффективность. Также среди психосоматических пациентов гастроэнтерологического отделения часто наблюдаются повторные обращения в медицинское учреждение [4]. В результате этого пациент дискредитирует не только отдельных врачей больницы, но и всю систему здравоохранения. Соответственно, врачам общей практики и узкопрофильным специалистам необходимы знания в области психосоматических нарушений и возможных способах диагностики и терапии [1, 5].

Исследование копинг-стратегий у данной группы пациентов имеет большое значение. Так как вследствие неконструктивного способа решения стрессовых ситуаций повышается эмоциональное напряжение, которое в свою очередь негативно сказывается на всём организме человека [3]. Таким образом, необходимо создавать определённые условия для развития более адаптивных способов совладания со стрессом, повышая при этом личную ответственность пациента, поиск его ресурсного состояния и снижая уровень эмоционального напряжения [6].

Объекты и методы исследования. Объектом являются копинг-стратегии пациентов гастроэнтерологического отделения. В исследовании приняли участие 45 пациентов в возрасте от 19 до 64 лет. Процентное распределение мужчин и женщин, принявших участие в исследовании 44% и 56% соответственно. В ходе работы использовались теоретико-методологический анализ литературы, психодиагностические методы, а также методы обработки результатов.

В процессе исследования применялись следующие психодиагностические методики: Опросник «Индекс жизненного стиля», Опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса, Интегративный тест тревожности и шкала депрессии Бека. Анализ полученных результатов проводился с помощью специальной компьютерной программы для статистической обработки данных IBM SPSS Statistics.

Результаты и обсуждение. По опроснику «Индекс жизненного стиля» было выявлено, что для данной группы пациентов характерно среднее значение уровня напряженности по таким защитным механизмам психики как: реактивное образование 85%, отрицание 71%, интеллектуализация 67%. Таким людям будет характерна гиперкомпенсация, при которой негативные чувства будут подавляться путём преувеличенного развития противоположных стремлений, а также отказ от эмоциональных переживаний, вызванных стрессовой ситуацией, в пользу применения логических установок даже при наличии доказательств в пользу обратного. При исследовании различий показателей по полу с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, были выявлены статистически значимые различия по шкалам вытеснение ($t=2,4$; $p<0,05$) и компенсация ($t=1,7$; $p<0,05$). Соответственно, для мужчин, в отличие от женщин, будет характерно вытеснение собственных чувств и эмоций, а также стремление компенсировать свои недостатки путём присвоения достоинств и ценностей другой личности.

Анализ данных по опроснику совладающего поведения Р. Лазаруса в адаптации Вассермана показал, что чаще остальных используются дистанцирование $M=53$, избегание $M=52$, а также копинг планирования решения проблем $M=46$ и самоконтроль $M=45$. Следует сделать вывод, что для пациентов гастроэнтерологического отделения характерно сдерживание эмоционального отреагирования на ту или иную стрессовую ситуацию путём чрезмерной рационализации или избегания проблемы. Пациенты скрывают свои эмоции с помощью сверхконтроля своих мыслей и действий, стремятся обесценить значимость собственных переживаний, что может негативно сказаться на их физическом и психическом благополучии. Статистически значимых различий по полу не обнаружено ($p>0,05$).

Результаты интегративного теста тревожности свидетельствуют, что для данной группы обследуемых в большей степени характерна личностная тревожность ($M=5,6$ стенов), нежели ситуативная тревога ($M=4,3$ стенов). Исходя из результатов исследования, следует, что 38% пациентов имеют высокий показатель личностной тревожности, при этом ситуативная тревога имеется 18% исследуемых. Можно сделать вывод, что у пациентов имеются ярко выраженные личностные особенности психики, которые будут описывать их как особо осторожных, тревожных, робких людей. Данная характеристика будет хуже поддаваться корректировке, в отличие от ситуативной тревоги, которая может быть вызвана нахождением в медицинском учреждении, наличием нового социального окружения. Соответственно, при отсутствии фрустрирующего фактора будут снижаться показатели тревоги.

Шкала депрессии Бека показала, что 27% пациентов не имеют признаков депрессии, легкая депрессия (субдепрессия) наблюдается у 16%, умеренная депрессия у 16%, выраженная депрессия у 8% опрошенных. При этом у исследуемых в большей степени наблюдаются соматические симптомы депрессии ($M=4,9$), нежели когнитивно-аффективные проявления ($M=4,6$). Из этого следует, что для ряда пациентов характерно сниженное настроение, чувство подавленности, потеря удовольствия, а также их проявление в виде соматических симптомов (боли различной локализации и степени выраженности, нарушение аппетита и сна и т.д.). Статистически значимых различий в показателях между полами не обнаружено ($p>0,05$).

Для исследования корреляционных связей между защитными механизмами психики, копинг-стратегий и нарушений эмоциональной сферы был применен коэффициент Пирсона. Между таким защитным механизмом как отрицание и копингом дистанцирования была выявлена положительная сильная статистически значимая связь. Следовательно, с возрастанием стремления отрицать проблему будет возрастать тенденция к снижению её значимости и значимости собственных переживаний ($t=0,7$; $p>0,05$). Также положительная сильная связь выявлена между копингом самоконтроля и планированием решения проблем ($t=0,8$; $p>0,05$), а также с копингом положительной переоценки ($t=0,7$; $p>0,05$). С возрастанием контроля над собственными мыслями и чувствами будет возрастать стремление к рационализации проблемы и поиска путей её разрешения, а также положительное переосмысление ситуации и рассмотрение её как стимула для личностного роста. Умеренная отрицательная связь наблюдается между показателями депрессии и такими защитными механизмами как отрицание ($t=-0,5$), проекция ($t=-0,4$) и интеллектуализация ($t=-0,5$), а также между копинг-стратегиями самоконтроля ($t=-0,4$) и положительной переоценкой ($t=-0,3$). Следовательно, повышение показателей по представленным шкалам, приводит к значительному снижению выраженности депрессивной симптоматики. Показатели личностной тревожности связаны с замещением ($t=0,4$; $p>0,05$), таким образом, для её снижения необходимо научиться более конструктивно выражать негативные эмоции. С ситуативной тревогой имеется умеренная отрицательная связь с проекцией ($t=-0,5$) и положительная связь с принятием ответственности ($t=0,4$) и с избеганием ($t=0,3$). Для уменьшения уровня тревоги следует снижать показатели самокритики и стараться прийти к разрешению конфликтных ситуаций.

Заключение. Копинг-стратегии формируются и закрепляются в процессе жизни человека. Подобные стратегии позволяют решать трудные жизненные ситуации с минимальным эмоциональным напряжением. Опыт человека, прохождение разных возрастных этапов, особенности эмоционально-личностной сферы, наличие жизненных целей всё это сказывается на выборе того или иного способа совладания со стрессом.

На основе проведённого исследования был сделан вывод, что факторами риска для возникновения «уязвимого» стиля защитно-совладающего поведения, которое может привести к психической дезадаптации личности и в последующих эмоциональных

и физиологических нарушениях, являются: 1) общий повышенный уровень напряжённости психологических защит; 2) преобладание реактивного образования, отрицания и интеллектуализации в качестве ведущих психологических защит; 3) в приоритете используются копинги дистанцирования, самоконтроля, избегания и чрезмерной ответственности в разрешении жизненных проблем.

При исследовании эмоциональной сферы пациентов была обнаружена тенденция к увеличению показателей тревоги и тревожности. Однако, личностная тревожность выявлялась, чаще ситуативной тревоги, что свидетельствует о наличии тревожного компонента в структуре личности исследуемых. На основе корреляционного анализа был сделан вывод о связи тревожности с замещением, соответственно, для её снижения пациентам необходимо научиться более конструктивно выражать негативные эмоции. С ситуативной тревогой имеется умеренная отрицательная связь с проекцией и положительная связь с принятием ответственности и избеганием. Для уменьшения уровня тревоги следует снижать показатели самокритики и выбирать более активную роль в разрешении конфликтных ситуаций.

Данные по опроснику Бека, который направлен на исследование уровня депрессии, сообщают о наличии депрессивных тенденций у большей части пациентов, а также превалирование соматических нарушений, над когнитивно-аффективными. Корреляционный анализ показал отрицательную связь между показателями депрессии и такими защитными механизмами как отрицание, проекция и интеллектуализация, а также между такими копинг-стратегиями как самоконтроль и положительная связь с копингом «переоценка». Из этого можно сделать вывод, что избегание проблемы, её отрицание и излишнее рационализация может поспособствовать снижению показателей депрессии, но это будет носить лишь временный характер и не принесёт должного результата.

Таким образом, пациенты гастроэнтерологического отделения относятся к уязвимой группе, изучение специфики которой может поспособствовать более эффективному взаимодействию врача и пациента.

Список литературы.

1. Абабков В. А. Защитные психологические механизмы и копинги: анализ взаимоотношений //СПб.: Речь. – 2004. – Т. 158. – С. 2.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. М.: Геррус, 2017. – 350 с.
3. Болучевская В. В., Губина Т. Д., Кириченко А. А. Особенности эмоциональной сферы пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта //Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. – 2018. – №. 2. – С. 148-153.
4. Дементий Л. И., Романов К. Ю. Личностные ресурсы копинг-поведения в ситуации выбора жизненных стратегий (на примере ситуации окончания средних и высших учебных заведений) //Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2013. – №. 1. – С. 20-26.
5. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – 2009.
6. Карпова Е. А., Дрынкина Т. И. Стрессоустойчивость, копинг-стратегии и управление изменениями в ситуациях неопределенности //Ученые записки Санкт-Петербургского университета технологий управления и экономики. – 2022. – №. 3. – С. 245-254.
7. РОГОЗЯН А. Б. Копинг-стратегии в структуре психологических предикторов индивидуального стиля стресс-устойчивости личности //Российский научный журнал. – 2012. – №. 2. – С. 262-270.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ ПОДХОДОВ К ПОНИМАНИЮ Я-КОНЦЕПЦИИ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМУ «СТЕРЖНЮ» ЛИЧНОСТИ

Панов В. К.

Аспирант

Кафедра общей и социальной психологии

Калужский государственный университет им. Циолковского, Россия, Калуга

Аннотация. в статье представлен сравнительный анализ развития термина Я-концепции с позиции подходов разных авторов. Выделены основные, системообразующие признаки Я-концепции.

Ключевые слова. Я-концепция, Идеальное Я, Реальное Я, Зеркальное Я, Духовное Я, психокоррекция.

Comparative analysis of different approaches to understanding the Self-concept as an existential "core" of personality

Panov V. K.

Graduate student

Department of General and Social Psychology

Kaluga State University named after Tsiolkovsky, Russia, Kaluga

Abstract. the article presents a comparative analysis of the development of the term I-concept from the perspective of approaches of different authors. The main, system-forming features of the Self-concept are highlighted.

Keywords. I am a concept, Ideal Self, Real Self, Mirror Self, Spiritual Self, Psychocorrection.

Современное российское общество уже на протяжении нескольких десятилетий испытывает кризис в построении духовно-нравственных ориентиров, являющихся одной из главных основ нормального развития личности. В разных странах и культурах существуют разные традиционные ценности, являющиеся одним из фундаментальных аспектов «основания» личности. Социокультурный и личностный опыт, включающий в себя взаимодействие с такими ценностями, формирует личность индивидуума. Далее мы рассмотрим, как подходили к личности, к «Я-концепции» и определим её роль в становлении и функционировании личности человека.

Согласно одному из основных определений, Я-концепция [2] – это развивающаяся система представлений человека о самом себе, включающая:

- а) осознание своих физических, интеллектуальных, характерологических, социальных и пр. свойств;
- б) самооценку;
- в) субъективное восприятие влияющих на собственную личность внешних факторов.

Далее мы проследим истоки этого термина, рассмотрим, кто внес весомый вклад в его развитие и чем отличались подходы к Я-концепции.

Первым, кто начал разрабатывать Я-концепцию был Уильям Джеймс. Описывая самосознание, он говорит о его двойственности — одна часть познаваемая (А), а вторая (Б) – познающая (одна - выступает объектом, вторая – субъектом). Первую, о которой речь пойдет чуть ниже, Джеймс для «краткости» называет «личностью» (познаваемая часть, эмпирическое «Я»), а другую — «я» (познающая часть).

В своей книге «Принципы психологии» 1890 года [10, с. 43], он пишет, что Я-концепция (Эмпирическое «Я», «личность» по Джеймсу) «в самом широком смысле... общая сумма всего того, что он [человек] может назвать своим: не только его физические и душевные качества, но также его платье, дом, жена, дети, предки и друзья, его репутация и труды, его имение, лошади, его яхта и капиталы».

А. «Личность» в самом широком смысле он предлагает подразделить на три части в отношении: 1) ее составных элементов; 2) чувств и эмоций, вызываемых ими (самооценка); 3) поступков, вызываемых ими (заботы о самом себе и самосохранение).

Составные элементы содержат по Джеймсу три класса:

1.1) физическую личность.

К этому классу автор относит все материальные блага.

1.2.) социальную личность.

Данный класс относится к стремление завоёвывать внимание и одобрение других членов общества и считается «множественным» по У.Джеймсу, т.к. он утверждает, что «у человека столько социальных личностей, сколько индивидов признают в нем личность и имеют о ней представление». Так же Джеймс коротко и лаконично показывает характеристику, которую может иметь «социальная личность»: «Добрая или худая слава человека, его честь или позор — это названия для одной из его социальных личностей».

1.3.) духовную личность.

Этот класс Джеймс в своей книге описал более абстрактно и расплывчато. Однако, из его описания можно отметить, что «скорее, мы разумеем под духовной личностью полное объединение отдельных состояний сознания, конкретно взятых духовных способностей и свойств». Так же автор в контексте этого класса упоминает о «ядре нашего «Я»», которое по своей сути является «чувством активности, обнаруживающемся в некоторых наших внутренних душевных состояниях». Далее он предполагает, что данная активность является «непосредственным проявлением жизненной субстанции нашей души». И, наконец, Джеймс пишет, что каким бы не был характер душевных состояний (могущих «казаться активными») — кажется, что она противоречат «опытным элементам сознания». Подводя итог данному классу, можно предположить, что данный элемент Я-концепции Джеймс видит, как нечто трансцендентное, относящееся к душевным и духовным переживаниям, и, что самое главное — расходящееся с жизненным опытом личности.

2) Самооценка.

У. Джеймс выделяет 2 рода самооценки: самодовольство и недовольство собой. К первому автор относит все, что может принести удовольствие для человека (хотя может быть и социально неодобряемым качеством, например: тщеславие, высокомерие и т.д.). Ко вторым автор относит всё, что доставляет человеку страдания (например: чувство позора, смущение и т.д.)

3) Заботы о себе и самосохранение.

3.1.) Заботы о физической личности. «Все целесообразно рефлекторные действия и движения питания и защиты составляют акты телесного самосохранения».

3.2.) Заботы о социальной личности. К данному аспекту автор относит все социальные действия (например: конкуренцию и волю к власти), а также чувства любви, дружбы и пр.

3.3.) Заботы о духовной личности. Сюда Джеймс относит стремление к искуплению греховной природы души, к духовному очищению. Такая забота о текущей (или будущей загробной) жизни могут, по мнению автора, считаться заботами о духовной сфере личности.

Б. Вторая часть самосознания — познающая. Другими словами, чистое «я», которое по Джеймсу есть мыслящий субъект.

Большим шагом и вкладом в развитие Я-концепции в последующем стали идеи Ч.Х. Кули и Дж. Г. Мида. В развитии их идей находятся сходства с тем, что У.Джеймс называл «социальной личностью».

Так, Ч.Х. Кули принадлежит новая (на тот момент) и в последующем краеугольная для Я-концепции идея «зеркального Я», смысл которой заключается в том, что коммуникация с другими членами (и её осознание) социума обуславливает формирование образа Я (который является частью Я-концепции) личности.

Осознание человеком разнообразных образов себя (как и говорил Джеймс – сколько людей, столько и «социальных личностей» внутри индивида) в сознании других людей, согласно интеракционизму¹ Мида - символически оформляет его самообраз. Из этого следует, что именно социальное взаимодействие детерминирует представление о себе.

Дж. Г. Мида подразделяет личность на два тесно связанных аспекта: «I» (Я) и «Me» (Меня).

«I» – это сущность личности, которая основывается на индивидуальной мотивационной сфере конкретного человека.

«Me» же является частью, обусловленной взглядом на себя через призму социальной группы и составляющих её индивидуумов. То есть, «Me» является осмысленной ролью, приобретаемой в социальных интеракциях и выстраивающей представление о себе. Данное представление о себе личности образуется так же, как и «зеркальное Я» Ч. Кули [12].

Так, согласно концепции Ч.Х. Кули и Дж. Г. Мида каждый индивид образует собственное «Я», исходя из мнений и оценок его личности другими людьми, с которыми данный индивид так или иначе взаимодействует.

Таким образом, «стержневым образованием» личности в символическом интеракционизме является сумма всех межличностных взаимодействий человека с другими членами социума, в результате которых он приобрел возможность посмотреть на себя «со стороны».

Другим автором, внесшим свой вклад в развитие и использование Я-концепции уже непосредственно в психотерапевтической практике, была Карен Хорни.

В своем подходе к личности она выделяет несколько Я: реальное, идеальное и Я в глазах других людей (оно же «зеркальное» по Ч.Х. Кули), а также наличное и потенциальное Я. О реальном Я К. Хорни говорит как о «центральной внутренней силе, общей для всех людей и все же уникальной и неповторимой» [6]. Силу реального Я К.Хорни считает основой, необходимой для личностного роста. Автор подчеркивает, что на деле «человек нуждается в устойчивой и всеобъемлющей интеграции», то есть, человек имеет потребности в целостности и непротиворечивости своей Я-концепции.

В случае отсутствия необходимых внутренних факторов, ведущих к изменению неудовлетворительного внутреннего состояния на позитивное, есть один основной путь, который позволяет индивиду освободиться от потребностей в компенсирующих стратегиях поведения. Это воображение, активное привлечение которого в итоге формирует идеальный образ Я. Такой образ постепенно наполняется завышенными оценками себя, которые помогают человеку избежать встречи со своим Реальным Я.

Так же К.Хорни использует понятия Я в глазах других людей, которое формируется в процессе взаимодействия личности с другими людьми.

Наличное (или эмпирическое, как и У.Джеймса) Я употребляется К.Хорни для обозначения все совокупности особенностей и состояний личности: от телесной сферы до невротизма. Именно познания данного Я по мнению К.Хорни относится к выражению «познать самого себя».

Потенциальное Я является «адекватной» версией идеального Я, т.е. содержит в себе реальные возможности и потенции личности, которые в отличие от идеального Я, действительно достижимы, хотя и, как подчеркивает К.Хорни, имеются сложности в дифференциации содержания этих двух Я образов.

Центральным внутренним конфликтом по К.Хорни считается противоборство между конструктивным потенциалом Реального Я и деструктивными силами Идеального Я внутри личности.

Другим выдающимся психологом, чей вклад в психологию и, в частности, в теорию развития личности является Эрик Гамбургер Эриксон [13], труды которого не обходит стороной практически ни один автор, пишущий о развитии личности или о личностной идентичности.

Несмотря на то, что его подход к личности является более «динамичным» (и отличается от предыдущих), то есть выражается в концепции сменяющих друг друга «ступеней» развития, он, тем не менее, не противоречит другим подходам. Более того, разработанная Э.Эриксоном концепция психосоциального развития отлично дополняет приведенные выше (и описанные ниже) подходы к пониманию личности и позволяет акцентировать внимание на том, какие задачи и особенности характерны личности на каждом этапе ее становления, как постоянно развивающейся системе, в контексте социальной среды. Эриксон предлагает 8 таких этапов (стадий):

1. Базисное доверие против базисного недоверия (до года).

Описывая суть данного этапа, можно сказать так: ребенок должен благополучно приобрести понимание того, что его потребности удовлетворят, что мать, отходя от кровати не «пропадет навсегда» и что «кормильцев» не нужно кусать, чтобы получить желаемое. Все это приводит к формированию базисного доверия (то, что в транзактном анализе так же коротко называют «позицией Я+, Ты+» [8, с. 31]). В противовес этому, наличие фрустрирующих условий в развитии ребенка в этом возрасте может привести к формированию неуверенности в окружающем его мире (в первую очередь, в лице самых близких для него людей, в частности, матери) – базисному недоверию. В таком случае, ребенок начинает «быть наготове», чувствовать, что его потребности не удовлетворяются адекватно и т.д.

2. Автономия против стыда и сомнения (1-3 года).

Эта стадия в норме приводит к самостоятельности и инициативности ребенка, к свободе воли. «Из ощущения утраты свободы распоряжаться собой и ощущения чужого сверхконтроля происходит устойчивая склонность к сомнению и стыду».

3. Инициатива против чувства вины (3-6 лет).

Это стадия вызывается специфическим по мнению Эриксона кризисом, обуславливающим медленное превращение привязанного («прегентажно» к родителям) ребенка в самого «родителя», в носителя традиций. Позитивное прохождение данной стадии приводит к инициативности ребенка, готовности действовать, негативная – к пассивности и стыду, чувству вины.

4. Трудолюбие против чувства неполноценности (6-12 лет).

Эта стадия ознаменована завоеванием ребенком признания посредством важной для него деятельности. Позитивное прохождение данной стадии позволяет ребенку обрести чувство уверенности в том, что он делает. Эриксон отмечает то, что «развитие многих детей нарушается, когда в семейной жизни не удалось подготовить ребенка к жизни школьной, или когда школьная жизнь не подтверждает надежды ранних стадий», т.е. в случае, когда ребенок не получает подтверждения успеха своей деятельности, сильно вырастает риск обретения чувства неполноценности.

5. Идентичность против смешения ролей (12-19 лет).

На этой стадии уже подросток встречается с проблемой утверждения своей социальной роли: есть опасность смешения ролей, приводящая к нарушению ощущения себя как целостного и самостоительного субъекта социальных отношений.

6. Близость против изоляции (20-25 лет).

При успешном прохождении стадий психосоциального развития личность подходит к моменту, когда, обретая свою идентичность, он желает слить ее с идентичностями других. Отсутствие и избегание подобного опыта, обусловленное страхом потери своего эго «в другом» может привести к чувству изоляции. Удачное проживание данной стадии даёт возможность личности постичь близость с другим человеком – научиться соотносить свои интересы, желания и т.д. с интересами и желаниями других, уметь конструктивно выстраивать линию общения и т.п.

7. Генеративность против стагнации (26-64 года).

На этой стадии личность при позитивном прохождении имеет продуктивную ориентацию по отношению к жизни, творческую и креативную. При негативном проживании стадии приобретает чувство стагнации, когда человек чувствует бессмысленность и безнадежность своей жизни.

8. Целостность эго против отчаяния (от 65 лет).

Итог человеческой жизни подводится на последней стадии эго-идентичности, когда по Эриксону приобретает полную интеграцию и суммирование всех пройденных стадий. Девизом целостности на этой стадии является фраза «Я доволен прожитой жизнью». В противовес целостности, если человек не смог пройти стадии эго-идентичности успешно, его отношение на этой стадии эго-идентичности к жизни проявляется как к неудачно прожитой, часто такой человек хотел бы прожить ее заново.

