



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В XXI ВЕКЕ:
НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ



Кемерово 2023

УДК 616.89(082)

ББК 56.14я43

П 586

Ответственный редактор:

к.ист.н., доцент Г.В. Акименко,

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., профессор А.А. Лопатин, д.м.н., профессор А.М. Селедцов, к.м.н., доцент Ю.Ю. Кирина, к.филол.н., доцент Л.В. Гукина

Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения: сборник материалов Международной научно-практической конференции к 135 - летию со дня рождения немецкого психиатра и психолога Э. Кречмера (6-7 апреля 2023 г.) / Г. В. Акименко, А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина, Л. В. Гукина ; отв. ред. Г. В. Акименко. - Кемерово, 2023. - 411 с.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, медицинской психологии, особенностям психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения в условиях пандемии COVID-19, представленные на дистанционной международной научно-практической конференции.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, врачей общесоматической практики, психологов, преподавателей.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0299-6

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника.–

URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2>

(дата обращения 1.03.2023)

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2023

© Кузбасский клинический
наркологический диспансер, 2023

© Коллектив авторов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ЭРНСТ КРЕЧМЕР - ВЫДАЮЩИЙСЯ НЕМЕЦКИЙ ТЕОРЕТИК И ПРАКТИК В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ	8
Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОРОНАВИРУСНОМ СТРЕССЕ	9
Альшевская В.А. ПОГРУЖЕНИЕ В ТВОРЧЕСКУЮ СРЕДУ ВУЗА КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ	23
Арапова О.И ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВЫРАЖЕНИЙ ЭМОЦИЙ	29
Бреус А.В., Дорошенко С.А. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ЗНАЧИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭКСПРЕССИИ В КОНТЕКСТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	40
Валиуллина Е.В. К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: АДДИКТИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ И АДДИКТИВНОЕ ГОЛОДАНИЕ	48
Голоденко О. Н. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И СТИЛЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	56
Гукина Л.В. ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ИНОЯЗЫЧНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОГО ДИАЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ	69
Дорофеева А.С. Лиханова А.Ю. ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА УПЕШНОСТЬ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ	78

Жигалова Е.В.	86
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ПСИХИАТРИИ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	
Ковалева К.В.	97
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОГИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА	
Конев В.А.	108
РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ	
Егорова Т.И., Дочкина И.С., Скрипникова Д.Н.	118
ИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ: ХРОНОТОПИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ	
Клюева О.П., Беккер А.А.	126
РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ПСИХОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Краснопёрова А.О.	133
МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Кривоносова Е.И., Ибрагимова З.Ш.	140
ФОРМИРОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ДЕПРЕССИЯ»	
Ладушкин С.И.	150
СМЫСЛОВАЯ ПРОБЛЕМА В ФИЛОСОФСКОЙ ПРАКТИКЕ И В КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	
Левочкина О.В.	157
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ПРАВОНАРУШЕНИЯМ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ	

Максименко Л.В., Витковская Е.Д. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЖИЛЫХ УЧАСТНИКОВ ПРОЕКТА «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ», ОБУЧАВШИХСЯ ИНФОРМАЦИОННЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ	166
Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ	181
Носова Т.В., Першина Е.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А. ВЛИЯНИЕ ПРОЦЕССА ЦИФРОВИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НАСЕЛЕНИЯ	190
Пазенко Д.А., Петров Е.Д., Купча Н.В., Шайдуллина Е.В. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА РПО В СРАВНЕНИИ СО СТРУКТУРОЙ ЗАРУБЕЖНЫХ ЭТИЧЕСКИХ КОДЕКСОВ	197
Пантилеева К.М., Соломатина А.А. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК СПОСОБ СНЯТИЯ СТРЕССА ВО ВРЕМЯ УЧЕБЫ У СТУДЕНТОВ КЕМГМУ	206
Помыткина Т.Е., Ворлакова Е.Б., Чечин А.А. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	213
Помыткина Т.Е. ОДНА ИЗ ПРИЧИН КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	219
Прихода И.В. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОИДЕНТИЧНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОТРАСЛИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	224
Райманова И.А., Игнатова Т.Н., Михайловский А.М., Ген М.Б. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	239
Ральникова И.А., Малегонова С.А. АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ	245