Известный психотерапевт Карл Роджерс, один из лидеров гуманистической психологии, также внёс огромный вклад в определение Я-концепции.

Подход К. Роджерса к Я-концепции начинается с феноменологической позиции. Автор считает, что личность в целом переживает объективную жизнь в своем субъективном восприятии, выстраивая, соответственно, свой собственный субъективный мир. При этом Я-концепции по К. Роджерсу развивается как продукт взаимодействия с окружающим миром и особенной с социальной средой, что роднит этот подход с концепцией Дж. Мида и Ч. Кули.

Вместе с тем, Я-концепция обуславливает реакции индивида в процессе межличностного общения и развивается вместе с потребностью позитивного отношения со стороны других людей.

Психологическая же дезадаптация является следствием рассогласования реального опыта позитивных оценок со стороны других людей с уровнем потребности в них. Говоря об «организме» в контексте Я-концепции К.Роджерс говорит о «диалектическом» и «самопроизвольном» аспекте, который выражается в тенденции к самоактуализации. Самоактуализацией при этом является процесс развития человеком своих потенциальных способностей [3].

Я-концепция является одновременно и системой оценок себя, в которой изменение одного элемента может менять всё целое, и механизмом, непосредственно направляющим активность личности, проистекающей из тенденции к самоактуализации. В отличие от К.Хорни, которая берет конфликт Идеального и Реального Я, как один из центральных в невротическом развитии, К.Роджерс говорит о рассогласовании «организмического» опыта с Я-концепцией человека.

Так, К.Роджерс [9, с.131] подходит к одной из основных проблем в подходе к Я-концепции: психологическим защитам (отрицание и искажение), возникающим с целью преодолеть диссонанс между реальным («организмический») опытом индивидуума и его

Я-концепцией. Согласование такого опыта личности и его Я-концепции и является одной из целей консультирования.

Таким образом, К.Роджерс приписывает Я-концепции функцию вектора активности, изначально заложенного в ядре личности. Вместе с тем Я-концепция предохраняет человека от рассогласования его поведения с содержанием своего «Я» (в противном случае человек чувствует сознательно или бессознательно тревогу).

Одной из наиболее разработанной и обоснованной Я-концепцией в отечественной психологии нам представляется концепция интегральной индивидуальности, разработанная В.С. Мерлином [1, с. 12].

Данная теория содержит три уровня индивидуальных свойств:

1. уровень организма

Сюда относятся все биологические процессы и аспекты, вплоть до обмена веществ и особого строения. Сюда же относятся особенности конституции, которые были выделены, такими учеными, как Э.Кречмером и У.Шелдоном, а также характеристики нервной системы.

2. уровень индивидно-личностных свойств

На этом уровне В. Мерлин рассматривает темперамент и психические свойства личности, а также характер.

3. уровень субъекта социальных отношений

Данный уровень отражает особенности личностного и социального статуса личности. Сумма этих особенностей произрастает из тех социальных ролей, которые характерны для конкретных социальных групп (а также для социально-исторических общностей), являющихся значимым для человека. Очевидно, что данный уровень индивидуальных свойств по В.Мерлину, очень схож с понятием Зеркального Я в подходах других авторов.

Отличительной чертой подхода В.Мерлина к концепции личности является отрицание выстраивания системы личности, состоящей из отдельных «блоков». По его мнению, во-первых, свойства темперамента относятся к свойства индивида, а не личности; а во-вторых, «характер, способности и направленность представляют собой не разные подсистемы (подструктуры) а разные функции одних и тех же свойств личности».

Таким образом, В.С. Мерлин определяет Я-концепцию как многоуровневую систему взаимных связей и организации свойств личности.

Подводя итог, необходимо выделить «ядерные признаки», присущие такому феномену, как Я-концепция, опираясь на известные подходы.

Я-концепция представляет собой динамичную, развивающуюся систему представлений индивида о самом себе, которую он по большей части осознает и стремится поддерживать с целью не допустить рассогласования и последующей тревоги.

Учитывая подходы к системе Я-концепции, можно выделить следующие признаки, сумма которых позволяет говорить, что речь идет именно о Я-концепции: а) самосознание, б) идентичность, в) самоотношение, г) самооценка и д) образ Я.

Все эти аспекты развиваются постепенно и на каждой стадии эго-идентичности (чувство индивидуальности, целостности и тождественности, ощущение синтеза, единства и социальной солидарности) имеют свои задачи развития. Например: для младенца одной из первых задач стоит научиться доверять миру. Далее, к двум годам и далее у ребенка начинает развиваться самосознание, которое является базой для дальнейшего формирования самооценки и, в частности, образа Я, который в свою очередь подразделяется в будущем на несколько «модальностей» Я-концепции: Идеальную, Реальную и Зеркальную. С нашей точки зрения крайне важно включать сюда также и модальность Духовную, как это делал У.Джеймс. Духовное Я в таком случае включало бы установки индивидуума, «нацеленные на разрешение болезненных структурных противоречий,

присущих положению человека, на завершение человеческого сознания на трансцендентном уровне» [7, с. 50]

Таким образом, Я-концепция хоть и является до сих пор дискуссионным в структурном плане феноменом, однако, это не мешает быть ей успешным конструктом в контексте психокоррекционного процесса, позволяющего принести личности моральное и психологическое облегчение.

Список литературы.

1. Аверин В. А. Психология личности: Учебное пособие //СПб.: Изд во Михайлова ВА. – 1999.
2. Авдеева Н. Н., Мещерякова Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь //СПб.: Прайм-Еврознак. – 2009.
3. Баженов В. Г., Баженова В. П. Глоссарий. Психологические механизмы коррекции девиантного поведения школьников //М.: Феникс. – 2007.
4. Клод Штайнер: Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна. Питер, 2019г. 416 с.
5. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – 2007.
6. Хорни К. Невроз и личностный рост: борьба за самореализацию. – " Издательский дом"" Питер""", 2018.
7. Ревизия психоанализа / Эрих Фромм; [перевод с английского А.Анваера]. – Москва: Издательство АСТ, 2019. – 224 с. *
8. Шустов Д. И. Руководство по клиническому транзактному анализу. – 2009.
9. Теории личности. 3-е изд. Хьелл Л., Зиглер Д. Мастера психологии. 2023 - 608 с. *
10. Уильям Джеймс. Психология. Под редакцией Л. А. Петровской Москва, «Педагогика», 1991 г. 199 с. *
11. Блохина Т. С. Соотношение понятий " Я-концепция" и " образ я" //Акмеология. – 2017. – №. 3 (63). – С. 23-28.
12. Львов Д. В. Межиндивидуальная природа самости: дополнительность символического интеракционизма к концепции коллективного бессознательного К. Юнга //Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования. – 2021. – Т. 7. – №. 2. – С. 5-12.
13. Эрик Эрикссон: Детство и общество. Питер, 2019 – 448. *

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, СКЛОННЫХ К НАРУШЕНИЯМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сажина С. А.¹, Маткова А. В.², Кузьмина А. С.³¹

^{1,2}студентки кафедры клинической психологии

³кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии

^{1,2,3}ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», Россия, г. Барнаул

Аннотация. В данной работе были описаны особенности проявления типа пищевого поведения при определенных стратегиях совладания среди девушек 13-17 лет. Представленные результаты отражают достоверные взаимосвязи между шкалами ограничительного пищевого поведения и копинг-стратегиями конфронтация ($r=0,271$, $p=0,04$) и принятие ответственности ($r=0,279$, $p=0,039$). Кроме того, была выявлена положительная корреляция между шкалами эмоционального пищевого поведения и копинг-стратегиями принятие ответственности ($r=0,343$, $p=0,01$) и бегство-избегание ($r=0,435$, $p=0,001$). Корреляция была так же выявлена между экстернальным типом пищевого поведения и копинг-стратегией бегство-избегание ($r=0,428$, $p=0,001$). Обсуждается проблема повышенного риска возникновения нарушений пищевого поведения среди подростков 13-15 лет. Выделены предикторы нарушений пищевого поведения по эмоциональному и экстернальному типам.

Ключевые слова. нарушения пищевого поведения, копинг-стратегии, подростковый возраст, проактивное совладающее поведение

FEATURES OF COPING STRATEGIES OF TEENAGE GIRLS PRONE TO EATING DISORDERS

Sazhina S. A.¹, Matkova A. V.², Kuzmina A. S.³

^{1,2}students of the Department of Clinical Psychology

³Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology

^{1,2,3}Altai State University, Barnaul, Russia

Abstract. This paper described the features of manifestation of the type of eating behavior under certain coping strategies among girls 13-17 years old. The presented results reflect significant correlations between the scales of restrictive eating behavior and coping strategies confrontation ($r=0.271$, $p=0.04$) and taking responsibility ($r=0.279$, $p=0.039$). In addition, a positive correlation was found between the emotional eating behavior scales and the coping strategies acceptance of responsibility ($r=0.343$, $p=0.01$) and escape-avoidance ($r=0.435$, $p=0.001$). Correlation was also found between externalizing type of eating behavior and coping-strategy escape-avoidance ($r=0.428$, $p=0.001$). The problem of increased risk of eating disorders among adolescents 13-15 years old is discussed. Predictors of eating behavior disorders by emotional and externalizing types are identified.

Keywords. eating disorders, coping strategies, adolescence, proactive coping behavior

Введение. Проблема нарушений пищевого поведения среди молодежи в настоящее время находится в центре пристального внимания и представляет большой научный интерес. Количество подростков, озабоченных своей внешностью, постоянно растёт, повышая тем самым риск возникновения расстройств пищевого поведения, которые мешают нормальной жизни подростка, и отрицательно сказываются на его здоровье. Осо-

бый интерес представляют подростки 13-17 лет, ведь именно в этом возрасте формируются основные поведенческие привычки, закладываются взгляды на многие вещи, формируются ценностные ориентиры.

По данным Institute of Health Metrics and Evaluation в 2019 г. нарушениями пищевого поведения страдало 14 млн человек, включая почти 3 млн детей и подростков [5]. Результаты исследования National Comorbidity Survey Replication говорят о том, что почти 95% пациентов с нарушениями пищевого поведения – молодые девушки [7].

Изучением данной проблемы занимались следующие зарубежные учёные: D.C. Hill, Strien T. Van, Godart N., Flament M., Perdereau F., Jeammet P. Также исследованием занимались и отечественные учёные: Т.Г. Вознесенская, О.А. Скугаревский, Г.А. Рыльцова, В.М. Захарченко, В.П. Новикова, Б.Ю. и др.

В соответствии с когнитивной теорией стресса и совладания Р.Лазаруса и С. Фолкмана такие факторы, как способность человека использовать адаптивные методы совладания, а также вера человека в свою способность справляться со стрессом, будут влиять на оценку индивидом потенциального негативного воздействия стрессоров. Следовательно, в условиях стресса те, кто использует методы избегания и понимает, что они неспособны эффективно справляться с жизненным стрессом, могут подвергаться особенно высокому риску патологии пищевого поведения [6].

Взаимосвязь между стрессом и питанием начинается уже в 8 лет. Систематический обзор, проведенный D.C. Hill выявил влияние стресса на пищевое поведение среди подростков в возрасте от 8 до 18 лет и обнаружил, что стресс был в значительной степени связан с нездоровым пищевым поведением у детей младшего ($p=0,001$) и старшего возраста ($p=0,001$) возраста [4]. Это подтверждается и в исследовании Brytek-Matera A., Schiltz L. [3], которое проводилось на клинической выборке женщин с нарушениями пищевого поведения и в контрольной группе. Были получены положительные связи между нарушениями пищевого поведения и замещением удовольствия, избеганием и агрессией; а также отрицательные связи со следующими стратегиями совладания со стрессом: планирование, релаксация, поиск поддержки, принятие.

Объекты и методы исследования. Мы предполагаем, что существует взаимосвязь между выбором копинг-стратегий и нарушениями пищевого поведения, а также присутствуют возрастные различия в проявлении типов нарушений пищевого поведения. Чтобы подтвердить гипотезу, мы провели эмпирическое исследование на базе МБОУ Лицей № 8 г. Новоалтайска. В исследовании приняли участие 55 девушек возрастом от 13 до 17 лет без клинических диагнозов. Средний возраст выборки 14,98 лет. Опрос проходил на онлайн-платформе с использованием Яндекс Forms. Также нами были получены информированные согласия родителей респондентов на участие в данном исследовании.

Были использованы следующие методики: Голландский опросник пищевого поведения «DEBQ», опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса, «Опросник проактивного совладающего поведения», тест ЕАТ-26 и анкета, направленная на выявление пищевых предпочтений.

Результаты и их обсуждение. Для выявления возрастных различий нами были разделены девушки на две группы 13-15 лет и 16-17 лет. По результатам обработки данных при помощи U-критерия Манна-Уитни были выявлены достоверные различия между подростками 13-15 лет и 16-17 лет (табл.1) по шкалам экстернального пищевого поведения ($p=0,027$) и ЕАТ-26 ($p=0,048$). Также различия на уровне тенденции можно выделить по ограничительному пищевому поведению ($p=0,075$). Таким образом, у подростков 16-17 лет чаще проявляются признаки экстернального пищевого поведения, а у подростков 13-15 лет ограничительного пищевого поведения, однако у подростков 13-15 лет в целом выше риск возникновения нарушений пищевого поведения.

Таблица 1.

Шкалы	13-15 лет n=29 M (SD)	16-17 лет n=26 M (SD)	Уровень значимости p (U-критерий Манна-Уитни)
Экстернальное ПП	2,95 (0,63)	3,37 (0,59)	0,027
Ограничительное ПП	2,53 (0,95)	2,11 (0,94)	0,075
ЕАТ-26	10,79 (11,07)	6,96 (9,63)	0,048

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение

**различия на уровне тенденции при $p < 0,1$ (U-критерий Манна-Уитни)

*различия статистически достоверны при $p < 0,05$ (U-критерий Манна-Уитни)

Так, другими авторами отмечается, что в организме ребенка происходят значительные гормональные изменения, меняется его внешность. Неприятие и неприятие отчуждения может быть предиктором пищевой зависимости. Примерно в 11-13 лет дети становятся особенно чувствительными к оценкам других людей и критически относятся к собственной привлекательности. В результате они подвергаются риску развития нарушений пищевого поведения [2].

Для выявления взаимосвязи копинг-стратегий и нарушений пищевого поведения был проведён корреляционный анализ Спирмена (табл.2).

Таблица 2.

		Ограничительное ПП	Эмоциогенное ПП	Экстернальное ПП
Конфронтация	r	0,273*	-0,047	0,057
	p	0,043	0,736	0,678
Принятие ответственности	r	0,279*	0,343*	-0,027
	p	0,039	0,010	0,889
Бегство-избегание	r	0,236	0,435**	0,428**
	p	0,082	0,001	0,001

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

По результатам обработки данных была выявлена достоверная взаимосвязь между шкалами ограничительного пищевого поведения и копинг-стратегиями конфронтация ($r=0,271$, $p=0,04$) и принятие ответственности ($r=0,279$, $p=0,039$).

Было выявлено, что девушки с эмоциогенным пищевым поведением чаще прибегают к копинг-стратегиям принятие ответственности ($r=0,343$, $p=0,01$) и бегство-избегание ($r=0,435$, $p=0,001$).

Корреляция была так же выявлена между экстернальным типом пищевого поведения и копинг-стратегией бегство-избегание ($r=0,428$, $p=0,001$).

Из этого следует, что недостаток навыков совладания со стрессом и применение неадаптивных стратегий связаны с эпизодами переедания или недоедания. Некоторые исследования показали, что люди с расстройствами пищевого поведения чаще применяют эмоционально-ориентированные копинг-стратегии, избегание, самоконтроль, принятие ответственности, и реже – активные копинг-стратегии, направленные на разрешение сложившейся стрессовой ситуации [1].

По результатам опросника ЕАТ-26 нами были выявлены 19 девушек с высокими баллами, которые могут говорить о нарушениях пищевого поведения. Нами был проведен регрессионный анализ для выявления предикторов видов нарушений пищевого поведения. В качестве независимых переменных были включены показатели поиск эмоциональной поддержки, положительная переоценка, принятие ответственности, конфронтация, стратегическое планирование, поиск социальной поддержки, самоконтроль, дистанцирование, рефлексивное преодоление, планирование решения проблемы, бегство-избегание, поиск инструментальной поддержки, превентивное преодоление; а в качестве зависимых переменных методом включения с вероятностью $F=0,05$ в модель добавлены типы нарушений пищевого поведения. Достоверно значимая регрессионная модель была получена для экстерналистского (табл. 3) и эмоциогенного (табл. 4) пищевого поведения.

Таблица 3.

Предикторы экстерналистского пищевого поведения (n=19)	В	Бета	р			
				Принятие ответственности	ответ-	0,048
				-0,122	0,369	0,048
Бегство-избегание	0,203	1,139	0,003			
Превентивное преодоление	0,104	0,779	0,035			
Поиск эмоциональной поддержки	-0,165	-0,925	0,003			
Константа	1,441		0,092			
Показатели модели: $R^2=0,926$; $R^2_{adj}=0,766$; $F=5,782$; $p=0,020$						

Как видно из таблицы 3, предикторами нарушений пищевого поведения по экстерналистскому типу являются: принятие ответственности ($p=0,048$), бегство-избегание ($p=0,003$), превентивное преодоление ($p=0,035$); антипредиктором является поиск эмоциональной поддержки ($p=0,003$). Таким образом, в 76,6 % в развитие экстерналистского типа нарушений пищевого поведения вносят вклад: а) необоснованная самокритика и принятие чрезмерной ответственности; б) прокрастинация и избегание трудных ситуаций; в) предвосхищение потенциальных стрессоров; в) отсутствие эмоциональной разрядки путем разделения чувств с другими.

Таблица 4.

Предикторы эмоциогенного пищевого поведения (n=19)	В	Бета	р			
				Дистанцирование	0,582	0,031
				0,176	0,582	0,031
Самоконтроль	-0,313	-1,070	0,011			
Поиск социальной поддержки	0,222	0,810	0,027			
Принятие ответственности	0,167	0,420	0,050			
Бегство-избегание	0,320	1,489	0,002			
Рефлексивное преодоление	-0,087	-0,586	0,029			

Превентивное пре- одоление	0,162	1,009	0,023
Поиск эмоциональ- ной поддержки	-0,136	-0,633	0,031
Константа	1,403		0,210
Показатели модели: $R^2=0,902$; $R^2_{adj}=0,688$; $F=4,227$; $p=0,043$			

Анализируя данные таблицы 4, предикторами нарушений пищевого поведения по эмоциогенному типу являются: дистанцирование ($p=0,031$), поиск социальной поддержки (0,027), принятие ответственности ($p=0,050$), бегство-избегание ($p=0,002$), превентивное преодоление ($p=0,023$); антипредикторы: самоконтроль ($p=0,011$), рефлексивное преодоление ($p=0,029$), поиск эмоциональной поддержки ($p=0,031$). Следовательно, в 68,8 % в эмоциогенный тип нарушений пищевого поведения будут вносить вклад: а) обесценивание собственных переживаний; б) трудности в рационализации проблемной ситуации, оценке собственных сил и возможностей; в) отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности; г) отсутствие эмоциональной поддержки от окружающих.

Заключение. Резюмируя выше сказанное, можно говорить о том, что данное исследование помогло нам доказать гипотезу: была выявлена достоверная взаимосвязь между шкалами ограничительного пищевого поведения и копинг-стратегиями конфронтация и принятие ответственности; эмоциогенного пищевого поведения и копинг-стратегиями принятие ответственности и бегство-избегание; экстернального пищевого поведения и копинг-стратегией бегство-избегание. Полученные результаты так же свидетельствуют о том, что у подростков 16-17 лет чаще встречаются нарушения по экстернальному типу пищевого поведения, а у подростков 13-15 лет – по ограничительному. Учитывая неуклонный рост заболеваемости, высокую медико-социальную значимость и отсутствие четких алгоритмов раннего выявления и коррекции, важно определить факторы риска, чтобы разработать комплексный подход для ранней диагностики и коррекции НПП. Таким образом, проведенное исследование подтвердило результаты ранее проводимых работ, а также углубило знания в области копинг-стратегий девушек подросткового склонных к нарушениям пищевого поведения.

Список литературы.

1. Дурнева М. Ю., Мешкова Т. А. Особенности использования копинг-стратегий у девушек с риском формирования нарушений пищевого поведения // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7. – №. 4. – С. 40-49.
2. Малкина-Пых И. Терапия пищевого поведения. – Litres, 2022.
3. Brytek-Matera A., Schiltz L. Comparative structural study of the configuration of coping strategies among female patients with eating disorders and a non-clinical control group // *Psychiatria Danubina*. – 2013. – Т. 25. – №. 4. – С. 0-365.
4. Hill D. C. et al. Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis // *Appetite*. – 2018. – Т. 123. – С. 14-22.
5. Hudson J. I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Biological psychiatry*. – 2007. – Т. 61. – №. 3. – С. 348-358.

6. MacNeil L. et al. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model //Eating behaviors. – 2012. – T. 13. – №. 4. – С. 293-296.
7. Santomauro D. F. et al. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019 //The Lancet Psychiatry. – 2021. – T. 8. – №. 4. – С. 320-328.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ В УСЛОВИЯХ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Сычева А. И.¹, Рублева А. И.², Болучевская В.В.³

³Научный руководитель, кандидат психологических наук, доцент

Кафедра общей и клинической психологии

^{1,2,3}ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия г. Волгоград

Аннотация. В данной статье рассмотрены проблемы одиночества, особенности его переживания в пожилом возрасте. Цель работы: анализ особенностей переживания одиночества пожилыми людьми, находящимися в геронтологическом центре; соотношение типа их переживания и личностного профиля. Исследование проводилось с помощью следующих методик: «Дифференциальный опросник переживания одиночества» (ДОПО) (Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев), «Тест жизнестойкости Мадди» (адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), «Оксфордский опросник счастья» (ОИ, Oxford Happiness Inventory) и «Локус контроля» Дж. Роттера.

Ключевые слова. пожилой возраст, одиночество, жизнестойкость, счастье, локус контроля

INVESTIGATION OF THE EXPERIENCE OF LONELINESS IN OLD AGE IN A DIFFICULT LIFE SITUATION

Sycheva A.I.¹, Rubleva A.I.², Boluchevskaya V.V.³

³Scientific supervisor, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor

Department of General and Clinical Psychology

^{1,2,3}Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia

Abstract. This article discusses the problems of loneliness, the peculiarities of its experience in old age. The purpose of the work is to analyze the features of loneliness experienced by elderly people in the gerontological center; correlation of the type of their experience and personal profile. The study was conducted using the following methods: "Differential questionnaire of loneliness experience" (DOPO) (E.N. Osin, D.A. Leontiev), "Maddy's Resilience Test" (adaptation by D.A. Leontiev, E.I. Rasskazova), "Oxford Happiness Questionnaire" (OHI, Oxford Happiness Inventory) and "Locus of control" J. Rotter.

Keywords. old age, loneliness, resilience, happiness, locus of control

Введение. Пожилые люди – это та группа людей, которая является менее защищенной и нуждается в поддержке и постоянном уходе. Нарушение взаимодействия пожилых людей с разнообразными социальными средами и с обществом в целом приводит к их вытеснению из общественной жизни и разрыву большинства их социальных связей. В связи с этим жизнь пожилого человека наполняется чувством отчужденности, беспомощности и одиночества, он начинает ощущать себя незащищенным, находясь в социуме [1, с. 57; 4, с. 145]. В целом одиночество – это сложный, многоаспектный феномен. Как писал И. Ялом, человек рождается и умирает одиноким; выбор между одиночеством и установлением социальных связей является одним из базовых экзистенциальных вызовов, с которым каждому человеку приходится так или иначе сталкиваться в течение жизни [3, с. 4]. К причинам одиночества пожилых людей можно отнести также такие

факторы, как потерю близких, отсутствие детей и друзей, самоизолирующийся тип поведения и др. Особенно важно уделять внимание тем пожилым, которые находятся в геронтологических центрах, потому что именно они чувствуют сильную отчужденность и заброшенность своими близкими. Для демографической ситуации в мире характерно прогрессирующее возрастание доли пожилых людей в общей численности населения. Аналогичный процесс можно наблюдать и в России. Так, по прогнозам к 2055 году доля лиц пожилого и старческого возраста в России будет составлять около 40% [2, с. 38].

Материалы и методы. На базе Государственного бюджетного специализированного стационарного учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Волгоградский областной геронтологический центр» проводилось исследование с помощью методик: «Дифференциальный опросник переживания одиночества» (ДОПО, полная версия) (Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев), «Тест жизнестойкости Мадди» (адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), «Оксфордский опросник счастья» (ОНИ, Oxford Happiness Inventory) и «Локус контроля» Дж. Роттера. Выборкой стали 30 пожилых людей от 66 до 92 лет; подавляющим большинством явились женщины (20 человек). Статистический анализ данных проводился с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение. Результаты по методике «Дифференциальный опросник переживания одиночества» представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты дифференциального опросника переживания одиночества

Название шкалы/субшкалы	Уровень выраженности, %		
	Пониженный	Средний	Высокий
ОО – Общее переживание одиночества	37	63	0
1. Изоляция	20	70	10
2. Самоощущение	40	50	10
3. Отчуждение	50	47	3
ЗО – Зависимость от общения	3	63	34
4. Дисфория	20	60	20
5. Проблемное одиночество	0	33	67
6. Потребность в компании	0	50	50
ПО – Позитивное одиночество	27	67	6
7. Радость уединения	27	67	6
8. Ресурс уединения	30	57	13

Так, преобладающий средний уровень по общей шкале «общее переживание одиночества» (у 63% обследуемых) свидетельствует о том, что у исследуемых пожилых присутствует некоторое переживание одиночества, однако оно не является выраженным; при этом отсутствие высоких баллов по данной шкале у всей выборки пожилых говорит как раз таки об отсутствии актуальной выраженности переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости или контактов с людьми, а также об осознании респондентами себя в целом как не одиноких, не изолированных людей. Превалирование среднего уровня по общей шкале «зависимость от общения» (63% респондентов) может говорить о том, что большинство исследуемых пожилых людей нуждаются в общении с другими людьми на среднем уровне, то есть они не склонны искать общение любой ценой с целью избежать ситуаций уединения, но при этом нельзя сказать, что для них характерно спокойное, толерантное отношение к переживанию одиночества и ситуациям

уединения. А преобладание так же среднего уровня по общей шкале «позитивное одиночество» (обладают 67% пожилых) позволяет говорить о том, что большая часть опрошенных пожилых в целом способна находить ресурс в уединении, однако не всегда испытывает при этом положительные эмоции и не всегда может творчески использовать этот ресурс для самопознания и саморазвития.

Анализ ответов респондентов по тесту жизнестойкости Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) показал следующие результаты: по шкале вовлеченности средними показателями обладали 70% исследуемых, низкие показатели были присущи 17%, высокие были выявлены у 13% всех опрошенных; по шкале контроля: средние показатели – у 43%, низкие – у 23%, высокие – у 34%; по шкале принятия риска у большей части выборки были выявлены средние результаты (у 50%), у 17% – низкие, 33% имели высокие показатели; по шкале жизнестойкости: 46% имели средние показатели, 24% – низкие и у 30% – высокие. Таким образом, у большинства опрошенных средние показатели всех изучаемых шкал были преобладающими, что может свидетельствовать о том, что для большинства исследуемых пожилых людей характерно стойкое совладание со стрессами, однако в критических, стрессовых ситуациях возможно возникновение у пожилого внутреннего напряжения.

По Оксфордскому опроснику счастья (ОНИ, Oxford Happiness Inventory) были получены следующие результаты: средний уровень счастья наблюдался у большинства исследуемых (60%), повышенный уровень счастья был присущ 23% пожилым людям, пониженный уровень был обнаружен у 17% опрошенных. Таким образом, поскольку преобладающим оказался средний уровень субъективного благополучия, то это может свидетельствовать о наличии у большей части опрошенных пожилых чувства внутреннего удовлетворения жизнью в целом, условиями жизни и деятельности, отношениями с другими людьми и самим собой. Также стоит отметить, что резко выраженные границы (низкий, высокий уровни) не были обнаружены у исследуемой выборки, что может свидетельствовать об отсутствии патологических отклонений, а это, в свою очередь, говорит о том, что исследуемые имеют нормальный уровень выраженности счастья для данной возрастной группы, без выраженных особенностей.

По итогам анализа методики «Локус контроля» Дж. Роттера выявлены следующие особенности исследуемых пожилых людей: интернальным (внутренним) локусом контроля обладали 73%, экстернальный (внешний) локус контроля был обнаружен у 27% опрошенных. Таким образом, поскольку интернальный (внутренний) локус контроля оказался преобладающим, можно говорить о том, что большая часть исследуемых пожилых считает, что происходящие с ними события прежде всего обусловлены их личностными качествами и являются закономерным результатом их собственной деятельности, т.е. полностью зависят от них самих.

Проведя корреляционный анализ изучаемых методик в программе SPSS, были получены следующие результаты:

1. Шкала «процент счастья», шкала «общее переживание одиночества» и субшкалы «изоляция», «отчуждение»: Процент счастья и «изоляция»: статистически значимая (очень значимая) умеренная ($0,3 < r < 0,7$) отрицательная связь, причем корреляция значима на уровне 0,01 ($r = -0,566$; $p < 0,01$). Процент счастья и «отчуждение»: статистически значимая умеренная ($0,3 < r < 0,7$) отрицательная связь, причем корреляция значима на уровне 0,05 ($r = -0,392$; $p < 0,05$). Процент счастья и «общее переживание одиночества»: статистически значимая умеренная ($0,3 < r < 0,7$) отрицательная связь, причем корреляция значима на уровне 0,05 ($r = -0,459$; $p < 0,05$).

Таким образом, пожилым, которые испытывают сильное чувство одиночества, отгороженности от окружающего социального мира, не свойственно испытывать высокое субъективное благополучие.

2. Шкала «Вовлеченность» и субшкала «дисфория», шкала «позитивное одиночество»: «Вовлеченность» и «дисфория»: статистически значимая умеренная ($0,3 < r < 0,7$) положительная связь, причем корреляция значима на уровне 0,05 ($r = 0,406$; $p < 0,05$). «Вовлеченность» и «позитивное одиночество»: статистически значимая умеренная ($0,3 < r < 0,7$) отрицательная связь, причем корреляция значима на уровне 0,05 ($r = -0,438$; $p < 0,05$).

Исходя из этого, исследуемые пожилые, у которых развит компонент вовлеченности, получающие удовольствие от собственной деятельности, ощущающие жизнь вокруг себя, испытывают сильные негативные чувства, когда пребывают в одиночестве, а также они не способны находить ресурс в уединении и творчески использовать его для самореализации и самоактуализации.

3. Общий балл жизнестойкости и субшкала «дисфория»: Выявлена статистически значимая умеренная ($0,3 < r < 0,7$) положительная связь, причем корреляция значима на уровне 0,05 ($r = 0,405$; $p < 0,05$).

Это значит, что пожилые люди, переживающие сильные отрицательные эмоции в ситуации уединения, не испытывают при этом внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет использования копинг-стратегий.

Заключение. Сущность вышеизложенного сводится к тому, что переживание одиночества у исследуемых пожилых не выражено, в целом они не считают себя одинокими и изолированными. Исследуемые пожилые могут находить нечто полезное и при этом положительное в своем уединении. В не критической, обыденной ситуации они могут справляться с теми или иными стрессовыми факторами. В целом можно сказать, что исследуемые пожилые удовлетворены своей жизнью, условиями жизни и деятельности, а также отношениями с окружающими и с самим собой. Кроме того, для исследуемых пожилых людей характерен внутренний локус контроля, то есть эмоциональная стабильность, убеждение в неслучайности их успехов или неудач и зависимости их от собственной деятельности.

Корреляционный анализ результатов показал, что пожилые, которые испытывают отчужденность и изолированность от социума, не замечают высокого субъективного благополучия. Те исследуемые, которые удовлетворены собственной деятельностью и условиями жизни, проявляют негативные эмоции в ситуации одиночества и не способны выгодно использовать свое уединение для саморазвития и самоэксплорации. Кроме того, пожилые люди, с доминирующими негативными чувствами в состоянии уединения, в подавляющем большинстве стрессовых ситуаций не испытывают внутреннего напряжения, проявляя при этом элементы совладающего поведения.

Подводя итог вышесказанному, в данном геронтологическом центре пожилые люди не чувствуют себя изолированными от окружающих, положительно относятся к пребыванию там, могут находить ресурсы в трудной жизненной ситуации, видеть выгодные стороны в негативных аспектах благодаря помощи специалистов. Следовательно, для поддержания нынешнего состояния рекомендуется продолжение курса психологического сопровождения людей данной возрастной категории.

Список литературы.

1. Бражникова, М.А., Болучевская, В.В., Киликаева, Е.И. Программа психологического сопровождения пожилых людей, проживающих в домах-интернатах: опыт практического применения // Социальное обслуживание. – 2019. – №9 (148). – С. 57-66. *
2. Максимова А. А. и др. Проблема одиночества в пожилом возрасте // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 2. – №. 1 (12). – С. 38-40.

3. Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества (ДОПО). – М.: Смысл, 2016. – 88 с. *
4. Седых О. Г., Гуляева А. И. Проблема одиночества лиц пожилого возраста: социологический аспект //Известия Байкальского государственного университета. – 2022. – Т. 32. – №. 1. – С. 144-152.

ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ермаков П.Н.¹, Титова И.И.²

¹Научный руководитель, д.б.н., академик РАО, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии

²аспирант

^{1,2}Академия Психологии и Педагогике ФГБОУ ВО «Южный Федеральный Университет», Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению основных направлений исследований в междисциплинарной области знаний психодерматоглифике, изучающей закономерности между психологическими характеристиками личности и особенностями дерматоглифических маркеров. В статье рассматриваются основные направления психодерматоглифических исследований в зарубежной и отечественной литературе. Показана актуальность психодерматоглифических исследований, результаты которых могут применяться не только для целей идентификации личности, как это используется в настоящее время, но также в осмыслении фундаментальных вопросов асимметрии полушарий мозга и ладонной дерматоглифики, а также в ранней диагностике врожденных заболеваний и развитии превентивной медицины.

Ключевые слова. асимметрия, дерматоглифика, дерматоглифические маркеры, ладонная дерматоглифика, психодерматоглифика.

MAIN AREAS AND DIRECTIONS OF PSYCHODERMATOGLYPHIC RESEARCH

Ermakov P.N.¹, Titova I.I.²

¹ Academic advisor, Doctor of Biological Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences, Professor, Head of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

² graduate student

^{1,2} Academy of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don

Abstract. the article provides us with a review of the literature on the main directions of research in the interdisciplinary field of knowledge of psychodermatoglyphics, which studies the patterns between the psychological characteristics of a person and the characteristics of dermatoglyphic markers. The article discusses the main directions of psychodermatoglyphic research in foreign and domestic literature. The relevance of psychodermatoglyphic research is shown, the results of which can be used not only for the purposes of personal identification, as is currently used, but also in explanation of the fundamental asymmetry issues of the cerebral hemispheres and their connection with palmar dermatoglyphics and also in the early prediction of inherent diseases and the development of preventive medicine.

Key words. asymmetry, dermatoglyphics, dermatoglyphics markers, palmar dermatoglyphics, psychodermatoglyphics.

Актуальность. Актуальность проблемы изучения взаимосвязи психологических характеристик личности и особенностей дерматоглифических маркеров не вызывает сомнений ввиду растущего применения биометрических технологий в современном мире.

В современное время биометрические технологии используются повсеместно в области банковских операций, электронной торговле, мобильной связи. Развитие технологий повлекло развитие технологии идентификации индивидов по отпечаткам пальцев «Touch ID» и биометрических систем обеспечения безопасности. В связи с этим, развитие научных знаний в сфере измерения и анализа биометрических характеристик отдельно взятого индивида и их связи с психологическими характеристиками личности может иметь прямое практическое значение, а также указывает на важное социальное значение. Возможность раннего распознавания психологических способностей индивидов также является способом оптимизации жизнедеятельности человека, воспитания и обучения, самопознания и выбора профессиональной ориентации.

Актуальность вопроса также объясняется ростом объема фронтальных наук и междисциплинарных исследований. В научной литературе указывается, что современная научная парадигма движется в сторону междисциплинарности, что позволит перейти от фрагментарности познания к более целостным системам развития знаний и технологий.

Известно, что формирование папиллярного рельефа ладони происходит в эмбриональном периоде. Нервная система человека и кожный эпидермис образуются на этапе онтогенеза из единого внешнего зародышевого листка (эктодерма). Последовательная закладка конечностей, фаланг пальцев рук и пальцевых подушечек зародыша происходит на 4–8-й неделе развития. Этап гребнеобразования и формирования типов папиллярных узоров длится от 10–13-й до 22–24-й недели внутриутробного развития [1, с.73]. Следовательно, дерматоглифический рисунок образуется значительно раньше, чем начинается формирование расположения борозд и извилин конечного мозга, так как замена плодных прогибов неокортекса полушарий конечного мозга на настоящие борозды начинается на 29–30-й неделе [2, с. 111]. В результате эпигенетического развития в эмбриогенезе формируется гребешковая кожа [3, с.1].

В связи с тем, что папиллярные узоры на ладонях закладываются до рождения человека, возникает вопрос о том, являются ли они генетически детерминированными или могут изменяться под влиянием особенностей социальной среды, условий жизни и определенных жизненных обстоятельств. А также существует ли взаимосвязь между ладонной дерматоглификой и психологическими характеристиками личности. В современных психологических исследованиях отсутствует однозначный ответ на данные вопросы.

В 1970-х годы советские ученые проводили исследования кожных узоров для диагностики и прогнозирования психологических и физических способностей человека. Советские спортивные врачи на основе дерматоглифики искали способы отбора и ранней специализации перспективных детей по видам большого спорта.

На настоящий момент вопрос об ассоциации системы кожных узоров ладони и психологических особенностей индивида остаётся открытым: результаты исследований разных авторов противоречивы. Пальцевые дерматоглифические характеристики в науке изучены гораздо глубже, чем ладонная дерматоглифика.

Исследованиями в данной области занимается психодерматоглифика - область научного знания, находящаяся на стыке психологии, психофизиологии и дерматоглифики, предметом исследований которой являются закономерности в вариативности психологических и дерматоглифических признаков человека [4, с.105].

Основные направления психодерматоглифических исследований. Рассмотрим основные области дерматоглифических и психодерматоглифических исследований и представим кратко их результаты:

1. Исследования в области изучения психологических и дерматоглифических характеристик индивида с точки зрения биологии и антропологии. Исследованием биометрических данных индивида на ладони занимаются различные науки. В области биологии изучаются структура и строение папиллярных узоров; в области антропологии проводится измерение физических характеристик индивида; в нейробиологии изучаются взаимосвязи нервных окончаний на ладони и функционирования мозга. Научные работы в данной области представлены Акбаровой С.Н. [5], Негашевой [6], Славолубовой И.А. [7], Хить Г.Л. [8], Гусевой И.С. [9].

2. Исследования в области генетической детерминации психологических и дерматоглифических характеристик индивида. Основная часть современных исследований сосредоточена на поиске генетических коррелятов папиллярных узоров на ладони. Точная локализация генов, ответственных за дерматоглифический узор, в науке не найдена.

Согласно имеющейся гипотезе, феногенетика пальцевых узоров человека может базироваться на многопороговой полигенной модели. Авторы данной гипотезы предполагают наличие в системе, определяющей процесс наследования узорности на пальцах рук, наличие двух разнонаправленных генетических комплексов: первый фактор способствует закладке завитков, второй - дуговых узоров [10, с.2204].

Исследования близнецов женского пола, проведенные учеными Университета Рио-де-Жанейро в 2010 году, показали высокую степень наследуемости для 12 дерматоглифических характеристик ($h^2 =$ от 0,65 до 0,96). Результаты исследования подтвердили преобладающее генетическое влияние на общий гребневой счет [11, с.482].

Исследования ученых из университета Пловдива (Болгария) в 2014 году показали, что генетическая уникальность отпечатков позволяет изучить взаимосвязь между определенными дерматоглифическими характеристиками и лежащими в их основе патологическими процессами при ряде заболеваний, включая психические расстройства [12, с.5].

3. Исследования в области изучения дерматоглифических коррелятов различных заболеваний. Одна из наиболее ранних работ, посвященных поиску дерматоглифических коррелятов болезней, была опубликована Ф. Роснер в 1968 году в журнале «Lanset». В данной работе автор, изучив пальцевые и ладонные отпечатки женщин с раком молочной железы, сделал заключение о том, что результаты а-в гребневого счета существенно выше в группе больных раком, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц [13].

В 1970 г. в Журнале исследовательской дерматоглифики была опубликована статья Д. Вербова. Автор указывает, что изучение узоров эпидермальных гребней пальцев, ладоней и стоп может служить в качестве помощи в диагностике многих болезней, в особенности тех, которые вызваны хромосомными нарушениями, но также и в отношении других болезней, включая как генетически, так и не генетически обусловленные [14, с.261].

Анализ дерматоглифических признаков используется современными исследователями для изучения дерматоглифических особенностей ряда заболеваний. Исследование кожных узоров используется как дополнительный метод при диагностике многих наследственных заболеваний, грубых хромосомных aberrаций (синдром Дауна, синдром Шерешевского-Тернера), геномных нарушений; заболеваний с наследственной предрасположенностью (эпилепсия, шизофрения, алкоголизм, наркомания) [15,16]. В современных исследованиях также сделан вывод о перспективности дерматоглифики как маркера генетической предрасположенности к онкопатологии [17,18,19].

4. Исследования в области психофизиологии и изучения когнитивных механизмов мозга. В данном случае целью и объектом исследования дерматоглифических при-

знаков является изучение вопросов, связанных с межполушарной асимметрией, асимметрией ладонных узоров, нервными окончаниями на ладони и мозговой активностью. У. Ф. Гашимова, А. А. Гайсина, Х. М. Сафиханова из Института физиологии имени академика Абдуллы Гараева Азербайджанской Республики опубликовали результаты исследования, в котором была поставлена цель изучить возможность использования билатерально представленной системы дерматоглифических признаков как модели структурной организации полушарий мозга [20, с.520].

5. Исследования в области криминалистической психодерматоглифики. В рамках криминалистической психодерматоглифики изучаются дерматоглифические особенности лиц, совершивших преступления, а также дерматоглифические маркеры для идентификации и распознавания личности. Научные работы в данной области в отечественной литературе представлены Скоревич А.С. [21], Бадиковым К.Н. [22, 23, 24, 25].

Выводы. По результатам проведенного обзора отечественных и зарубежных источников научной литературы по теме психодерматоглифика можно сделать вывод о разнонаправленности дерматоглифических и психодерматоглифических исследований в современной науке.

Показана актуальность психодерматоглифических исследований, результаты которых могут применяться не только для целей идентификации личности, но также в осмыслении фундаментальных вопросов асимметрии полушарий мозга и ладонной дерматоглифики.

Данные выводы свидетельствуют о потенциальном использовании дерматоглифических маркеров в будущем для ранней диагностики ряда заболеваний, в том числе психических заболеваний и нервных расстройств. В этой связи представляется правильным, что именно продолжение исследований и систематизация данных в сфере дерматоглифики, являются необходимыми условиями для развития превентивной медицины.

Будучи включенными в общую систему психологических знаний, данные психодерматоглифики могут по-новому ставить и решать многие традиционные проблемы в психологии, связанные прежде всего с изучением индивидуальности и индивидуального развития личности.

Список литературы.

1. Негашева М. А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиций системного подхода //Морфология. – 2008. – Т. 133. – №. 1. – С. 73-77.
2. Савельев С. В. Стадии эмбрионального развития мозга человека. – 2002.
3. Гусева И. С. Эпигенетический подход к анализу особенностей формирования и популяционного распределения пальцевых узоров рук человека //Вестник Московского университета. Серия 23. Антропология. – 2009. – №. 3. – С. 47-54.
4. Бадиков К. Н. Психодерматоглифика: понятие, система, методики. – Изд-во Дальневосточного федерального ун-та, 2011.
5. Негашева М. А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека с позиций системного подхода //Морфология. – 2008. – Т. 133. – №. 1. – С. 73-77.
6. Славолубова И. А., Негашева М. А., Агапова О. И. Поиск связей дерматоглифических признаков ладони с соматическими и психологическими характеристиками //Вестник антропологии. – 2013. – №. 2. – С. 24.
7. Хить Г. Л., Ширококов И. Г., Славолубова И. А. Дерматоглифика в антропологии. – 2013.

8. Гусева И. С. Пальцевые узоры человека //Морфология. Морфогенез. Генетика. Дерматоглифический маркер в медицине и спортивной антропологии. Минск: ФУАинформ. – 2010.
9. Войтенко В. П., Полюхов А. М. Полигенная пороговая модель и некоторые аспекты феногенетики пальцевых узоров человека //Генетика. – 1981. – Т. 17. – №. 12. – С. 2204-2211.
10. Machado J. F. et al. Digital dermatoglyphic heritability differences as evidenced by a female twin study //Twin Research and Human Genetics. – 2010. – Т. 13. – №. 5. – С. 482-489.
11. Ahmed-Popova F. M. et al. Dermatoglyphics-a possible biomarker in the neurodevelopmental model for the origin of mental disorders //Folia medica. – 2014. – Т. 56. – №. 1. – С. 5.
12. Rosner F. Cancer and dermatoglyphics //The Lancet. – 1968. – Т. 291. – №. 7552. – С. 1156.
13. Verbov J. Clinical significance and genetics of epidermal ridges-a review of dermatoglyphics //Journal of investigative dermatology. – 1970. – Т. 54. – №. 4. – С. 261-271.
14. Егиева И. Х. Линия симиан как анатомический и клинический объект / И.Х. Егиева, Е.С. Косолапова // Основные проблемы в современной медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции / Изд-во: Инновационный центр развития образования и науки. - 2015. - Т. II. - С. 21-23. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?ysclid=li22t76rup687238071&id=24314081>. *
15. Самуйлова О. С., Иванова С. А. Дерматоглифика как ранний метод диагностики генетических заболеваний //ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. – 2015. – С. 11-14.
16. Sridevi N. S. et al. Palmar dermatoglyphics in carcinoma breast of Indian women //Rom J Morphol Embryol. – 2010. – Т. 51. – №. 3. – С. 547-50.
17. Ползик Е. В. и др. Дерматоглифика и онкологические заболевания //Цитология и генетика. – 1994. – Т. 28. – №. 4. – С. 72-79.
18. Казубская Т. П. Особенности дерматоглифики у больных раком желудка //Вестник РОНЦ им. НН Блохина РАМН. – 1997. – Т. 8. – №. 3. – С. 52-58.
19. Гашимова У. Ф., Гайсина А. А., Сафиханова Х. М. К ВОПРОСУ О СТРУКТУРНЫХ ПРЕДПОСЫЛКАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА //Сборник тезисов XXIV съезда физиологического общества им. ИП Павлова. – 2023. – С. 520-521.
20. Скоревич А. С., Фоминых И. С., Ахмедшин Р. Л. О взаимосвязи между особенностями папиллярного узора и психологическими свойствами личности //Вестник Томского государственного университета. – 2016. – №. 409. – С. 178-186.
21. Бадиков К. Н. Построение психологического профиля по типологии папиллярного узора //Юридические исследования. – 2015. – №. 2. – С. 59-71.
22. Бадиков К. Н. Психодерматоглифика как интегральная модель морфофункционального потенциала человека //Российская таможенная академия, Владивостокский филиал.–Владивосток: ВФ РТА.-2006.-74 с. – 2006.
23. Бадиков К. Н. Психодерматоглифика: понятие, система, методики. – Изд-во Дальневосточного федерального ун-та, 2011.
24. Бадиков К. Н. Психодерматоглифический метод комплексного исследования следов рук в криминалистике. – 2014.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Федина Е.Е., Михайлова К.А., Хоч Н.С.,
доцент кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины, кандидат
биологических наук, доцент
Институт интегративного здравоохранения ФГБОУ ВО «Сибирский государственный
медицинский университет», Россия, г. Томск*

Аннотация. В статье рассматривается содержание программ реабилитации детей с ожирением и анализируется содержание в них компонента психологической коррекции. Рассматривается роль семейной системы и эмоционального интеллекта детей в развитии ожирения и влияние стрессовых факторов на риск возникновения рецидива после лечения. Делается вывод о необходимости включения в состав психологического компонента коррекции блока мероприятий, включающих работу с семейной системой, эмоциональным интеллектом ребенка и родителей, а также - с факторами, которые приводят к нарушению пищевого поведения: тревожностью, чувством одиночества, нехваткой внимания со стороны родителей, психотравмирующими переживаниями, связанными с внешностью.

Ключевые слова. детское ожирение, психологическая коррекция, эмоциональный интеллект, семейная система, реабилитация.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR THE TREATMENT OF OBESE CHILDREN IN REHABILITATION PROGRAMS: PROBLEMS AND PROSPECTS

*Fedina E.E., Mikhailova K.A., Hoch N.S.,
Candidate of Biological Sciences, Associate Professor, Department of Fundamental
Psychology and Behavioral Medicine
Institute of Integrative Healthcare, Siberian State Medical University, Russia, Tomsk*

Abstract. The article examines the content of rehabilitation programs for children with obesity and analyzes the content of the component of psychological correction in them. the role of the family system and emotional intelligence of children in the development of obesity and the influence of stress factors on the risk of relapse after treatment is analyzed. It is concluded that it is necessary to include in the psychological component of correction a block of measures that include work with the family system, the emotional intelligence of the child and parents, as well as with factors that lead to eating disorders: anxiety, loneliness, lack of attention from parents, traumatic experiences related to appearance.

Keywords. obesity in children, psychological correction, emotional intelligence, the child's family system, rehabilitation.

По данным статистики за последние 25 лет распространенность ожирения среди всего населения выросла в 3 раза, взрослого населения (от 18 лет и старше) в 7 раз, у детей 0-14 лет – в 4 раза, у подростков 15-17 лет – в 6 раз [21, с. 2]. Именно это обстоятельство привлекает пристальное внимание не только врачей, но и исследователей других специальностей.

Большинство доступных к анализу исследований и реабилитационных программ сфокусировано на изучении влияния и, следовательно, коррекции воздействия медико-

биологических факторов, таких как гиподинамия, несбалансированное питание и нарушение баланса между потребляемой пищей и расходом энергии. Ориентация преимущественно на медицинский компонент лечения ограничивает содержание реабилитационных мероприятий: диетологи и эндокринологи, которые работают при реабилитации детей с ожирением занимаются прежде всего коррекцией неправильного питания, гиподинамией, а также применяют лекарственное и физиотерапевтическое сопровождение больных [19, с. 76; 15, с. 171].

Вместе с тем, исследованиями последних десятилетий показано, что в группу факторов риска развития детского ожирения входят не только генетические, физиологические и средовые условия, но и социально-психологические факторы [23, с. 23; 27, с. 133; 17, с. 1].

Поэтому важным условием повышения эффективности реабилитации детей с ожирением является разработка и реализация комплексных реабилитационных программ в рамках биопсихосоциальной модели.

Необходимо отметить, что в некоторых случаях психологический компонент реабилитации признается важным, но не включается, либо направлен на коррекцию тревожных и депрессивных состояний, однако объем и содержание коррекции не раскрываются [12, с. 89; 14, с. 153; 1, с. 25]. В отдельные коррекционные программы включена работа с волевыми и мотивационными компонентами личности [13, с. 15; 2, с. 2; 24 с. 82].

Исследования, проведенные на взрослых с ожирением, также выявляют у них трудности в адаптации, повышенную тревожность и низкую стрессоустойчивость, в связи с чем разработана программа по коррекции тревожности и повышения адаптации [3, с. 34; 26, с. 458]. По мнению М.А. Берковской с соавторами, нарушения эмоциональной сферы (недостаточная дифференциация эмоций) также вносят определенный вклад в увеличение частоты ожирения среди взрослых и могут негативно влиять на здоровое пищевое поведение и образ жизни. Автор предполагает, что выявление наличия/отсутствия алекситимии может помочь в разработке стратегий лечения пациентов с ожирением [4, с. 46]. Таким образом, изучение эмоциональной сферы личности, её эмоционального интеллекта – весьма перспективное, но не единственное, направление исследований, способствующих повышению эффективности программ эффективности как детей, так и взрослых с ожирением.

Ребенок растет и развивается в семейной системе, которая оказывает сильное воздействие на риск развития заболеваний. Отечественные и зарубежные авторы признают важность разработки программ, включающих психологическую коррекцию не только детей, но и их родителей [28 с. 158; 29 с. 148; 30, с. 51; 10, с. 260; 20, с. 21; 18, с. 245].

На текущий момент времени мало исследований, в которых рассматривается влияние семейной системы на возникновение, течение и эффективность лечения ожирения у детей. В одной из реабилитационных программ упоминается принцип «опора на семью», но не раскрыто какой именно вклад он несет в повышение или снижение массы тела у детей [12, с. 89]. Одним из факторов влияния семейной системы может быть ожирение у родителей, определяющее неправильные пищевые привычки в семье и стереотипы питания у детей. Формирование пищевого поведения зависит от родителей, они могут кормить ребенка в ответ на эмоциональную реакцию, учить доедать до конца, даже когда ребенок сыт. Механизм сигналов голода и насыщения может подавляться посредством родительского контроля [7, с. 26].

Следующий фактор – это нарушение привязанности у ребёнка. Когда во время взаимодействия с одним из родителей у детей нарушается тесная эмоциональная связь – мы можем наблюдать формирование черты личности с психосоматическими расстройствами [9, с. 15].

Стоит отметить весомый вклад семьи в момент реабилитации ребёнка. В исследовании Е. И. Ройтман с соавторами родителям проводили лекции о серьёзности данного заболевания и подчеркивали ценность включенности семьи. В результате активного участия семей в процессе реабилитации наблюдалась положительная динамика физических и психических изменений, а также повышение долгосрочного эффекта ремиссии и снижение вероятности рецидива у детей с ожирением [20, с. 21].

Выделяется несколько причин, являющихся негативными факторами и приводящим к ухудшению течения ожирения и возникновению нарушения пищевого поведения. Здесь стоит отметить такую составляющую, как климат в семье и наличие или отсутствие одного или обоих родителей. Взаимоотношения, которые складываются между родителями, напрямую связаны с возникновением дистресса у ребёнка [9, с. 15]. Данная информация является важным компонентом в понимании возможных трудностей при создании и проведении реабилитационной программы, потому что наиболее эффективным считается лечение в группе без стресса, нежели чем в группе со стрессом [16, с. 150]. Все существующие теории стресса утверждают, что наиболее опасны не сами стрессовые ситуации, а последующая реакция человека на эту ситуацию [25, с. 72]. Под последующей реакцией подразумевается то, как человек оценивает ситуацию, какие дезадаптивные убеждения и когнитивные искажения актуализируются в моменте. В соответствии с этим, многие события, которые происходят в жизни, могут восприниматься в негативном ключе и провоцировать стрессовую реакцию организма. А психологический стресс может привести к развитию алиментарного ожирения, так как накопление энергоносителей в виде липидов, которые депонируются в адипоцитах, активизирует функциональную активность центральной нервной системы [22, с. 58]. В случае с детским ожирением источником хронического стресса может быть семейная среда.

Исследования также показывают, что у большинства испытуемых детей с ожирением наблюдаются нарушения пищевого поведения, а также психологическая дезадаптация [6, с. 49]. Она может включать в себя повышенную тревожность, депрессивность, отчужденность, низкую самооценку [11, с. 77]. По мнению И.А. Меликян, при работе с ожирением важно обращать внимание на важнейший патогенетический фактор - нарушение пищевого поведения [16, с. 148; 8, с. 10]. К ним можно отнести: компульсивные переживания и нервную булимию, потому что именно эти два вида расстройства пищевого поведения могут способствовать развитию ожирения [5, с. 41]. Согласно обратной связи пациентов после программы реабилитации, они отмечали такие причины рецидивов, как: расстройства пищевого поведения и слабые волевые качества характера [6, с. 148]. Переживание может происходить из-за множества психологических факторов: чувства одиночества, недостатка внимания со стороны родителей, психотравмирующих переживаний, касающиеся внешности. Информация об исследовании таких компонентов личности детей с ожирением практически отсутствует. Однако, это те личностные факторы, которые тоже могут требовать коррекционной работы.

Научное сообщество признает необходимость психологической коррекции как важного направления реабилитационной работы. Однако, как показывает междисциплинарный информационный поиск, в свободном доступе подробных сведений о содержании и организационных особенностях психологических компонентов эффективных комплексных программ реабилитации детей с ожирением не представлено. Мы приходим к выводу о важности реализации такого междисциплинарного исследования, где включены изучение семейной системы ребенка и работа с такими компонентами личностей детей, как: эмоциональный интеллект, восприятие себя, образ тела и самооценка.

Список литературы.

1. Агапова Л. В., Фокина Н. Б., Прусова К. М. Реабилитация детей с ожирением в условиях санаторно-оздоровительного лагеря //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т. 14. – С. 24-25.
2. Ахмедов В.А., Исаева А.С. Современные технологии медицинской реабилитации при ожирении, применяемые с детского возраста // ЛВ. 2019. *
3. Балашов П. П., Тютев Р. А., Музыра А. Ю. Влияние психотерапии избыточной массы тела на показатели депрессии и тревожности у пациентов с избыточной массой тела и ожирением //Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – Т. 9. – №. 3. – С. 32-35.
4. Берковская М. А. и др. Алекситимия и ее связь с расстройствами пищевого поведения и ожирением //Проблемы эндокринологии. – 2020. – Т. 66. – №. 2. – С. 42-48.
5. Волгина С. Я., Валиуллина М. Х. Состояние здоровья девушек-подростков с конституционально-экзогенной формой ожирения //Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5. – №. 5. – С. 39-45.
6. Гарифулина Л. М. и др. Психологический статус и пищевое поведение у детей с ожирением //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 26 (110). – С. 45-50.
7. Гирш Я. В., Юдицкая Т. А. Сравнительный анализ пищевого поведения детей различных возрастных групп //Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – Т. 17. – №. 2. – С. 21-30.
8. Дорофеева Л. В., Ширяев О. Ю. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2022. – Т. 16. – №. 3. – С. 6-12.
9. Ершевская А. Б. Психосоматические аспекты ожирения у детей. Значение диагностики и коррекции внутрисемейных взаимоотношений в комплексной реабилитации //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2019. – №. 3 (115). – С. 15-17.
10. Ершевская А. Б., Ройтман Е. И. Реабилитационная программа «Школа ребенка с лишним весом» в условиях санатория //Образовательный вестник «Сознание». – 2009. – Т. 11. – №. 6. – С. 260-261.
11. Загребаяева О. Ю., Солнцева А. В., Емельянцева Т. А. Психологические аспекты формирования различных форм ожирения у детей //Медицинские новости. – 2016. – №. 5 (260). – С. 74-77.
12. Комиссарова Марина Юрьевна, Прокопьева Наталья Эдуардовна Медицинская реабилитация детей с ожирением // Медицина: теория и практика. 2019. №3. *
13. Левицкая Т. Е., Степаненко Н. П., Богданович М. Д. Медико-психологическая реабилитация детей и подростков, страдающих ожирением первой степени //Сибирский психологический журнал. – 2006. – №. 23. – С. 14-16.
14. Левицкий Е. Ф. и др. Оптимизация лечения ожирения у детей на санаторном этапе //Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2011. – Т. 26. – №. 4-2. – С. 149-153.
15. Маскова Г. С. Прогноз эффективности реабилитационного лечения детей с ожирением в поликлинике //Практическая медицина. – 2020. – Т. 18. – №. 6. – С. 170-175.
16. Меликян И. А., Чернышова Т. Е. Прогностическое значение стресса в долгосрочной реабилитации пациентов с ожирением //Медицинский альманах. – 2017. – №. 6 (51). – С. 147-151.
17. Назарова С. С. Психологические аспекты алиментарного ожирения //Scientist. – 2020. – №. 3 (13). – С. 12.

18. Наймушина Е. С., Колесникова М. Б., Леонов Н. И. Роль социально-психологических факторов в формировании пищевого поведения у подростков с ожирением //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2008. – Т. 10. – №. 2. – С. 245-246.
19. Петеркова В. А. и др. Клинические рекомендации «Ожирение у детей» //Проблемы эндокринологии. – 2021. – Т. 67. – №. 5. – С. 67-83.
20. Ройтман Е. И. Современная реабилитация детей с конституционально-экзогенным ожирением по программе «Школа ребенка с лишним весом» //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2005. – №. 32. – С. 19-22.
21. Савина А. А., Фейгинова С. И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПЕРИОД ДО ПАНДЕМИИ COVID-19 //Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68. – №. 5. – С. 4.
22. Салехова М. П. и др. Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения //Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2021. – №. 1 (122). – С. 58-61.
23. Старостина Е. Г. Ожирение как психосоматическое заболевание //Ожирение и метаболизм. – 2005. – №. 3. – С. 18-23.
24. Степаненко Н. П. и др. Роль психокорректирующей терапии в комплексной реабилитации детей с ожирением на санаторно-курортном этапе //Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – №. 4. – С. 80-82.
25. Тимошенко Т. В. Проблема стресса (дистресса) и когнитивные теории //Инженерный вестник Дона. – 2011. – Т. 18. – №. 4. – С. 72-74.
26. Шарафуллина Г. Д., Ахмадуллина Х. М. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ //Новая наука и формирование культуры знаний современного человека. – 2018. – С. 455-458.
27. Циунчик Ю. Г., Судхир Д. Психологическая коррекция ожирения у детей //Здоровье ребенка. – 2011. – №. 6. – С. 130-133.
28. Binkiewicz-Glinska A., Bakuła S. Obesity prevention in children and adolescents – Current recommendations. Pol. Ann. Med. 2012;19(2):158–162 *
29. Warschburger P. et al. Empowering Parents of Obese Children (ЕРОС): A randomized controlled trial on additional long-term weight effects of parent training //Appetite. – 2016. – Т. 103. – С. 148-156.
30. van Egmond-Fröhlich A. et al. Effects of a programme for structured outpatient follow-up care after inpatient rehabilitation of obese children and adolescents--a multicentre, randomized study //Die Rehabilitation. – 2006. – Т. 45. – №. 1. – С. 40-

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАС

Хаменехи Н.¹, Токарская Л.В.²

¹Студент магистратуры

Кафедра психофизиологии

²Доцент, заместитель директора

Кафедра педагогики и психологии образования

^{1,2}Уральский федеральный университет им. первый Президент России Б. Н.

Ельцин, Россия, Екатеринбург

Аннотация. Исследование реабилитационных и лечебных мероприятий для детей с РАС показало, что игровая терапия безопасна и совместима с особенностями и условиями развития детей с аутизмом. Также было показано, что игровая терапия оказывает положительное влияние на компоненты сотрудничества внешнего и внутреннего поведения в социальных навыках и компоненты стереотипного поведения при поведенческих проблемах. В этой статье мы суммируем результаты исследования эффективности игровой терапии на социальные навыки детей с РАС.

Ключевые слова. Игровая терапия, Аутизм, Вмешательство, Социальные навыки, РАС, Коммуникация

A THEORETICAL REVIEW OF PLAY THERAPY IN ASD

Khamenehei N.¹, Tokarskaya L.V.²

¹Master student

Department of psychophysiology

²Associate Professor, Deputy Director

Department of Pedagogy and Psychology of Education

^{1,2}Ural Federal University named after. first President of Russia B. N. Yeltsin, Russia,

Yekaterinburg

Abstract. The investigation of rehabilitation and treatment interventions for children with ASD showed that play therapy is safe and compatible with the characteristics and developmental conditions of autistic children. It has also been shown that play therapy has a positive effect on the cooperation components of external and internal behaviors in social skills and the components of stereotyped behaviors in behavioral problems. In this article, we summarize the results of the research on the effectiveness of play therapy on the social skills of children with ASD.

Keywords. Play therapy, Autism, Intervention, Social skills, ASD, Communication

Введение. Расстройство аутистического спектра (РАС) — это нарушение развития, вызванное различиями в мозге. Люди с РАС часто имеют проблемы с социальным общением и взаимодействием, а также ограниченное или повторяющееся поведение или интересы. У людей с РАС также могут быть разные способы обучения, передвижения или концентрации внимания [6].

Вмешательство. По данным Американской психологической ассоциации (АРА); Как правило, вмешательство – это любое действие, направленное на вмешательство, остановку или изменение процесса, например, лечение, предпринимаемое с целью остановить, контролировать или изменить течение патологического процесса заболевания или расстройства [7]. Шляйен и др. (1995) интегрировали маленьких детей с РАС в ежемесячные уроки рисования со сверстниками того же возраста, а затем ввели в эти классы

совместную групповую структуру. Это лечение привело к увеличению числа социальных инициатив у детей с РАС, но мало повлияло на реакцию на эти инициативы или независимые инициативы со стороны детей с РАС [8, с. 397–413].

В серии исследований дети с РАС и без него (и другими отклонениями в развитии) участвовали в общеклассных «групповой привязанности деятельности» [1, с. 160] или «социализационная деятельность» [9, с. 359–376], в которых стандартные классные песни и игры адаптированы для включения компонентов положительного физического контакта и привязанности. МакЭвой и др. (1988) изучали эффект этого вмешательства на трех маленьких детях с РАС в возрасте от 4 до 7 лет, а Браун и коллеги (1988) идентифицировали одного субъекта как аутиста. В обоих исследованиях изменения в социальном взаимодействии и его компонентах были отмечены в условиях генерализации после введения вмешательства. Такие исследователи, как Лу, Петерсен, Ласковски и Руссо (2010) и Дэвис (2008), проводили реабилитационные и лечебные вмешательства у детей с РАС. Условия развития и состояния детей с РАС всегда были частью образовательных, психологических и реабилитационных мероприятий для этих детей [10, с. 56–64; 11, с. 1278]. По словам Вольфберга, «недостаток игр является отличительной характеристикой РАС, которую нелегко отделить от социальных, когнитивных и эффективных аспектов расстройства» [12, с. 1294–1295].

Если отсутствие игровых навыков является возможным симптомом РАС, предпринимаются усилия по обучению детей с аутизмом посредством игры. Фактически, некоторые виды терапии в основном направлены на развитие игровых навыков. Родители (а также братья и сестры) могут играть активную роль в этом процессе [13]. К этим видам терапии относятся:

- Дивья и Бегум упомянули метод «Floortime»: терапию, основанную на отношениях, которая включает в себя игру с ребенком на его уровне [5].
- Вмешательство по развитию взаимоотношений (RDI): Медаварапу и др. сосредоточены на деятельности по поощрению социальных отношений [14].
- Проект ИГРА: Мундшенк и Сассо представили программу раннего вмешательства для родителей и детей в возрасте от 18 месяцев до 6 лет [15, с. 62–78].

Особенности игры. Игра – это творческая деятельность, которая позволяет людям учиться мыслить и вести себя все более сложно и гибко, а также дает им уверенность и чувство выполненного долга. Благодаря спонтанному взаимодействию дети открывают уникальные и инновационные способы реагирования на окружающую среду. Всем детям нужны возможности исследовать окружающую среду и взаимодействовать с ней с удовольствием и игрой, в противном случае их способность реагировать на жизненные проблемы и переживания ограничена. Для детей с РАС жизненно важно иметь возможность получать удовольствие от игр, которые не зависят от постоянной активности, а от открытия новых и интересных способов общения с другими. Участие в игре и игра с другими детьми обычно являются увлекательным занятием. Способность распределять внимание и концентрироваться на различных вещах — это то, что большинство людей воспринимают как нечто само собой разумеющееся [16]. Игра развивает творческие способности, интеллектуальную компетентность, эмоциональную силу и стабильность, а также чувство радости и удовольствия [17]. Игра является неотъемлемой частью детства, уникальной средой, которая способствует развитию социальных навыков, навыков принятия решений и когнитивного развития у детей. Игра также является средством исследования и открытия межличностных отношений, экспериментирования с ролями взрослых и понимания собственных чувств. Игра – наиболее полная форма самовыражения, развитая человеческим организмом [4, с. 17].

Выготский считал игру инструментом развития способности ребенка к символическому представлению и социальному пониманию. Теория Выготского подчеркивает, что социальные факторы являются посредниками в обучении и развитии. Соответственно, изменения в развитии, свидетельствующие о когнитивных способностях ребенка, проявляются сначала в контексте социального взаимодействия со взрослыми и более способными сверстниками, а затем и в самостоятельной деятельности [2,с.214]. Ландрет (2001) утверждает, что игру можно описать как «сложный набор многомерных действий», осуществляемых ребенком как на сознательном, так и на бессознательном уровнях. Поэтому игра не обязательно должна быть целенаправленной, ее можно проводить просто для развлечения и удовольствия [4,с.17]. Социальные ролевые игры являются особенно важным средством социализации и присвоения социальных и культурных знаний [18]. В рамках социальных ролей дети имитируют, наблюдают и интегрируют все более сложные действия и роли для достижения межличностной координации в игре [19]. Дети также осваивают общение в социальных ролевых играх, создавая общее понимание буквального и небуквального значения [20]. Это лежит в основе растущего осознания и понимания ребенком точек зрения других, а также принятия метареферентивного режима, способностей, которые считаются критически важными для социализированного мышления [2]. Символическая игра, предполагающая трансформации предметов, способствует развитию логики, памяти и абстрактного мышления [19]. Социальная игра выполняет ряд взаимосвязанных социальных когнитивных функций, необходимых для развития социальной компетентности и формирования взаимной дружбы [21].

Роль игры в развитии. По словам Мура (2008), дети развивают чувство идентичности и социальное понимание других через игру. Через игру дети также осваивают некоторые социальные навыки, такие как уважение и сочувствие, человечность и командная работа. Кроме того, Мур утверждает, что детские игры позволяют им общаться с другими, проявлять творческий подход, визуализировать и воссоздавать повседневный опыт и ситуации [22]. По мере развития у детей соответствующих игровых навыков они также учатся взаимодействовать с окружающей средой и людьми [23, с. 147-159]. Игра – важная часть развития ребенка. Он развивает мелкую и крупную моторику, социальные навыки, коммуникативные навыки, речь, мышление и навыки решения проблем. У детей с аутизмом игра может быть очень ограничена [24]. Детям необходимо удовлетворять свою мотивацию исследовать мир через игру, используя широкий спектр игровых впечатлений. Поэтому становится полезнее сосредоточить внимание на видимом прогрессе в игровой деятельности, чтобы выявить ее влияние на развитие [16].

Выготский (1978) считал, что игра важна не только для отражения развития, но и для руководства. По мнению Выготского, игра имеет жизненно важное значение для обеспечения когнитивного роста, но потенциал для этого возникает только тогда, когда есть взрослый, способствующий процессу обучения ребенка. Именно взаимодействие контекстуального характера игры, расположения ребенка и роли партнера по игре существенно повлияет на развитие социального понимания и социального поведения. Таким образом, ребенок, остающийся изолированным от такого опыта, не получит знаний, необходимых для установления социальных отношений. Чтобы приобрести эти социальные компетенции, детям необходим игровой опыт, который происходит в социальном контексте. Дети развиваются не изолированно и не посредством манипуляций, а посредством взаимодействия [3,с.165]. Корреляционные данные свидетельствуют о том, что дети как группа с большей вероятностью будут проявлять высокий уровень социальных инициатив, отвечать на более высокую долю инициатив со стороны других и поддерживать более длительные социальные взаимодействия после инициации [25, с. 249–262]. Более высокие показатели социальных инициаций и реакций могут объяснять эффекты,

которые появляются только в результате структуры и доступа [26, с. 342–352]; поскольку занятия сближают детей и поскольку требования к этим занятиям требуют скоординированных или совместных усилий (например, обмен материалами, участие в социодраматических играх или создание совместных проектов), социальная инициатива со стороны типично развивающихся детей, вероятно, увеличит социальное взаимодействие. Установление этих взаимоприятных переживаний приводит к «открытости аффективным состояниям», что окажет глубокое влияние на развитие познания и социального взаимодействия [27]. Джордан считает, что социальные игры являются контекстом для изучения близости, доверия, переговоров и компромиссов, концепций и навыков, которые жизненно важны для построения и поддержания дружеских отношений [28, с. 347–360]. Доказана важность игрового опыта для роста социального взаимодействия [29, с.93-96].

Игра и РАС. У детей с РАС отсутствует предрасположенность к спонтанным играм со сверстниками [30]. В ситуациях свободной игры они обычно избегают сверстников или сопротивляются социальным инициативам, пассивно вступают в игру практически без инициативы или обращаются к сверстникам неясным и односторонним образом. В целом, дети с РАС реже обращаются к своим сверстникам в неструктурированной обстановке. Когда они обращаются к сверстникам, они редко передают и интерпретируют социальные коммуникативные сигналы способами, которые обычно способствуют успешному входу в игру и координации действий. Задача координации игры со сверстниками в рамках социальных игр особенно сложна, поскольку дети с РАС не способны спонтанно понимать и создавать творческие игры [2].

Для детей с РАС игра часто представляется как навык обучения, а не как опыт, которым можно поделиться и получить удовольствие [16]. Ловер утверждает, что игра — это способ для студентов-мужчин с РАС социализироваться и взаимодействовать со своими сверстниками [31, с.435-447]. Вероятность положительных результатов для детей с РАС будет увеличиваться по мере того, как они будут развивать свое общение и социальное понимание. Нет лучшего способа сделать это, чем уменьшить страх, увеличить удовольствие и сделать взаимодействие доступным через игру. Если игру для детей с РАС рассматривать только в контексте того, чему можно научить, это может повлиять не только на их образовательный опыт, но и на их потенциал развития [16].

Наиболее важные эффекты в этой области исследований указывают на функциональную связь между социальным взаимодействием и игрой. Харинг и Ловингер (1989) продемонстрировали, что обучение обобщенным игровым навыкам троих детей дошкольного и детского возраста с тяжелыми формами инвалидности (один из которых был идентифицирован как имеющий аутистическое поведение) произвело эффекты социального взаимодействия, особенно в реакции сверстников на инициативы со стороны ребенка с аутистическим поведением, см. выше. те, которые получены только с помощью обучения и подкрепления. В данном исследовании участие в игровой деятельности и использование специфических игровых навыков выступало необходимым условием дальнейшего совершенствования социальных взаимодействий [32, с.58-67]. Бейкер и др. продемонстрировали, что игры и занятия, выбранные так, чтобы соответствовать настойчивому или навязчивому поведению трех детей (в возрасте от 5 до 7 лет) с РАС, также увеличили наблюдаемый уровень социального взаимодействия по сравнению с обычными игровыми условиями. Это вмешательство было подвергнуто дальнейшей оценке со столь же положительными результатами [33, с.300-308]. Есть некоторые предположения, что дети с РАС приобретают игровые навыки по-разному в зависимости от соответствия развитию или «соответствия» конкретным обучаемым навыкам. Лифтер, Зульцер-Азарофф, Андерсон и Каудри (1993) изучали трех детей дошкольного возраста

с диагнозом аутистического поведения или первазивного нарушения развития (но не сообщалось о диагностической оценке РАС как такового). Их анализ показал, что дети быстрее приобретали навыки игры в игрушки и с большей вероятностью играли без подсказки или обобщенно, когда обучаемые навыки соответствовали их оцененному уровню развития (по сравнению с навыками игры в игрушки, соответствующими хронологическому возрасту) [34, с. 139-159]. Объясняя эти выводы, можно сказать, что игра является одним из наиболее естественных видов деятельности, способствующих вовлечению и вовлечению детей [35, с.257-269].

Игровая терапия и РАС. Фактически, игровая терапия учит детей с плохими социальными или эмоциональными навыками более адаптивному поведению [36, с.42-57]. Игровая терапия – это среда, в которой дети выражают свои эмоции, чувства и мысли и таким образом общаются. Кроме того, одной из особенностей игровой терапии является учет несостоятельности детей с РАС в теории сознания и непонимания эмоций и чувств других людей [37, с.231-250]. Реттиг и Салм (1992) предложили пять общих стратегий, которые следует использовать при разработке или изучении вмешательств, направленных на содействие игровому поведению и социальному взаимодействию маленьких детей с ограниченными возможностями: (а) прямое обучение ребенка с РАС игровому и игровому поведению; (б) использование сверстников для содействия социальному взаимодействию; (с) манипулирование физической средой, включая размер и использование окружающей среды; (г) использование игрушек или игрушек; и (д) участие взрослых [38, с. 1-6]. Учитывая, что дети с РАС имеют ограничения и базовые недостатки в области социального развития, исследование реабилитационных и терапевтических мероприятий для этих детей показало, что игровая терапия безопасна и совместима с особенностями и условиями развития детей-аутистов [36, с.42-57]. Согласно выводам Джозефа и Райана (2009), игровая терапия для детей с РАС позволяет им выбирать скорость и метод каждого сеанса лечения и фокусироваться на самих изменениях. Это также увеличивает независимость и эгоцентризм детей и позволяет им развиваться как эмоционально, так и социально. Дети с РАС испытывают трудности с вербальным общением и, как правило, имеют низкие когнитивные функции, что является одной из причин, почему для лечения в этой группе выбирают игровую терапию [39, с.17-32]. Исследования Паркера и О'Брайена (2011) показывают, что дети с РАС обычно сильны в зрительном поле. В целом игровая терапия с использованием визуальных техник может оказаться одним из наиболее эффективных способов у этих детей [40, с.80-87]. Солтер, Бимш, Дэвис (2016) в своем исследовании показал, что игровая терапия может быть существенно эффективной в компенсации слабости социального и эмоционального развития детей с расстройствами РАС [41, с.78]. Результаты Мэддокса показали, что эффект групповой игровой терапии на отношения между детьми с РАС и высокой успеваемостью был стабильным через 2 месяца [42]. Результаты исследования по определению эффективности игровой терапии на социальные навыки и стереотипное поведение мальчиков с высокофункциональным расстройством РАС; Показано, что игровая терапия положительно влияет на компоненты взаимодействия внешнего и внутреннего поведения в социальных навыках и компоненты стереотипного поведения при поведенческих проблемах, а игровая терапия положительно влияет на социальные навыки и стереотипное поведение мальчиков-аутистов [43, с.251-262].

Исследование Джозефи и Райана на тематических исследованиях после шестнадцати сеансов игровой терапии также показало, что ребенок с РАС способен инициировать нарушения общения и социального взаимодействия. Из недавних результатов можно сделать вывод, что игровая терапия, вероятно, улучшит и ускорит социально-эмоциональное развитие детей с РАС. Это тематическое исследование предполагает, что

игровая терапия с той же целью для детей с РАС, вероятно, будет мотиватором для стимуляции [44, с.533-551]. Одной из причин успеха игровой терапии у детей с РАС является отсутствие абстрактного мышления и вербальных навыков более высокого уровня в выражении поведения. Его считают игрушкой для детского языка и игры в разговор [45, с.45-63]. В соответствии с Уэлч (2004), игровая терапия учит детей с РАС тому, что психические состояния людей различны и что каждое поведение вызывает разные эмоции у разных людей, тем самым повышая мотивацию ребенка с РАС к соответствующему поведению [44, с.533-551]. В исследовании Дэвис (2007) обнаружил, что игровая терапия улучшает социальное поведение (вербальное, невербальное, социальное взаимодействие и вызывающее поведение) у детей с РАС [46]. Цитируем Сич: в настоящее время существует значительное количество исследований, показывающих, что дети с РАС способны играть символически и якобы, но эта игра может не происходить спонтанно или на нормальной стадии развития, ожидаемой от игры. Именно посредством манипулирования предметами дети начинают использовать игрушки для представления или «разыгрывания» определенных сценариев [16].

Попытки стимулировать более позитивное и адекватное игровое поведение маленьких детей с РАС включали использование манипуляций с объектами и специальных инструкций. Сантарканджело и др. (1987) использовали специальные инструкции по использованию игрушек, а также физические и вербальные подсказки. Тигерман и Примавера (1981) исследовали использование трех различных стратегий взаимодействия, чтобы определить их влияние на манипулирование объектами детьми с РАС. В ходе исследования выяснилось, что прием, при котором экспериментатор непосредственно имитировал манипуляции ребенка с предметами, способствовал увеличению как частоты, так и продолжительности манипуляций испытуемого предметами [38, с.1-6]. Игровая терапия с куклами — одно из рекомендуемых вмешательств в игровой терапии для детей с РАС, при котором терапевт или взрослый пытается мотивировать, общаться и направлять ребенка, используя ручные куклы. Фактически, игровая терапия для детей с РАС может обеспечить безопасную среду общения, а также облегчить и ускорить социально-эмоциональное развитие этих детей [31, с.435-447]. Результаты этих исследователей показали эффективность использования простых ручных кукол в обучении навыкам сопереживания и эмоционального понимания. В соответствии с этими выводами Дэвис (2007), Лу, Петерсон, Элрокс и Руссо (2010) показали, что игровая терапия как безопасный и совместимый метод лечения с особенностями развития и состояниями детей с РАС всегда является вкладом вмешательства [46; 6, с. 56-64]. Куклы играют ключевую роль в процессе игровой терапии. Большинство детей выражают свои чувства через куклы. Таким образом, куклы позволяют детям заполнить существующий разрыв в общении между собой и другими людьми [47, с.13-30]. Кукольная игровая терапия налаживает процесс социального обучения и нормального общения детей [48, с.61-76]. Кроме того, дети с РАС чувствуют себя более уверенно и более адекватно взаимодействуют с терапевтом, используя такие игрушки, как управляемые куклы (перчатки или шатры) [47, с.13-30]. В 2015 году в Иране было проведено исследование с целью определить эффективность игровой терапии с куклами на социальные навыки студентов-мужчин с РАС. Результаты показали, что игровая терапия с куклами оказала влияние на социальные навыки студентов мужского пола с РАС [49, с.73-93].

Заключение. Может показаться, что дети с РАС не знают о других детях. Может показаться, что они неспособны освоить новые игровые навыки посредством наблюдения или общения [50, с.1279]. Вольфберг рекомендует, чтобы последовательный график и распорядок дня способствовали развитию игры для всех детей. Таким образом, раннее вмешательство в сочетании с вмешательством взрослых в раннем возрасте может быть

одним из надежных способов стимулирования большего интереса к игровой деятельности и игровому взаимодействию с другими детьми [12, с. 1294–1295]. Ранняя игра с лицами, осуществляющими уход, обеспечивает основу для понимания природы социальных отношений, и именно качество этого взаимодействия будет влиять на все будущие отношения с другими людьми [16]. Общее понимание социального мира требует; осознание других; желание принадлежать; Понимание поведения или реакции других. Одним из способов достижения детьми вышеуказанного является игра. Предоставляя детям возможность играть в игры, мы тоже можем узнать, как может измениться наше понимание их внутренней жизни. В настоящее время мы проводим исследование с использованием кукольной игры в Екатеринбургской школе № 4 для детей с РАС и задержкой психического развития. В работе приняли участие 12 детей в возрасте от 6 до 12 лет. Есть надежда, что это исследование поможет найти лучший способ улучшить образовательный процесс этих детей.

Список литературы.

1. Бархаев Б.П. Педагогическая психология : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Б. П. Бархаев. - Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2009. - 444 с. : ил., табл.; 21 см. - (Учебное пособие).; ISBN 978-5-469-01482-9 *
2. Выготский Л. С. Психология развития ребенка. – Эксмо, 2003.
3. ЛУРИЯ Л., ПРАКТИКАХ Ц. В. С. МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.
4. Гармаева Т. В. Психология дошкольников, младших школьников и подростков : учебное пособие / Т. В. Гармаева, Н. Н. Климентьева, О. А. Пестерева ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации "Бурятский Государственный университет имени Доржи Банзарова". - Улан-Удэ : Издательство Бурятского госуниверситета, 2021. - 186, [1] с. : табл.; ISBN 978-5-9793-1572-0 *
5. Романовский Н. В., Азирова А. А. Ребенок и семья в подходе DIR/Floortime // Психология и психотерапия семьи. – 2020. – №. 2. – С. 12-22.
6. Signs and Symptoms of Autism Spectrum Disorder [Электронный ресурс]// Centers for Disease Control and Prevention (CDC) URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/> (дата обращения: 28.03.2022). *
7. APA Dictionary of Psychology [Электронный ресурс]// American Psychological Association URL: <https://dictionary.apa.org/> Просмотрено:01.11.2023. *
8. Schleien S. J., Mustonen T., Rynders J. E. Participation of children with autism and nondisabled peers in a cooperatively structured community art program //Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1995. – Т. 25. – №. 4. – С. 397-413.
9. Brown W. H., Ragland E. U., Fox J. J. Effects of group socialization procedures on the social interactions of preschool children //Research in developmental disabilities. – 1988. – Т. 9. – №. 4. – С. 359-376.
10. Lu L. et al. Stimulating creative play in children with autism through sandplay //The Arts in Psychotherapy. – 2010. – Т. 37. – №. 1. – С. 56-64.
11. Davis N. O., Carter A. S. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics //Journal of autism and developmental disorders. – 2008. – Т. 38. – С. 1278-1291.
12. Christopher S. Pamela J. Wolfberg: Play and Imagination in Children with Autism Teachers College Press, New York 10027, Autism Asperger Publishing Company, Kansas, 2009, 202 pp., ISBN 978-0-8077-4941-8. – 2010.

13. The Reasons Autistic Children Play Differently [Электронный ресурс] //very well Health UPL: <https://www.verywellhealth.com/autistic-child-form-of-play-259884/> (дата обращения: 12.10.2023). *
14. Medavarapu S., Marella L.L., Sangem A., Kairam R. (2019). Where is the evidence? A narrative literature review of the treatment modalities for autism spectrum disorders // *Cureus*. №11(1). e3901. doi:10.7759/cureus.3901 *
15. Mundschenk N. A., Sasso G. M. Assessing sufficient social exemplars for students with autism // *Behavioral Disorders*. – 1995. – Т. 21. – №. 1. – С. 62-78.
16. Seach D. *Interactive play for children with autism*. – Routledge, 2012.
17. Piers M. W., Landau G. M. *The Gift of Play, and why Young Children Cannot Thrive Without it*. – Walker, 1980.
18. Gubenko A., Houssemand C. Alternative object use in adults and children: Embodied cognitive bases of creativity // *Frontiers in Psychology*. – 2022. – Т. 13. – С. 893420.
19. Mohammadian F. et al. A Simplified Approach to Evaluate Retinal Blue Light Hazard Using the Correlated Color Temperature of LED Light Sources // *Journal of Advances in Environmental Health Research*. – 2021. – Т. 9. – №. 4. – С. 299-310.
20. Moor J. *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum: A Practical Resource of Play Ideas for Parents and Carers Second Edition*. – Jessica Kingsley Publishers, 2008.
21. Snow M. S. et al. A comparison of behaviors and play themes over a six-week period: Two case studies in play therapy // *International Journal of Play Therapy*. – 2007. – Т. 16. – №. 2. – С. 147.
22. The Importance of Play for Autistic Children [Электронный ресурс]// Autism Awareness Centre Inc. URL: <https://autismawarenesscentre.com/> (дата обращения: 07.10.2020) *
23. Lord C., Hopkins J. M. The social behavior of autistic children with younger and same-age nonhandicapped peers // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 1986. – Т. 16. – №. 3. – С. 249-262.
24. DeKlyen M., Odom S. L. Activity structure and social interactions with peers in developmentally integrated play groups // *Journal of Early Intervention*. – 1989. – Т. 13. – №. 4. – С. 342-352.
25. Russ S. W. *Affect and creativity: The role of affect and play in the creative process*. – Routledge, 2013.
26. Jordan R. (2003). Social play and autistic spectrum disorders *Autism // The International Journal of Research and Practice*. № 7(4).P. 347–360. *
27. Josefi O., Ryan V. Non-directive play therapy for young children with autism: A case study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Т. 9. – №. 4. – С. 533-551.
28. Yanagita T. (2023). Practical pharmacotherapy education "pharmacology role-play": expansion and ingenuity in Medical, Dental, Pharmaceutical and Nursing education// *Nihon Yakurigaku Zasshi*. №158(2).P.119-127. Japanese. doi: 10.1254/fpj.22111. *
29. Hara T.(1995).Preschoolers' understanding of characteristics of their friends' behavior: prediction of friends' behavior and behavioral intention toward friends // *Shinrigaku Kenkyu*. № 65(6). P.419-27. Japanese. doi: 10.4992/jjpsy.65.419. *
30. Josefi O., Ryan V. Non-directive play therapy for young children with autism: A case study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Т. 9. – №. 4. – С. 533-551.
31. Pappagianopoulos J., Rouch E., Mazurek M. O. Extracurricular Activity Participation Among Autistic Children and Adolescents: Buffer for Internalizing Conditions and Foundation for Friendship? // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2023. – С. 1-12.
32. Lawver R. (2008). The use of puppets in play therapy. *Child and Adolescent Social Work// Journal Children and Adults*.№ 12(6).P. 435-447. *

33. Haring T. G., Lovinger L. Promoting social interaction through teaching generalized play initiation responses to preschool children with autism // *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*. – 1989. – Т. 14. – №. 1. – С. 58-67.
34. Baker M. J., Koegel R. L., Koegel L. K. Increasing the social behavior of young children with autism using their obsessive behaviors // *Journal of the Association for persons with Severe Handicaps*. – 1998. – Т. 23. – №. 4. – С. 300-308.
35. Lifter K. et al. Teaching play activities to preschool children with disabilities: The importance of developmental considerations // *Journal of Early Intervention*. – 1993. – Т. 17. – №. 2. – С. 139-159.
36. Mitteldorf W., Hendricks S.T., Landreth G. L. Play therapy with autistic children // *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* / под ред. G. L. Landreth. Brunner-Routledge 2001. Гл.16 .С. pp. 257–269. *
37. Asghari M. (2011). The effect of puppet play therapy intervention on communicative skills of autistic children // *Journal of Fundamentals of Mental Health*. № 13(49).P.42-57. doi: 10.22038/jfmh.2011.1024. *
38. Preissler M. A. Play and autism: Facilitating symbolic understanding // *Play= learning: How play motivates and enhances children’s cognitive and socio-emotional growth*. – 2006. – С. 231-250.
39. Rettig M. A. Play behaviors of young children with autism: Characteristics and interventions // *Focus on Autistic Behavior*. – 1994. – Т. 9. – №. 5. – С. 1-6.
40. Schrandt J. A., Townsend D. B., Poulson C. L. Physical activity in homes teaching empathy skills to children with autism // *Journal of applied behavior analysis*. – 2009. – Т. 42. – №. 1. – С. 17-32.
41. Parker N., O'Brien P. Play therapy-reaching the child with autism // *International Journal of Special Education*. – 2011. – Т. 26. – №. 1. – С. 80-87.
42. Salter K., Beamish W., Davies M. The effects of child-centered play therapy (CCPT) on the social and emotional growth of young Australian children with autism // *International Journal of Play Therapy*. – 2016. – Т. 25. – №. 2. – С. 78.
43. Maddox L. L. Effects of systematic social skill training on the social-communication behaviors of young children with autism during play activities. – The University of Nebraska-Lincoln, 2010.
44. Hossein Khanzadeh A. A., Imankhah F. The effect of music therapy along with play therapy on social behaviors and stereotyped behaviors of children with autism // *Practice in Clinical Psychology*. – 2017. – Т. 5. – №. 4. – С. 251-262.
45. Sohrabi Shahedi N. Different methods of play therapy and its application in the treatment of children's behavioral and emotional disorders // *J Psychol Methods and Mod*. – 2011. – Т. 1. – №. 4. – С. 45-63.
46. Davies C. E. et al. A Play technique programme for autistic children in middle childhood : дис. – University of Pretoria, 2008.
47. Mastrangelo S. Play and the child with autism spectrum disorder: From possibilities to practice // *International journal of play therapy*. – 2009. – Т. 18. – №. 1. – С. 13.
48. Carmichael K. D. (2006). Play therapy: An introduction // *Journal of Comparative Family Studies*. № 36.P. 61-76. *
49. Maener M.J., Shaw K.A., Balkan A.V., et al.(2012). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States// *Morbidity and Mortality Weekly Report*. № 67(45).p.1279. doi:10.15585/mmwr.mm6745a7 *

САНОГЕННЫЙ И ПАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Харькина Т.В.¹, Бабиева Н.С.¹

¹Аспирант кафедры медицинской психологии и педагогики

²К.псих.наук, доцент кафедры медицинской психологии и педагогики

^{1,2}ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова», Москва, Россия

Аннотация. В статье исследуются саногенные и патогенные факторы использования социальных сетей для подростков. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных взаимосвязи аутоагрессии и социальных сетей. Согласно полученным результатам, к патогенным факторам социальных сетей относятся: пропаганда аутоагрессивного поведения, кибербуллинг, «группы смерти», информирование о способах самоубийства, «эффект Вертера». К саногенным факторам относятся: поддержка от сообщества, поддержка от значимого другого, профилактические антисуицидальные программы и группы, «эффект Папагено».

Ключевые слова. подростки, Интернет, социальные сети, самоповреждения, суицид, аутоагрессия

SANOGENIC AND PATHOGENIC EFFECT OF USE OF SOCIAL NETWORKS FOR ADOLESCENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

Kharkina T.V.¹, Babieva N.S.²

¹Postgraduate student, Department of Medical Psychology and Pedagogy

²PhD in Psychology, Department of Medical Psychology and Pedagogy

^{1,2}Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Annotation. The article examines the sanogenic and pathogenic factors of the use of social networks for adolescents. An analysis of modern domestic and foreign research on the relationship between auto-aggression and social networks was carried out. According to the results, pathogenic factors of social networks include: propaganda of self-aggressive behavior, cyberbullying, “death groups”, information about methods of suicide, “Werther effect”. Sanogenic factors include: support from the community, support from a significant other, preventive anti-suicide programs and groups, the “Papageno effect”.

Keywords. adolescents, Internet, social network, self-harm, suicide, autoaggression

Введение. Интернет стал неотъемлемой частью нашей жизни. Современные подростки почти не выпускают мобильные телефоны из рук, у поколения Z значимость виртуальной жизни может даже превалировать над реальной [3]. Поэтому для понимания психологии подростка представляется значимым изучить взаимосвязь использования им современных технологий и особенностей его психического развития и особенностей. В обществе есть распространенное мнение, что Интернет вреден для психического здоровья, особенно детского и юношеского. Данная статья ставит целью изучение двойственного влияния Интернет-технологий на развитие аутоагрессии у подростков, напрямую связанной с уровнем психического здоровья личности в целом.

Самоповреждающее и суицидальное поведения – это формы проявления аутоагрессии. Отсюда прослеживается многокомпонентность взаимосвязи использования Интернета и аутоагрессивного поведения. Об Интернет-зависимости говорят, используя

термин PIU (problematic internet use – проблемное использование Интернета), тем самым давая возможность рассматривать эту зависимость как потенциально вредную для психики. Интернет, социальные сети могут способствовать «эффекту Вертера», волне подражательного и самоповреждающего суицидального поведения. Таким образом, подход к изучению взаимосвязи использования социальных сетей и аутоагрессивного поведения подростков имеет две линии: первая касается использования Интернета и социальных сетей в целом, другая занимается вопросом отражения различных деструктивных материалов, в частности, об аутоагрессивном поведении, размещенных в Сети, на развитии аутоагрессии у подростков (через социальное научение или подражание).

Объекты и методы исследования. Объектом данной статьи является взаимосвязь использования социальных сетей и аутоагрессивным поведением у подростка.

Методы и методология: анализ, описание, систематизация информации, сравнение и синтез научных положений психологической литературы, научных исследований, посвященных взаимосвязи аутоагрессии подростков и использования социальных сетей. Поиск информации осуществлялся в электронных базах данных: PubMed, Elsevier, PsycINFO, LIBRARY, КиберЛенинка, eLibrary.

Результат и обсуждение. Количество исследований, посвященных взаимосвязи аутоагрессивного поведения подростков и использования социальных сетей, резко выросло за последние десять лет. Вероятно, это связано со стремительным развитием цифровых технологий – мобильных телефонов, Интернета и социальных сетей. В результате поиска материалов в русскоязычных базах данных обнаружено, что значительная часть исследований, посвященных взаимосвязи аутоагрессивного поведения подростков и Интернета/соцсетей относится к сфере либо юриспруденции, либо юридической психологии, то есть, активно изучаются юридические нормы и методы борьбы с пропагандой суицидального поведения.

В социальных сетях и Интернете в целом размещена информация, как пропагандирующая суицидальное поведение и самоповреждения (СП) среди подростков, так и предохраняющая от совершения суицидов. Негативное информационное воздействие через Интернет, к которому относится и пропаганда суицида, может считаться информационным терроризмом [3]. К саногенной (или жизнестойкой) категории относятся специальные порталы и группы в социальных сетях, направленные на профилактику суицидов и пропаганду здорового образа жизни среди молодежи. Они могут способствовать проявлению «эффекта Папагено» – снижению суицидальной активности в обществе с помощью трансляции альтернативных, позитивных моделей выхода из суицидогенных ситуаций [2, 14].

В связи с развитием Интернета в науку введен неологизм «киберсуицид» (cyber-suicide). Он обозначает суицид, совершенный с помощью компьютера, к примеру, суицид в прямом эфире Интернет-трансляции, групповой суицид, связанный с участием в форумах и группах, пропагандирующих суицид, и пр. С развитием Интернета напрямую связано увеличение числа кластерных суицидов [1, 22]. Кроме того, широко известно влияние так называемых «групп смерти» в социальных сетях, пик активности которых в России пришелся на 2013-2017 годы до принятия соответствующих мер борьбы с ними [4]. Среди них особенно известна игра-квест «Синий кит», породившая за собой множество повторов. В соцсетях «группы смерти» используют в своих названиях метафоры, эвфемизмы, заменяют буквы символами, чтобы скрыть группу в поиске; пользователи сетей используют особые хэштеги, свидетельствующие о принадлежности к сообществу.

Интернет может использоваться для выбора способа самоубийства [16]. Однако имеются данные о превалировании в Сети сайтов, либо нейтральных, либо негативных

по отношению к суициду [17]. Использование Интернета для поиска материалов, связанных с самоповреждающим поведением, коррелирует с высоким уровнем суицидальных намерений подростков [15]. Однако в исследовании оговорено отсутствие данных о первопричинности одного феномена по отношению к другому. У подростков с Интернет-зависимостью почти в три раза чаще наблюдается суицидальная идеация, но нет данных о том, который феномен возник раньше [9]. Большее количество времени, проведенное в Интернете, повышает уровень суицидальной идеации и СП [5, 13].

Изучение заражения самоповреждающим поведением через социальные сети изучено не так обширно, как в случае с суицидальным поведением [19]. Доступ к Интернету повышает риски СП у девочек на 50% [20]. Умеренное использование Интернета оказывает менее негативное влияние, чем низкое или высокое [1]. Обнаружено, что само наблюдение СП в социальных сетях не ассоциируется с повышением уровня членовредительства у подростков, в то время как публикация своих случаев самоповреждения связана с повышенным риском суицидальных попыток и суицидального поведения в течение жизни [19, 21]. Можно объяснить это тем, что, с одной стороны, подростки таким образом «кричат» о помощи, с другой – получают внимание, сочувствие и поддержку со стороны других пользователей, избавляются от чувства одиночества [5, 13, 21]. С помощью публикации фотографий СП молодые люди чувствуют свою принадлежность к некоторому сообществу. В этом аспекте существует опасность появления вторичной выгоды, так как материалы с самоповреждением привлекают больше внимания, чем прочие, и вызывают сильный эмоциональный отклик у пользователей, что провоцирует на дальнейшее и более тяжкое причинение себе вреда [6].

Социальные сети дают безопасное пространство для обсуждения проблем подростков с самоповреждающим поведением и могут оказать позитивное влияние на его профилактику [10, 13]. В результате изучения постов с фотографиями СП в социальных сетях обнаружено превалирование позитивных, поддерживающих комментариев над стигматизирующими и порицающими [6]. Однако там же возможна нормализация членовредительства и поощрение суицидальных попыток [1, 8, 13]. Случается, что подростки сначала наносят себе вред, и потом смотрят в Интернете материал, связанный с самоповреждениями, пытаются понять, что с ними происходит [8, 10]. Существует и обратный порядок действий: подростки намеренно ищут в Сети изображения с самоповреждениями, чтобы настроиться на их совершение [12].

Тема взаимосвязи роста суицидального поведения среди населения и сообщений о суицидах в СМИ изучается довольно давно, кроме того, созданы специальные правила для освещения таких случаев в медиа. Существует прямо пропорциональная зависимость между упоминанием в СМИ случаев суицида, если самоубийство романтизируется, или передаются расхожие мифы о суициде, или многократно афишируется. Сообщения, содержащие информацию только о суицидальной идеации, без упоминания суицидальных попыток, наоборот, имеет потенциал стать инструментом превенции, так как дает возможность идентифицировать себя с человеком, у которого были суицидальные мысли и наклонности, но который решил жить дальше – проявление эффекта Папагено [14]. В социальных сетях еще не действуют четкие алгоритмы и правила сообщения о суицидах. Зачастую информация подается эмоционально, раскрывает личность самоубийцы-подростка, тем самым, способствуя возможной идентификации с ним и риску совершения подражательной суицидальной попытки [21].

Депрессия, проблемы со сном, проблемы социального характера часто связывают с повышением риска аутоагрессивного поведения [8, 11, 24]. Интернет может способствовать развитию аутоагрессивного поведения, в том числе самоповреждающего и суицидального, так как связан со всеми вышеперечисленными факторами. Использование социальных сетей и повышает риск развития депрессивных симптомов у подростков [11,

21, 24]. При этом чем больше времени в сутки подросток их использует, тем выше вероятность развития депрессивных симптомов, это больше выражено у девочек [11]. Более того, пониженное, депрессивное настроение может приводить к зависимости от социальных сетей [24]. Проблемное использование Интернета (PIU) приводит к трудностям со сном [5]. Нарушения сна тесно коррелируют с острым риском суицида [7]. Кибербуллинг связан с повышенным риском самоповреждений и суицидальных попыток как у агрессоров, так и у жертв [5, 18]. Использование большего количества социальных сетей связано с возрастанием уровня рискованного поведения у подростков; несуйцидальное самоповреждение коррелирует с повышением использования сексуально эксплицитных онлайн-сообщений подростками [23].

Заключение. С развитием Интернета и социальных сетей растут потребность и интерес в изучении их влияния на психическое состояние личности. Применительно к феноменам самоповреждающего и суицидального поведения социальные сети представляют собой амбивалентное явление. Зачастую сложно оценить соотношение саногенных и патогенных аспектов их использования.

К саногенным факторам можно отнести анонимность, которая позволяет подросткам более открыто делиться своими переживаниями с другими, избегать осуждения и стигматизации. Многие подростки с самоповреждениями и суицидальным поведением ищут помощи, но боятся обратиться к специалистам, или не находят поддержки в ближайшем окружении, в отличие от Сети [6, 18]. Многие старшие подростки предпочитают обращаться к друзьям и значимым другим онлайн, а не к родителям [3]. Подростки, которые делятся своим опытом членовредительства и суицидального поведения, могут почувствовать свою сопричастность к некоторому принимающему сообществу, получить поддержку. Ободряющие примеры нахождения жизнеутверждающего выхода из сложных ситуаций, избавление от суицидальной идеации производят эффект Папагено.

К патогенным факторам относятся: риск проявления эффекта Вертера вследствие некорректного отображения суицидальных попыток в Сети (романтизация, героизация и пр.), информирование о способах совершения суицида, вербовка в «группы смерти», кибербуллинг. Интернет предоставляет возможность получить детальную информацию и даже инструкции по совершению самоубийства различными способами, что негативно сказывается на частоте суицидов. Повышенное внимание к постам с фотографиями членовредительства может привести к положительному подкреплению такого поведения и усугубить ситуацию.

Таким образом, следует избегать стигматизации самих социальных сетей как однозначно вредных для психики, но использовать их возможности для диагностики и профилактики аутоагрессивного поведения подростков.

Социальные сети могут стать полезной платформой для развития превентивных программ аутоагрессивного поведения, подобные проекты уже реализуются, но данных об их эффективности пока немного. Разработаны некоторые рекомендации по освещению суицидального поведения в социальных сетях, однако, они требуют дальнейших доработок [21].

Список литературы.

1. Борисович Л. Е., Зотов П. Б. Интернет и самоповреждения подростков: кто виноват-что делать //Суицидология. – 2019. – Т. 10. – №. 3 (36). – С. 3-18.
2. Борисович Л. Е., Антохин Е. Ю., Палаева Р. И. Комментарий. Двухлицая паутина: Вертер vs Папагено //Суицидология. – 2016. – Т. 7. – №. 4 (25). – С. 41-51.
3. Москаленко Г. В., Маторина О. С., Нестерова С. В. Предикторы и особенности деструктивного информационного влияния посредством интернета на подростков поколения z на примере «Групп смерти» //Научно-аналитический журнал «Вестник Санкт-

Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России». – 2020. – №. 1. – С. 141-147.

4. Плоткин Д. М. Проблемы противодействия детским суицидам, совершаемым в результате противоправного применения специальных средств воздействия на индивидуальное и групповое сознание подростков через социальные сети интернета //Прикладная юридическая психология. – 2017. – №. 1. – С. 129-132.

5. Biernesser C. et al. Social media use and deliberate self-harm among youth: a systematized narrative review //Children and youth services review. – 2020. – Т. 116. – С. 105054.

6. Brown R. C. et al. “I just finally wanted to belong somewhere”—Qualitative Analysis of Experiences With Posting Pictures of Self-Injury on Instagram //Frontiers in psychiatry. – 2020. – Т. 11. – С. 274.

7. Goldstein T. R., Bridge J. A., Brent D. A. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents //Journal of consulting and clinical psychology. – 2008. – Т. 76. – №. 1. – С. 84.

8. Hamdan S., Apter A., Levi-Belz Y. Non-suicidal self-injury among adolescents from diverse ethnocultural groups in Israel: the association with sleep problems and internet addiction //Frontiers in psychiatry. – 2022. – Т. 13. – С. 899956.

9. Kuang L. et al. Relationship between Internet addiction, susceptible personality traits, and suicidal and self-harm ideation in Chinese adolescent students //Journal of behavioral addictions. – 2020. – Т. 9. – №. 3. – С. 676-685.

10. Lavis A., Winter R. # Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media //Journal of child psychology and psychiatry. – 2020. – Т. 61. – №. 8. – С. 842-854.

11. Liu M. et al. Time Spent on Social Media and Risk of Depression in Adolescents: A Dose–Response Meta-Analysis //International journal of environmental research and public health. – 2022. – Т. 19. – №. 9. – С. 5164.

12. Marchant A. et al. Impact of web-based sharing and viewing of self-harm–related videos and photographs on young people: Systematic review //Journal of medical Internet research. – 2021. – Т. 23. – №. 3. – С. e18048.

13. Marchant A. et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown //PloS one. – 2017. – Т. 12. – №. 8. – С. e0181722.

14. Niederkrotenthaler T. et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects //The British Journal of Psychiatry. – 2010. – Т. 197. – №. 3. – С. 234-243.

15. Padmanathan P. et al. Suicide and self-harm related internet use //Crisis. – 2018.

16. Paul E., Mergl R., Hegerl U. Has information on suicide methods provided via the Internet negatively impacted suicide rates? //PLoS one. – 2017. – Т. 12. – №. 12. – С. e0190136.

17. Recupero P. R., Harms S. E., Noble J. M. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet //J Clin Psychiatry. – 2008. – Т. 69. – №. 6. – С. 878-888.

18. Sedgwick R. et al. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents //Current opinion in psychiatry. – 2019. – Т. 32. – №. 6. – С. 534.

19. Seong E. et al. Relationship of social and behavioral characteristics to suicidality in community adolescents with self-harm: Considering contagion and connection on social media //Frontiers in psychology. – 2021. – Т. 12. – С. 691438.

20. Sinha D. et al. Predictors of deliberate self-harm among adolescents: Answers from a cross-sectional study on India //BMC psychology. – 2021. – Т. 9. – №. 1. – С. 197.

21. Swedo E. A. et al. Associations between social media and suicidal behaviors during a youth suicide cluster in Ohio //Journal of Adolescent Health. – 2021. – Т. 68. – №. 2. – С. 308-316.

22. Thompson S. The Internet and its potential influence on suicide //Psychiatric Bulletin. – 1999. – T. 23. – №. 8. – С. 449-451.
23. Vente T. et al. Association of social media use and high-risk behaviors in adolescents: cross-sectional study //JMIR pediatrics and parenting. – 2020. – T. 3. – №. 1. – С. e18043..
24. Vente T. et al. Association of social media use and high-risk behaviors in adolescents: cross-sectional study //JMIR pediatrics and parenting. – 2020. – T. 3. – №. 1. – С. e18043..

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КАК ЧЕРТА ХАРАКТЕРА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Шачнева К.И., Чернов Д.Н.

Кафедра общей психологии и психологии развития

Институт клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Россия, г. Москва

Аннотация. В данной работе предпринята попытка реализовать нейропсихологический подход к изучению эмоционально-личностной сферы с позиций нейропсихологической теории, разработанной в трудах Л.С. Выготского, А.Р. Лурия и их учеников. Подход предполагает распространение основных принципов теории системной динамической локализации высших психических функций на эмоционально-личностную сферу и прежде всего, рассмотрение черт личности как особых функциональных систем. Целью исследования явилось изучение взаимосвязей компонентов ответственности с нейропсихологическими показателями у студентов с разным уровнем ответственного поведения. Приведены данные корреляционного анализа, подтверждающего наличие нелинейного характера взаимосвязи нейропсихологических показателей с компонентами ответственности.

Ключевые слова. ответственность, студенты-медики, нейропсихология личности, личностные черты.

RESPONSIBILITY AS A CHARACTER TRAIT OF MEDICAL STUDENTS FROM THE POINT OF VIEW OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH

Shachneva K.I., Chernov D.N.

Department of General Psychology and Developmental Psychology

Institute of Clinical Psychology and Social Work Pirogov Russian National Research Medical University, Russia, Moscow

Abstract. In this research, an attempt is made to implement a neuropsychological approach to the study of the emotional and personal sphere from the standpoint of neuropsychological theory developed in the works of L.S. Vygotsky, A.R. Luria and their students. This approach involves the extension of the basic principles of the theory of systemic dynamic localization of higher mental functions to the emotional and personal sphere and, above all, the consideration of personality traits as special functional systems. The aim of the research was to study the interrelationships between components of responsibility and neuropsychological indicators among students with different levels of responsible behavior. The data of correlation analysis confirming the presence of the nonlinear nature of the relationship of neuropsychological indicators with the components of responsibility are presented.

Keywords. responsibility, medical students, personality neuropsychology, personality traits.

Введение. Как известно, к предметной области нейропсихологии традиционно принято относить изучение мозговых механизмов преимущественно познавательных психических процессов: восприятия, внимания, речи, памяти и т.д. [5]. Однако более поздние достижения нейропсихологии способствовали переходу от анализа отдельных психических процессов к анализу интегративных, целостных и значительно более сложных феноменов, имеющих отношение к высшим формам человеческого поведения [4].

В настоящее время нейропсихология может рассматриваться в качестве одного из перспективных направлений изучения психологии личности [1].

Собственно нейропсихологические исследования личности начались в школе А.Р. Лурия [6]. Как отмечал ученый, расстройства личности наблюдаются в основном при поражении «блока программирования» и «энергетического блока» головного мозга, т.е. передних (префронтальных) и глубинных (медиально расположенных) структур мозга. В первом случае нарушаются преимущественно произвольные компоненты личности (программированное поведение, целеполагание, произвольная регуляция психических процессов, речевой контроль, самооценка, самоконтроль и т.д.) [5]. В нейропсихологической литературе эти нарушения описывались как «безразличие», «эмоциональная тупость», «благодушие», «эйфория», «дурашливость», «нарушение системы отношений», «исчезновение чувства ответственности» и т.п. Во втором случае более выражена эмоциональная и мотивационная патология (неадекватность эмоций, расторможенность элементарных потребностей и т.д.) [5].

Современные исследования личностных свойств, проведенные в рамках отечественной нейропсихологической школы, подтверждают данные выводы [3,7,10]. При этом преимущественное отношение к мозговой организации явлений эмоционально-личностной сферы имеют префронтальные области лобных долей и медиобазальные и диэнцефальные области подкорковых отделов головного мозга [11].

Кроме того, согласно А.Р. Лурия, личность есть образование, которое подчиняется тем же законам, по которым строятся высшие психические функции [4], а значит, проблема личности и ее свойств должна так же решаться в русле идей о системной организации. Подобный взгляд на психологическую структуру личности и личностных черт можно увидеть и в системно-диспозиционном подходе к изучению личности и ее свойств А.И. Крупнова, который рассматривал внутреннее строение личностных свойств, исходя из их многомерно-функциональной природы. Согласно А.И. Крупнову, любая черта личности представляет собой сложную функциональную систему, которая в своей внутренней структуре содержит единство инструментально-динамических и мотивационно-смысловых составляющих [2]. И здесь нельзя не упомянуть исследования В.П. Прядеина, ученика А.И. Крупнова, который разработал методику многомерно-функциональной диагностики ответственности [9]. Под ответственностью автор понимает внутренне сформированное качество личности, обуславливающее ее нравственный облик и способность отвечать за свои поступки [8].

Особую роль эта черта характера играет среди медицинских работников, для которых она является профессионально важным качеством. В связи с вышесказанным особую актуальность приобретают исследования, направленные на изучение ответственного поведения представителей данной профессии, и в особенности с точки зрения нейропсихологического подхода, как перспективного направления исследования личности.

Выборка и процедура исследования. Изначально в нашем исследовании приняли участие 80 студентов-медиков РНИМУ им. Н.И. Пирогова. На основании квартилей по суммарному показателю ответственности из методики «Многомерно-функциональная диагностика ответственности» В.П. Прядеина из совокупной выборки студентов для дальнейшего сопоставления были отобраны две группы общим числом 30 человек (25 девушек и 5 юношей) в возрасте от 18 до 23 лет (средний возраст – $19,6 \pm 1,3$ лет). В 1-ой группе, составляющей 40% нашей выборки (12 человек), значения суммарных показателей ответственности студентов больше 3-го квартиля (283,8 балла). Ко второй группе – группе, где суммарные показатели ответственности студентов меньше 1-го квартиля (254,3 балла) – относятся 60% выборки (18 человек).

Материалы и методы. Для достижения целей исследования использовались методики: «Многомерно-функциональная диагностика ответственности (ОТВ-70)» В.П. Пряжина [9], батарея оценки лобного функционирования «FAB» (The Frontal Assessment Battery) [13], «Методика запоминания и воспроизведения 10 «эмоциональных» и 10 «нейтральных» слов» (Н.Я. Батова, Е.Д. Хомская) [12]. Для определения связей между исследуемыми показателями рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для выявления различий в уровне признаков - непараметрический U-критерий Манна-Уитни, для выявления сдвига в уровне признака - непараметрический T-критерий Вилкоксона.

Результаты. Математический анализ данных показал, что среднее значение суммарного показателя лобного функционирования в обеих группах соответствует норме, при этом в группе гиперответственных студентов данный показатель больше (однако различия не достигли минимального уровня значимости, $p=0,172$). Также группа гиперответственных студентов отличается большими средними показателями лобного функционирования по пробам на категоризацию, простую реакцию выбора, хватательный рефлекс. Различия между этими показателями по критерию Манна-Уитни оказались также не значимы. Вероятнее всего, это может быть связано с тем, что исследование проводилось на здоровой выборке испытуемых, в то время как выбранные методики оказались не чувствительны к выявлению более тонких различий в особенностях произвольной регуляции и контроля, которые могут иметься у студентов исследуемых групп.

На основании методики на запоминание 10 «эмоциональных» и 10 «нейтральных» слов было выявлено, что среднее значение количества воспроизведенных слов (и эмоциональных, и нейтральных) больше в группе гипоответственных студентов, при этом различия в запоминании эмоциональных слов статистически значимы при $p=0,095$. Сравнительный анализ нейропсихологических показателей в двух группах студентов представлен на рисунке 1.

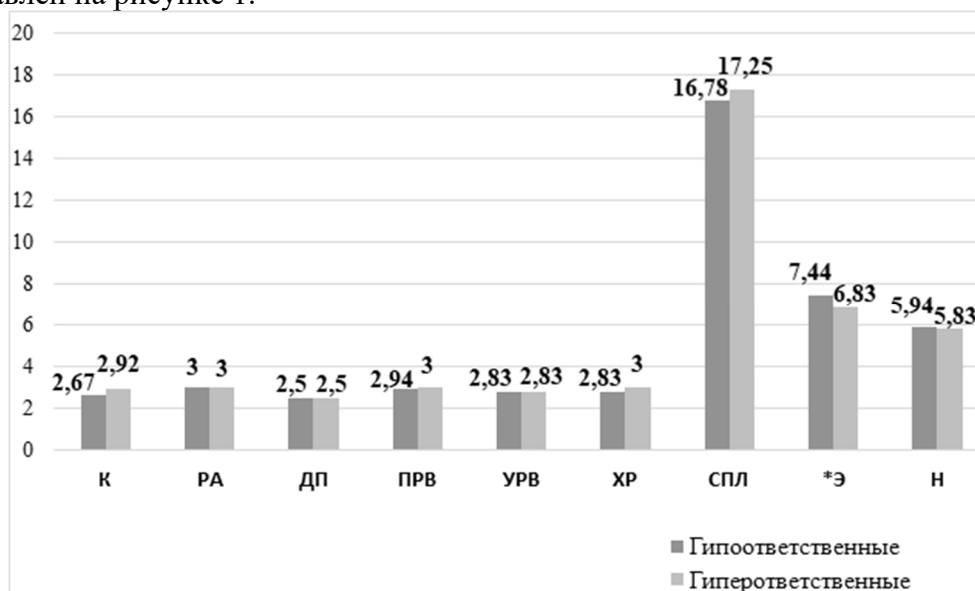


Рисунок 1. Сравнительный анализ нейропсихологических показателей у студентов с разным уровнем проявления ответственности.

Примечание: *при $p \leq 0,1$. Здесь и далее: К – категоризация (обобщение), РА – речевая активность (гибкость мышления), ДП – динамический праксис, ПРВ – простая реакция выбора, УРВ – усложненная реакция выбора, ХВ – хватательный рефлекс, СПЛ – суммарный показатель лобного функционирования, Э – эмоциональные слова, Н – нейтральные слова.

Стоит также отметить, что в среднем количество воспроизведенных эмоциональных слов в обеих группах больше, чем нейтральных, однако в группе гипответственных студентов эта разница больше и по Т-критерию Вилкоксона оказалась статистически значимой при $p=0,001$, в группе гиперответственных студентов – при $p=0,022$. Таким образом, можно сделать вывод, что продуктивность воспроизведения слов в условиях непосредственного запоминания у студентов обеих групп зависит от влияния эмоционального фактора, однако студенты с гипответственным поведением отличаются лучшей способностью дифференцировать эмоциональные и нейтральные стимулы. Сравнительный анализ воспроизведения эмоциональных и нейтральных слов в двух группах студентов представлен на рисунке 2.



Рисунок 2. Сравнительный анализ количества воспроизведенных эмоциональных и нейтральных слов у студентов с разным уровнем проявления ответственности.

Примечание: *при $p \leq 0,05$, **при $p \leq 0,001$.

Нашей основной задачей стало исследование взаимосвязей между изучаемыми нейropsychологическими показателями и параметрами ответственности в каждой группе студентов.

Корреляционный анализ показал достаточно большое количество связей между изучаемыми параметрами в группе гипответственных студентов. Так, были обнаружены положительные взаимосвязи категоризации с субъективной результативностью ($r=0,57$) и регуляторной интернальностью ($r=0,46$), и отрицательная взаимосвязь – с эмоциональной астеничностью ($r=-0,40$). Таким образом, студенты, отличающиеся лучшей способностью к обобщению, характеризуются высокой продуктивностью в ответственных делах, связанных с личным благополучием, независимостью от внешних обстоятельств, для них менее характерны негативные эмоции в ситуациях ответственной зависимости.

Динамический праксис имеет отрицательные взаимосвязи с эгоцентрической мотивацией ($r=-0,41$) и суммарным показателем ответственности ($r=-0,43$). Это означает, что более правильная серийная организация моторных программ соотносится с меньшей значимостью личного благополучия при выполнении ответственных заданий, но в то же время и с более низкими уровнями ответственности.

Кроме того, наблюдаются отрицательные корреляции между усложненной реакцией выбора и эгоцентрической мотивацией ($r=-0,45$), когнитивной осведомленностью ($r=-0,42$) и искренностью ($r=-0,58$), таким образом, лучшая способность правильно выбирать нужный двигательный ответ из возможных на предъявляемый стимул сочетается с меньшей значимостью личных выгод при взятии на себя ответственности, меньшей

склонностью понимать ответственность только в качестве наказания, меньшим желанием приукрасить свою ответственность перед окружающими.

Суммарный показатель лобного функционирования положительно взаимосвязан с динамической эргичностью ($r=0,42$) и отрицательно с динамической аэргичностью ($r=-0,44$) и искренностью ($r=-0,61$), что говорит о том, что студенты с более высокими уровнями произвольной регуляции и контроля деятельности отличаются меньшей склонностью откладывать важные дела на последний момент, им не требуется дополнительный контроль при выполнении ответственных заданий, а также они не стремятся преувеличивать свои заслуги в глазах окружающих.

Также наблюдаются прямые связи показателя воспроизведенных эмоциональных слов с динамической эргичностью ($r=0,63$), предметной результативностью ($r=0,61$), субъектной результативностью ($r=0,51$) и регуляторной интернальностью ($r=0,42$) и обратные связи с динамической аэргичностью ($r=-0,46$), эмоциональной астеничностью ($r=-0,53$) и регуляторной экстернальностью ($r=-0,53$). Таким образом, лучшая способность к запоминанию эмоциональных слов соотносится с самостоятельным и тщательным выполнением ответственных дел, высокой помехоустойчивостью и независимостью от внешних обстоятельств, самоотверженностью как в общественных, так и в личных делах, меньшей склонностью к отрицательным эмоциям при необходимости брать на себя ответственность. Значимые корреляции отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Анализ взаимосвязей между параметрами ответственности и нейропсихологическими показателями в группе студентов с гипответственностью

	ДЭ	ДАЭ	МС	МЭ	КО	КОС	РП	РС	ЭС	ЭА	РИ	РЭ	ТР	ИС	СПО
К								0,57*		-0,40	0,46				
РА															
ДП				-0,41											-0,43
ПРВ															
УРВ				-0,45		-0,42									-0,58*
ХР					0,45	0,40					-0,45				
СПЛ	0,42	-0,44													-0,61**
Э	0,63**	-0,46					0,61**	0,51*		-0,53*	0,42	-0,053*			
Н															

Примечание: Здесь и далее: ДЭ – динамическая эргичность, ДАЭ – динамическая аэргичность, МС – мотивация социоцентрическая, МЭ – мотивация эгоцентрическая, КО – когнитивная осмысленность, КОС – когнитивная осведомленность, РП – результативность предметная, РС – результативность субъектная, ЭС – эмоциональность стеническая, ЭА – эмоциональность астеническая, РИ – регуляторная интернальность, РЭ – регуляторная экстернальность, ТР – трудности, ИС – искренность, СПО – суммарный показатель ответственности.

В группе студентов с гиперответственным поведением корреляционная матрица представлена меньшим количеством взаимосвязей между нейропсихологическими показателями и параметрами ответственности. Значимые корреляции отражены в таблице 2.

Так, показатель динамического праксиса положительно связан с регуляторной экстернальностью ($r=0,51$). Таким образом, в группе гиперответственных студентов более правильная серийная организация моторных программ соотносится со склонностью ставить выполнение ответственных дел в зависимость от других людей, стечения обстоятельств и т.п.

Таблица 2.

Анализ взаимосвязей между параметрами ответственности и нейропсихологическими показателями в группе студентов с гиперответственностью

	ДЭ	ДАЭ	МС	МЭ	КО	КОС	РП	РС	ЭС	ЭА	РИ	РЭ	ТР	ИС	СПО
К															
РА															
ДП												0,51			
ПРВ															
УРВ															
ХР															
СПЛ		0,55							-0,54				0,54		
Э					0,53							-0,55			
Н										-			-		
										0,64*			0,64*		

Суммарный показатель лобного функционирования положительно взаимосвязан с динамической азргичностью ($r=0,55$) и показателем «Трудности» ($r=0,54$), а отрицательно – с эмоциональной стеничностью ($r=-0,54$). Следовательно, гиперответственные студенты, показавшие на обследовании более высокие уровни произвольной регуляции и контроля, отличаются нерешительностью, низкой помехоустойчивостью, меньшим энтузиазмом при выполнении поручений, взятие ответственности само по себе рассматривается ими как обременительная ситуация.

Также наблюдается прямая связь показателя воспроизведенных эмоциональных слов с когнитивной осмысленностью ($r=0,53$) и отрицательная с регуляторной экстернальностью ($r=-0,55$). Это говорит о том, что студенты, характеризующиеся лучшей способностью к запоминанию эмоциональных слов, склонны целостно и глубоко понимать ответственность с позиций совести, долга и меньше обвинять других людей и обстоятельства в неудачах в делах.

Кроме того, показатель воспроизведенных нейтральных слов отрицательно связан с эмоциональной астеничностью ($r=-0,64$) и трудностями ($r=-0,64$). Это означает, что лучшая память на нейтральные слова соотносится с меньшей склонностью к раздражению и отвращению при выполнении ответственных дел, меньшей склонностью оценивать возникающие в процессе трудности как непреодолимые препятствия.

Таким образом, можно увидеть различия в структуре взаимосвязей между нейропсихологическими показателями и параметрами ответственности в изучаемых группах. Высокие значения параметров мнестических процессов – запоминание эмоциональных

и нейтральных слов – в обеих группах взаимосвязаны с положительными полюсами полярных характеристик ответственности. Причем в группе гипответственных студентов, которые, как указывалось выше, больше подвержены влиянию эмоционального фактора в мнестических процессах, таких взаимосвязей больше, и все они образованы только с параметром воспроизведения эмоциональных слов. Следовательно, в данной группе студентов функционирование подкорковых структур зависит от аффективной составляющей, и это сказывается не только на лучшем запоминании эмоциональных стимулов, но и на проявлении положительных качеств ответственности.

Во взаимосвязях параметров лобного функционирования с компонентами ответственности в рассматриваемых группах наблюдается различная картина. В группе гипответственных студентов отдельные показатели и суммарный показатель лобного функционирования, так же, как и характеристики мнестических процессов, связаны с положительными полюсами полярных компонентов ответственности. В группе же гиперответственных студентов наблюдается противоположная ситуация – более высокие уровни произвольной регуляции и контроля означают большую нерешительность, меньший энтузиазм при выполнении поручений.

Выводы. Исследованные нами группы студентов не различаются по уровню функционирования лобных отделов головного мозга, но отличаются по особенностям мнестических процессов. Продуктивность воспроизведения слов в условиях непосредственного запоминания у студентов обеих групп зависит от влияния эмоционального фактора, однако студенты с гипответственным поведением больше подвержены влиянию эмоционального фактора в мнестических процессах и отличаются лучшей способностью дифференцировать эмоциональные и нейтральные стимулы.

Исследованные группы студентов имеют существенные различия во взаимосвязях нейропсихологических показателей и компонентов ответственности. Взаимосвязь функционирования 3-го блока мозга с проявлением ответственного поведения носит нелинейный характер: более высокие уровни произвольной регуляции и контроля сочетаются с лучшим проявлением характеристик ответственности только в группе гипответственных студентов. В группе студентов с гиперответственностью более высокие уровни регуляции и контроля обуславливают выполнение ответственных заданий под гнетом высоких требований к себе, перфекционизма, желания показать себя с лучшей стороны, что негативно сказывается на стремлении брать на себя ответственность. Однако существуют и общие взаимосвязи нейропсихологических показателей с характеристиками ответственности: так, лучшее функционирование 1-го блока мозга означает лучшее проявление ответственного поведения для обеих групп.

Список литературы.

1. Асмолов А. Г., Цветков А. В. Проблемы изучения личности с позиций нейропсихологии //Современная социальная психология: теоретические подходы и прикладные исследования. – 2009. – №. 3. – С. 105-109.
2. Крупнов А. И. Системно-диспозиционный подход к изучению личности и ее свойств //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2006. – №. 1. – С. 63-73.
3. Малыгин В. Л. и др. Нейропсихологический профиль подростков с интернет-зависимым поведением //Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23. – №. 4. – С. 130-137.
4. Нейропсихология: Тексты / Под ред. Е. Д. Хомской. М.: Изд-во МГУ, 1984. 192 с. *
5. Хомская Е. Д. Нейропсихология: хрестоматия 3-е изд./Под. ред. ЕД Хомской //Санкт-Петербург: Питер. – 2010.

6. Плужников И. В. Ключевые подходы к проблеме личности в нейропсихологии //Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2014. – №. 3. – С. 8-17.
7. Полунина А. Г., Брюн Е. А. Антисоциальное поведение: нейропсихологические корреляты и роль нейробиологических факторов //Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №. 4. – С. 88-90.
8. Прядеин В. П. Ответственность как системное качество личности. – 2021.
9. Прядеин В. П. Психодиагностика личности: избранные психологические методики и тесты. – 2013.
10. Пыхалова К. В., Галиакберова И. Л. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МОЛОДЕЖИ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ //Ч-39 Человек в условиях неопределенности: сборник научных трудов в 2-х т./Под. – 2018. – С. 217.
11. Скрыбина О. А. Эмоции и личность как проблема в нейропсихологии //Редакционная коллегия: ОК Акулова, директор Кировского филиала МФЮА ЕВ Каранина, доктор экономических наук, профессор СН Родыгина, кандидат философских наук, доцент. – 2015. – С. 665.
12. Хомская Е. Д., Батова Н. Я. Мозг и эмоции //М.: изд-во МГУ. – 1992. – Т. 300.
13. Dubois V. et al. The FAB: a frontal assessment battery at bedside //Neurology. – 2000. – Т. 55. – №. 11. – С. 1621-1626.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТОЙ

Шевцова А. А.¹, Вьюшкова С. С.²

¹студент IV курса специальность – 37.05.01 – «Клиническая психология»

²кандидат психологических наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии,

^{1,2}ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский Государственный Университет Имени А. С. Пушкина» Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В данной статье рассмотрены индивидуально-типологические особенности беременных женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминанты. Проведён сравнительный и корреляционный анализ индивидуально-типологических особенностей у беременных женщин из разных групп. Выявлены характерологические особенности респондентов изучаемых групп и взаимосвязи их с гестационными доминантами.

Ключевые слова. беременность, тип психологического компонента гестационной доминанты, индивидуально-типологические особенности.

INDIVIDUAL TYPOLOGICAL FEATURES OF PREGNANT WOMEN WITH DIFFERENT GESTATIONAL DOMINANT

Shevtsova A. A.¹, Vyushkova S. S.²

¹IV-year student specialty – 37.05.01 – «Clinical psychology»

²Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology

^{1,2}GAOU VO LO «Leningrad State University Named after A.S. Pushkin» Russia, St. Petersburg

Abstract. This article discusses the individual typological features of pregnant women with different types of psychological component of gestational dominance. A comparative and correlation analysis of individual typological features in pregnant women from different groups was carried out. The characterological features of the respondents of the studied groups and their relationship with gestational dominants are revealed.

Keywords. pregnancy, type of psychological component of gestational dominant, individual typological features.

Введение. Беременность – одно из самых значимых событий в жизни женщины, которое характеризуется специфическим состоянием организма. Бесспорно, что вынашивание ребенка оказывает сильное воздействие на соматическое и психическое состояние беременной. Этот особый период жизни привлекает внимание специалистов.

В большинстве работ беременность рассматривается как кризисный период, который имеет особое значение для развития личности женщины и перехода к новой социальной роли [1, с. 73]. Данный кризис проявляется как на физиологическом, так и на психологическом уровне из-за того, что организму необходимо адаптироваться к новым условиям, связанным с появлением и развитием плода. Перестройка функционирования важных жизнеобеспечивающих систем организма, в том числе нервной и эндокринной, ведёт к изменениям в состоянии женщины, которые характеризуются повышенной лабильностью, раздражительностью, повышением уровня тревожности и т.д.

Одним из центральных понятий, характеризующих психологический облик беременных, является тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), которая определяет совокупность механизмов психической саморегуляции, формирующих поведенческие стереотипы и отношение матери к беременности и будущему ребёнку, которые активируются в период беременности [4, с. 107].

По-прежнему наличие патологии беременности и родов понимается как зависящее только от здоровья женщины, образа ее жизни, компетентности врачей. Однако, стоит учитывать и то, что не только это влияет на течение и исход беременности, также важно учитывать индивидуально-типологические, личностные особенности беременных женщин. Личность женщины как фактор, определяющий течение беременности и родов, стала вызывать интерес исследователей относительно недавно. Именно поэтому необходимо проводить комплексную диагностику беременных женщин, которая включает в себя диагностику не только ряда физиологических факторов, но и личностных черт и особенностей женщины, её отношения к своему изменённому состоянию, что позволит повысить качество психологической помощи, поможет составить необходимую и наиболее полную программу психопрофилактики и психокоррекции нежелательных состояний. [2, с. 178]

Объекты и методы исследования. Объектом исследования стали беременные женщины с гипогестозическим, эйфорическим и тревожным типом психологического компонента гестационной доминанты.

В эмпирическом исследовании приняли участие 58 беременных.

В ходе исследования, посредством опросника «Тест отношений беременной», разработанного И.В. Добряковым [3, с. 218], беременные женщины, принявшие участие в обследовании, были разделены на 4 группы с ведущим оптимальным, гипогестозическим, эйфорическим и тревожным типом психологического компонента гестационной доминанты. Депрессивный тип в ходе исследования выделен не был.

Для анализа полученных результатов были отобраны беременные женщины с гипогестозическим, эйфорическим и тревожным типом психологического компонента гестационной доминанты. Это обусловлено тем, что в соответствии с интерпретацией «Теста отношений беременной» Добрякова И.В. данные типы переживания беременности относятся к «группе риска». Именно поэтому беременные с данными типами психологического компонента гестационной доминанты были выбраны объектом исследования.

В группу №1 вошли 12 беременных женщин в возрасте от 27 до 36 лет, имеющие гипогестозический (игнорирующий) тип ПКГД. Этот тип довольно часто встречается у молодых женщин, которые еще не закончили учебу, или у женщин, увлеченных своей работой, стремящихся построить карьеру. В большинстве случаев эта беременность наступила незапланированно, женщина старается ее не замечать и продолжает вести тот же образ жизни, что и до беременности. Все проявления беременности женщина воспринимает с негативными эмоциями, плохо представляет себя в роли матери. Уход за ребёнком и его воспитание, как правило, доверяется другим лицам из-за занятости матери. В данной группе срок беременности варьировался от 20 до 29 недель; все женщины из этой группы состоят в браке.

В группу №2 вошли 10 беременных женщин в возрасте от 24 до 43 лет, имеющие эйфорический тип ПКГД. Данный тип характеризуется неадекватным восприятием беременности, для женщин с этим типом доминанты характерна неадекватная оценка своего состояния, абсолютная уверенность в том, что все будет именно так как она себе это представляет, они склонны сильно преувеличивать и чрезмерно эмоционально реагировать на всё случившееся. В данной группе срок беременности варьировался от 14 до 36 недель; все женщины из этой группы состоят в браке.

В группу №3 вошли 16 беременных женщин в возрасте от 26 до 35 лет, имеющие тревожный тип ПКГД. У женщин с тревожным типом доминанты преобладающим состоянием является тревожность. В данной группе срок беременности варьировался от 14 до 34 недель; 14 женщин (87,5%) из этой группы состоят в браке, 2 женщин (12,5%) – не замужем.

Общая численность выборки составила 38 человек.

Подбор методического обеспечения проводимого обследования беременных женщин осуществлялся с учетом адекватности и научной обоснованности, комплексности, практичности, принципов надежности и валидности. В соответствии с предметом исследования и поставленными задачами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Авторская анкета;
2. «Тест отношений беременной», И.В. Добряков;
3. «Пятифакторный личностный опросник», Р. МакКрэй, П. Коста;
4. «Индивидуально-типологический опросник» (ИТО), Л.Н. Собчик;
5. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI.

С целью проверки данных на нормальность распределения и дальнейшего выбора методов статистического анализа (параметрических или непараметрических) был применен критерий Колмогорова-Смирнова.

По итогу проверки был получен результат о несоответствии распределения показателей исследования нормальному распределению, в связи с чем для дальнейшей обработки были выбраны следующие критерии:

- 1) U-критерий Манна-Уитни для сравнительного анализа;
- 2) Коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена для корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение (экспериментальная часть). В ходе математико-статистической обработки были получены значимые различия по методике «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрэй, П. Коста) только по фактору IV «Эмоциональная устойчивость – Эмоциональная неустойчивость» при $p \leq 0,05$ между группами женщин с гипогестогнозическим и эйфорическим типами ПКГД.

Это может свидетельствовать о том, что для женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД характерен более высокий уровень эмоциональной устойчивости – $52,8 \pm 4,1$ (у женщин с эйфорическим типом – $40,0 \pm 1,4$; различия значимы на уровне $p \leq 0,05$). Они более серьезно и реалистично смотрят на жизнь, способны сохранять спокойствие и хладнокровие в разных непростых ситуациях. Группа женщин с эйфорическим типом ПКГД наблюдаются более низкие показатели по данному фактору. Данные различия объясняются тем, что у женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД наблюдается нежелание менять свой жизненный уклад в связи с беременностью, а для эйфорического типа ПКГД характерна чрезмерная любовь к будущему ребёнку, излишняя вдохновлённость состоянием, преувеличение трудностей и недомоганий.

В ходе математико-статистической обработки были получены значимые различия по методике «Индивидуально-типологический опросник» (ИТО, Л.Н. Собчик) только по шкалам «Агрессивность» (при $p \leq 0,01$), «Интроверсия» (при $p \leq 0,05$), «Тревожность» (при $p \leq 0,01$) между группами беременных женщин с гипогестогнозическим и тревожным типами ПКГД (табл. 1).

Таблица 1.

Сравнительный анализ индивидуально-типологических особенностей женщин с гипогестогнозическим, эйфорическим и тревожным типами ПКГД

Шкалы	Беременные женщины с гипогестогно-зическим типом ПКГД (n=12)		Беременные женщины с эйфорическим типом ПКГД (n=10)		Беременные женщины с тревожным типом ПКГД (n=16)		Различия между 1 и 2 группами	Различия между 1 и 3 группами
	M ±m	σ	M ±m	σ	M ±m	σ		
Агрессивность	4,5±0,3	0,9	5,8±0,5	1,5	6±0,5	2,1	(54)	(42) 0,002**
Интроверсия	6,3±0,8	2,6	5,6±0,3	0,8	4,6±0,5	1,9	(36)	(57) 0,013*
Тревожность	4,5±0,5	1,7	2,6±0,3	1,1	6,4±0,3	1	(45)	(51) 0,006**

Примечание: Значения в таблице представлены в виде M±m, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, σ – стандартное отклонение

* – значимые различия на уровне $p \leq 0,05$

** – значимые различия на уровне $p \leq 0,01$

Женщины с тревожным типом ПКГД демонстрируют большую склонность к проявлению агрессии и тревоги. Поскольку для такого типа преобладающим состоянием является тревожность, можно предположить, что респонденты этой группы более склонны к стрессовым воздействиям. Известно, что облигатным компонентом стресса как раз и являются эти эмоциональные состояния, и гнев в том числе, что может определять и более высокий уровень их агрессивности.

Интроверсия более свойственна женщинам с гипогестогнозическим типом.

Полученные результаты также позволяют говорить о том, что для женщин с тревожным типом ПКГД характерен более высокий показатель по шкале «Тревожность», это объясняется тем, что у женщин с тревожным типом ПКГД.

В ходе математико-статистической обработки были получены значимые различия по методике «Шкала тревоги» Спилбергера-Ханина по шкале «Ситуационная тревожность» (при $p \leq 0,05$) между группами женщин с гипогестогнозическим и эйфорическим типами ПКГД, а также между группами женщин с гипогестогнозическим и тревожным типами ПКГД по шкалам «Ситуационная тревожность» (при $p \leq 0,05$) и «Личностная тревожность» (при $p \leq 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительный анализ уровня личностной и ситуационной тревожности у беременных женщин с гипогестогнозическим, эйфорическим и тревожным типами ПКГД

Шкалы	Беременные женщины с гипогестогно-зическим типом ПКГД (n=12)		Беременные женщины с эйфорическим типом ПКГД (n=10)		Беременные женщины с тревожным типом ПКГД (n=16)		Различия между 1 и 2 группами	Различия между 1 и 3 группами
	M ±m	σ	M ±m	σ	M ±m	σ		
	M ±m	σ	M ±m	σ	M ±m	σ	U-критерий Манна-Уитни	

Ситуационная тревожность	46,5±2,7	9,4	33,0±2,1	6,7	54,5±1,3	5,4	(30) 0,014*	(69) 0,044*
Личностная тревожность	48,3±2,5	8,5	40,0±2,1	6,7	57,4±0,7	2,9	(51)	(54) 0,01**

Примечание: Значения в таблице представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, σ – стандартное отклонение;

* – значимые различия на уровне $p \leq 0,05$

** – значимые различия на уровне $p \leq 0,01$

Для группы женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД характерен более высокий уровень ситуационной тревожности, чем для женщин с эйфорическим типом ПКГД, это может быть обусловлено тем, что беременная женщина с гипогестогнозическим типом ПКГД все проявления беременности воспринимает с негативными эмоциональным фоном, в том числе с тревогой.

Очевидно то, что личностная и ситуационная тревожность у беременных с тревожным типом будет значительно преобладать в сравнении с беременными других типов ПКГД. Это и было подтверждено в данном исследовании.

В ходе изучения корреляционных взаимосвязей между уровнем тревожности и индивидуально-типологическими особенностями у беременных женщин были обнаружены закономерности, представленные в табл. 3.

Таблица 3.

Результаты корреляционного анализа исследуемых параметров у беременных женщин

Шкалы	Ситуационная тревожность	Личностная тревожность	Экстраверсия – Интроверсия	Привязанность – Обособленность	Самоконтроль – Импульсивность	Эмоциональная устойчивость – Эмоциональная неустойчивость	Экспрессивность – Практичность
Экстраверсия					-0,492**		
Спонтанность			0,502**		0,595**		
Агрессивность			0,667**				
Ригидность					0,497**		-0,417**
Интроверсия			-0,569**	0,400**			0,489**
Сензитивность		0,412**		0,427**			0,459**
Тревожность	0,650**	0,503**					
Лабильность	0,495**	0,696**					
Ситуационная тревожность			0,454**			0,924**	0,563**
Личностная тревожность						0,809**	0,655**

Примечание:

* – корреляция значима на уровне $p \leq 0,05$

** – корреляция значима на уровне $p \leq 0,01$

Корреляционный анализ изучаемых показателей в общей группе беременных женщин позволил сделать ряд выводов:

1. «Личностная тревожность» и «Ситуационная тревожность» имеют наибольшее количество сильных прямых взаимосвязей с параметрами «Эмоциональная устойчивость – Эмоциональная неустойчивость», «Лабильность», «Экспрессивность – Практичность» (связь значима на уровне $p \leq 0,01$). Можно предположить, что при высоком уровне как личностной, так и ситуационной тревожности у беременных женщин повышается выраженность лабильности, экспрессивности. Иными словами, при высоком уровне тревожности для женщин характерны более выраженная изменчивость состояния, сентиментальность, стремление к эмоциональной вовлечённости, что также может быть обусловлено гормональными изменениями, происходящими в организме, в то же время повышается и экспрессивность, т.е. сила и интенсивность проявления эмоций. Также с повышением личностной и ситуационной тревожности повышается выраженность эмоциональной неустойчивости у беременных, что говорит о том, что им становится достаточно трудно справиться с новыми, изменившимися, жизненными обстоятельствами, которые являются стрессовыми.

2. Параметр «Сензитивность» имеет сильную прямую взаимосвязь с личностной тревожностью (связь значима на уровне $p \leq 0,01$), что может объяснять повышенную чувствительность беременных женщин как к внешним изменениям, так и изменениям в собственном теле, которые сопровождаются выраженной тревогой.

Заключение. По результатам проведенного исследования и в соответствии с поставленными целью и задачами, были сформулированы следующие выводы:

Беременные женщины с разными типами ПКГД отличаются между собой преобладающими факторами в структуре личности. Так, у беременных женщин с гипогестозическим типом ПКГД достаточно ярко проявляется самоконтроль (75% - высокие значения), преобладают такие черты, как спонтанность (75% – акцентуированная черта) и лабильность (75% – акцентуированная черта).

Для группы женщин с эйфорическим типом ПКГД оказалась характерна высокая степень привязанности и самоконтроля, также у них наблюдались акцентуированные черты: агрессивность (80% – акцентуированная черта), ригидность (60% – акцентуированная черта) и лабильность (60% – акцентуированная черта). При этом в данной группе отмечалась сильная выраженность агрессивности, предполагающая дезадаптивность в отношении этого фактора.

Для женщин с тревожным типом ПКГД характерна выраженная эмоциональная неустойчивость (100% – высокие значения) и высокая степень экспрессивности (87% – высокие значения), умеренно выраженными у них оказались черты: спонтанность (75% – акцентуированная черта), агрессивность (75% – акцентуированная черта), ригидность (87% – акцентуированная черта), сензитивность (75% – акцентуированная черта), тревожность (87% – акцентуированная черта) и лабильность (75% – акцентуированная черта). При этом в данной группе особенно выражены оказались личностная и ситуационная тревожность, находящиеся на высоком уровне, в отличие от двух других групп.

Эмоциональная неустойчивость более выражена у беременных с эйфорическим типом. Женщины с тревожным типом более остальных склонны к агрессивному поведению.

Личностная и ситуационная тревожность оказались более выраженными в группе с гипогестозическим и тревожным типами ПКГД.

По результатам проведенного анализа были получены сильные прямые взаимосвязи между показателями личностной и ситуационной тревожностью с эмоциональной неустойчивостью, лабильностью и экспрессивностью. Также значимой оказалась прямая

взаимосвязь между факторами Личностная тревожность и сензитивность, что объясняется характерной для беременных женщин выраженной повышенной чувствительностью к внешним событиям.

Специфика психологического состояния беременной женщины, разные типы проживания беременности создают необходимость всестороннего рассмотрения проблематики этого вопроса как с медицинской точки зрения, так и психологической. Подробный анализ личностных и индивидуально-типологических особенностей беременных женщин позволит разрабатывать программы психологической поддержки беременных, программ профилактического и коррекционного направления, а также психологического просвещения.

Список литературы.

1. Бибринг Г. Л. Беременность как нормальный кризис //Хрестоматия по перинатальной психологии/сост. АН Васина. М.: УРАО. – 2005. – С. 72-75.
2. Григорьева Е. С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований) //Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2009.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 271 с. *
4. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – 2003.

СИНДРОМЫ НАВЯЗЧИВЫХ ГРЁЗ И «БРЕДОПОДОБНОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Юричек О. А.¹, Шубин А. В.²

¹Студент 2 курса кафедры психофизиологии и клинической психологии

²Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии

^{1,2}ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

«Ленинградский государственный университет имени А.С.Пушкина» Россия, г.
Санкт-Петербург

Аннотация. В статье отражены основные составляющие синдромов навязчивых грёз и «бредоподобного фантазирования»: причины возникновения, симптомы; подробно рассмотрены варианты расстройств. Описаны негативные влияния данных синдромов на жизнь человека, обозначены общие признаки синдромов и способы их диагностики. Синдромы сопоставлены с психическими расстройствами.

Ключевые слова. навязчивые грёзы, фантазии, синдром «бредоподобного фантазирования», внимание, реальная жизнь, мечта.

SYNDROMES OF MALADAPTIVE DAYDREAMING AND «DELUSIONAL FANTASIZING» IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Iurichek O. A.¹, Shubin A.V.²

¹2nd year student of the Department of psychophysiology and clinical psychology,

²Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of psychophysiology and clinical psychology

^{1,2}STATE AUTONOMOUS EDUCATIONAL INSTITUTION
INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION
LENINGRAD REGION

«Leningrad State University named after A.S.Pushkin», Russia, St. Petersburg

Abstract. The article reflects the main components of Maladaptive Daydreaming and "delusional fantasy" syndromes: causes, symptoms; variants of disorders are considered in detail. The negative effects of these syndromes on human life are described, general signs of syndromes and methods of their diagnosis are indicated. The syndromes are compared with mental disorders.

Keywords. Maladaptive Daydreaming, fantasies, "delusional fantasy" syndrome, attention, real life, dream.

Навязчивые грёзы — психологическое понятие, впервые обозначенное израильским врачом Э. Сомером в 2002 году [9, с. 197].

Э. Сомер, работая с подростками, пострадавшими от домашнего насилия, обратил внимание на похожие черты в их поведении. Каждый из них уходил в свои придуманные фантазии, чтобы избежать тяжёлых воспоминаний. В фантазиях строился идеальный мир или романтические отношения, или война, в которой подросток неизменно становился победителем. Часто в таких фантазиях проявлялась тема плена и последующего побега и спасения. При этом пациенты практически не контролировали свои фан-

тазии. Э. Сомер назвал это явление «навязчивые грёзы», как чрезмерные фантазии, которые заменяют подростку реальную жизнь, защищают от проблем, в том числе, от психологических травм, но мешают учёбе и, главное, отношениям в социуме [9, с. 198].

Другие учёные также исследовали этот феномен. В их работах сделан вывод, что больше половины людей с навязчивыми грёзами не подвергались насилию, но проводили в своих фантазиях значительное время. Становится понятно, что уход человека в мир собственных фантазий связан не только с насилием, есть и другие причины [3, с. 57].

На основании наблюдений и разговоров с пациентами Э. Сомер сделал вывод, что психическая деятельность индивидуума во время фантазирования не порождена стрессом, а приносит эмоциональное удовлетворение. По словам пациентов с навязчивыми грёзами, их желание фантазировать сравнимо с патологической зависимостью от азартных игр и социальных сетей.

Исходя из этого, Э. Сомер сделал вывод, что «навязчивые грёзы» являются поведенческой зависимостью [9, с. 209].

Э. Сомер считает, что понятие «навязчивые грёзы» появилось относительно недавно и необходимо гораздо больше исследований, чтобы данное расстройство было признано психическим нарушением [8, с. 3].

В настоящее время определён перечень симптомов, которые характеризуют такое психологическое расстройство. Это не означает, что каждый индивидуум с навязчивыми грёзами имеет все определённые симптомы или большинство из них [6, с. 33].

Патологические фантазии у такого человека появляются под воздействием внешних «раздражителей»: фраз из разговора, звуков, увиденных событий или объектов, физических ощущений. Очень часто такие люди говорят вслух или про себя за героев своих грёз, могут изображать их эмоции. Часто при этом они ходят из угла в угол или совершают другие повторяющиеся действия. Человек прячется от реальных событий в своих фантазиях. Нередко появляются проблемы со сном. Становится трудно выполнять даже повседневные действия [3, с. 59].

Люди с навязчивыми грёзами могут фантазировать целыми днями. В их фантазиях проработана каждая мелочь. У человека одновременно может быть несколько фантазий, при этом у каждой будут свои действующие лица, обстоятельства, свой сюжет. Возникает эмоциональная привязанность к персонажам своих грёз, при осознании нереальности [8, с. 3].

В настоящий момент не существует официально признанного метода диагностики навязчивых грёз. Шкала MDS (The Maladaptive Daydreaming Scale), предложенная Э. Сомером, состоящая из 16 пунктов, позволяет распознать людей с аномальной склонностью к фантазиям [7, с. 78].

Основным и поэтому самым распространённым симптомом является трудность или даже невозможность переключения внимания с фантазий, находящихся в голове человека, на реальный окружающий мир. Это отличает человека с навязчивыми грёзами от обычного мечтающего человека, который без труда может перевести своё внимание с мечты на повседневные дела [8, с. 4].

В настоящий момент навязчивые грёзы не признаны официальным психическим диагнозом. Наиболее часто навязчивые грёзы диагностируют как симптом шизофрении. Однако, состояние навязчивых грёз не является психозом, поскольку шкала MDS слабо коррелируется с его параметрами. Люди с навязчивыми грёзами осознают, что их персонажи являются вымышленными, в отличие от пациентов с шизофренией. Хотя при навязчивых грёзах могут наблюдаться визуальные и слуховые галлюцинации, они также

не мешают отличать фантазии от реальности. На людей с диагнозом шизофрения галлюцинации оказывают гораздо большее влияние, что мешает им адекватно воспринимать реальность [7, с. 83].

Хотя, безусловно, эта аномальная форма фантазий негативно влияет на способность человека к работе, к отношениям с другими людьми и даже на отдых. Люди с навязчивыми грёзами способны сконцентрироваться только на своей фантазии и не могут сосредоточиться на деле, даже если оно для них важно [6, с. 35].

Схожее расстройство было описано немецким психиатром К. Бирнбаумом в 1908 году и названо синдром «бредоподобного фантазирования» [1].

Синдром был противопоставлен паранойе. Паранойя, по мнению К. Бирнбаума, являлась типом чисто бредового процесса. При этом в отличие от паранойи, бредоподобные фантазии на почве дегенерации имеют ограниченное время существования, суть бредоподобных фантазий редко имеет связь с реальной жизнью или ситуацией. Это фантазия в чистом виде. Поэтому разнообразие и количество бредоподобных идей практически безгранично, но почти во всех фигурируют темы величия или преследования [5, с. 78].

В синдроме «бредоподобного фантазирования» в настоящее время выделяются несколько вариантов расстройства:

1. Нетипичная игровая деятельность у детей дошкольного возраста.

Характеризуется уединённой игрой без принятия участия в играх других детей или играх, организуемых взрослыми. В игре используются бытовые предметы, а не детские игрушки, причём предметы не связаны с содержанием игры. Наблюдается излишняя привязанность к одной игрушке. Такие дети активно, а иногда и агрессивно, избавляются от других детских игрушек.

Дети не подражают родителям или другим взрослым, не изображают реальную ситуацию. Суть игры таких детей непонятна, и они не могут её объяснить. Как правило, в этом случае дети играют молча, почти не двигаются, хотя изредка бывают и обратные проявления в виде громкого разговора с самим собой, экспрессивных движений.

К бредоподобному фантазированию можно отнести вопросы детей дошкольного возраста. Например: «Где все кончается, а что есть дальше?», «Где живут дети, которые потом рождаются?», «Что будет, если солнце упадет на землю?» и т.д. Здоровые дети также могут задавать такие вопросы, но не застревают на них. Если ребёнок с бредоподобными фантазиями будет задавать вопросы о конкретных реальных ситуациях, то он будет делать это снова и снова, потому что ответы не совпадают с его фантазийными представлениями. Для здоровых детей также характерно неоднократно задавать большое количество вопросов, но они быстро воспринимают ответ и им удовлетворяются.

2. Визуализированные фантазии раннего школьного возраста.

Это фантазии далёкие от реальности. В них дети могут представлять себя в сказочном мире, участвовать в пиратских набегах или в нападениях разбойников, путешествовать на космическом корабле и т.д. Находясь в этих фантазиях дети «выпадают» из действительности и теряют собственную идентичность. И позже постоянно находятся под впечатлением своих фантазий.

Часто фантазии носят агрессивный характер. Также в бредоподобных фантазиях присутствуют аффекты тревоги, страха, подавленности [4, с. 4].

3. В среднем и старшем школьном возрасте в первую очередь встречаются разговорные и графические, в том числе письменные, формы бредоподобного фантазирования.

Подростки могут изображать свои фантазии в рисунках, которые тщательно охраняют от других. Поначалу рисунки необычны, сюжеты и образы в них могут изменяться,

но, со временем, рисунки начинают повторяться, потому что фантазии становятся устойчивыми. Иногда вместо рисунков могут вестись дневники, которые никому не показываются и при записи используется придуманный подростком шифр.

Часто встречается и разговорная форма патологического фантазирования. Эта форма уже обращена на окружающих. Пациенты хвастаются своими преувеличенными способностями и выдуманностями возможностями, при этом сами принимают свои фантазии за правду.

4. Патологическое фантазирование в более позднем возрасте.

В этом возрасте пациенты реже представляют себя в мире выдуманном. Скорее, в своих фантазиях они находятся в другом образе, играют роль другого человека, но в реальном мире. Только ситуации этого реального мира могут быть разными.

Нередко бредоподобное фантазирование носит суицидальный характер. Такие пациенты тщательно придумывают способы самоубийства, мысль о смерти им приятна, хотя реального желания совершить самоубийство у них нет. Им интересны сами переживания в процессе обдумывания способа суицида.

Очень часто встречается сексуально направленное бредоподобное фантазирование. Пациенты представляют себя в образе «сексуального маньяка», воображают сцены извращенного сексуального насилия. Нередко при этом они ощущают физическое удовлетворение [3, с. 60].

5. Ролевое перевоплощение. Симптомы ролевого перевоплощения наблюдаются у индивидуумов независимо от возраста.

У дошкольников – это перевоплощение в игре. Как правило, это касается детей-аутистов, которые настолько глубоко погружаются в придуманную ими роль, что считают себя персонажем собственной фантазии, независимо от того, человек ли это, сказочный персонаж или предмет. Такое ощущение длится не более нескольких дней, но часто повторяется.

У подростков и взрослых пациентов при ролевом перевоплощении также теряется ощущение реальности, они принимают за действительность свои фантазии. Фактически присутствуют галлюцинации воображения, хотя они могут быть временными и не полностью отождествляться с реальностью [4, с. 6].

Из-за естественной склонности здоровых детей к фантазированию затруднительно полностью отделить повышенную склонность к мечтанию от «навязчивых грёз». Куда проще диагностировать синдром «бредоподобного фантазирования».

Отечественный психиатр В. Ковалев [2] обозначил общие признаки данного расстройства:

- элементы аутизма (фантазирование про себя и только для себя, содержание фантазий скрывается от окружающих);
- поток фантазирования, который не контролируется пациентом, но воспринимается как проявление собственной психики. При этом внешние воздействия никак не влияют на поток фантазий;
- фантазийные образы и сюжеты, как правило, стереотипны;
- пациент полностью вовлечён в собственную фантазию и не воспринимает реальную жизнь;
- существенное преобладание пассивного внимания, направленного на собственные фантазии;
- длительный и стабильный характер фантазирования (может продолжаться годами);
- интеллектуальная деятельность слабо выражена;
- отрицание фантазирования как болезни (в том числе активное) [2, с. 69].

В фантазиях подростков выделяются три основные темы: власть над другими, сексуальность и садизм.

На начальном этапе фантазирования подростки ориентируются в окружающем мире, чётко осознают, что фантазируют, и называют свои фантазии «мечтами», хотя при этом отвлекаются от всего окружающего, «где-то витают» и раздражаются, если с ними входят в контакт. При развитии бредоподобного фантазирования индивидуум утрачивает осознание разницы между фантазиями и реальной жизнью [5, с. 78].

Список литературы.

1. Бирнбаум К. Психозы с бредообразованием и бредовые фантазии у дегенеративных людей // М., Галле: Издательский книжный магазин Карла Мархольда, 1908 *
2. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – Рипол Классик, 1979.
3. Макаров И. В., Кравченко И. В. Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. – 2013. – №. 1. – С. 56-62.
4. Макаров И. В., Кравченко И. В. Патологическое фантазирование у детей //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2015. – Т. 115. – №. 5-2. – С. 3-7.
5. Пятницкий Н. Ю. Синдром " бредоподобного фантазирования" в концепции К. Бирнбаума //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2016. – Т. 116. – №. 10. – С. 76-81.
6. Rebello P. et al. A case report on maladaptive daydreaming //Galore International Journal of Health Science and Research. – 2019. – Т. 4. – №. 1. – С. 33-36.
7. Somer E. et al. Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS) //Consciousness and cognition. – 2016. – Т. 39. – С. 77-91.
8. Somer E. From adaptive fantasy to dissociative psychopathology: On forms of daydreaming //Clinical Corner, ISSTSD News. – 2013. – Т. 31. – №. 2. – С. 3-4.
9. Somer E. Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry //Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2002. – Т. 32. – С. 197-212.

Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения:
Материалы Всероссийской научной конференции

Печать цифровая.
Гарнитура «Times New Roman».
Формат 210×297.

Тираж 50 экз.
Подписано в печать 20.12.2023

Подготовлено к печати и отпечатано: "Особое приглашение" 344006, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Metallургическая 102/2, корпус «ИЛК», офис 305, E-mail: k@os-pr.ru