Рохмистрова Н.С., Федорова Ю.С. ПРОБЛЕМЫ ОТГРАНИЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА И ПСИХОЗОВ ИНОЙ ЭТИОЛОГИИ	272
Рябков П.А. ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ, КАК ФАКТОР ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ	279
Селедцов А.М, Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю. COVID-19: ДЕЛИРИЙ, ПРОБЛЕМЫ С ПАМЯТЬЮ	286
Селедцов А.М, Лыхина Н.И., Маньянова И.В. , Кирина Ю.Ю. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	298
Селиванова Л.В. ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С УЧАСТНИКАМИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ	314
Скляр П.П., Атоян А.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕМАРГИНАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НА ТЕОРИТОРИЯХ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА	332
Сколова Н.Е., Прокудин А.М. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	338
Степанова А.В., Левченко Е.В. ОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОЖНОСТЬ, УСТАЛОСТЬ	342
Стрельченко Н.С. АЛКОГОЛИЗМ И СОЗАВИСИМОСТЬ КАК ФОРМА АДДИКЦИИ	350
Тактаракова С.С., Логинова И.О. ВОЗМОЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЖИЗНЕННОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	
Федосеева И.Ф., Акименко Г.В. ЗНАЧИМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	358

Хургул-оол Д. О.	379
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	
Юдин С.А.	389
САМООЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Яковлева А.А., Яковлев А.С.	395
РАСПОЗНАВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	404



Эрнст Кречмер

доктор медицины, выдающийся немецкий теоретик и практик
в области психиатрии и психологии

Э. Кречмер - один из основоположников направления медицинской психологии. Профессор выработал психотерапевтическую методику активного ступенчатого гипноза для подробной проработки пациентами воображаемых образов, эффективно применяемую в лечении психических заболеваний и нервных расстройств. Самой впечатляющей работой стала сформулированная и научно подтвержденная Эрнстом Кречмером типология темпераментов, основанная на особенностях строения тела. Его многолетняя исследовательская деятельность концентрировалась на взаимосвязи внешних физиологических параметров человека с признаками его психических расстройств. Изложенная Кречмером теория о соотношении строения тела и характера применима не только в психологии и различных областях медицины, но также в криминалистике, социологии, педагогике и других сферах.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОРОНАВИРУСНОМ СТРЕССЕ

Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Исследования, проведенные в 2021 г. британскими учеными свидетельствуют о том, что в период пандемии резко возросла тревожно-депрессивная симптоматика и уровень стресса. Негативные последствия пандемии COVID-19 для психического здоровья населения еще предстоит изучить. В статье рассмотрены результаты исследования, проведенного в апреле 2020 года методом онлайн опроса. Результаты исследования показали, что наиболее уязвимыми в психологическом плане являются младшая возрастная группа, а также респонденты в возрасте 45-54 года. Авторы подчеркивают необходимость учета и качественного анализа всей полноты стрессовых воздействий в ситуации COVID-19 и предполагают дальнейший рост распространенности психических и соматических заболеваний.

Ключевые слова: коронавирус, стресс, тревога, депрессия, психическое здоровье

FEATURES OF ENXIETY EXPERIENCED DURING THE COVID-19

Akimenko G.V., Seledtsov A.M.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. Studies conducted in 2021 by British scientists indicate that anxiety and depressive symptoms and stress levels have increased dramatically during the pandemic. The negative mental health effects of the COVID-19 pandemic remain to be explored. The article discusses the results of a study conducted in April 2020 using

an online survey. The results of the study showed that the most psychologically vulnerable are the younger age group, as well as respondents aged 45-54 years. The authors emphasize the need to take into account and qualitatively analyze the entirety of stressful impacts in the COVID-19 situation and suggest a further increase in the prevalence of mental and somatic diseases.

Keywords: coronavirus, stress, anxiety, depression, mental health

Введение. Наука не умеет предсказывать последствия пандемий. Достаточно вспомнить истерию 80-х гг. XX в. со СПИДом. Практически начало Апокалипсиса было объявлено. Предсказывалось вымирание человечества к 2015 году.

В условиях пандемии люди столкнулись с целым рядом психологических проблемам. В их числе: виртуальная угроза и информационный, депривационный и социально - экономический стрессы.

Многие из наиболее серьезных угроз в настоящее время связаны с высокой степенью неопределенности. Исследования прошлых лет позволяют утверждать, что люди не желают идти на жертвы ради других, когда выгоды неопределенны. Можно констатировать тот факт что, неопределенность, присущая инфекционным заболеваниям, создает идеальные условия для их распространения: принятие рискованных решений в социальных ситуациях.

В феврале 2021 г. научный журнал «The Lancet» опубликовал исследование о том, как изоляция влияет на психологическое состояние людей. Авторы провели анализ более двух десятков статей о последствиях карантина на ментальное здоровье, написанных во время или после известных мировых эпидемий (в частности, вспышки лихорадки Эбола в 2014 году, и SARS в 2003 году). В большинстве работ констатируется тот факт, что изоляция может привести к различным психологическим последствиям: от повышенного уровня

тревожности, бессонницы и эмоциональной нестабильности до посттравматического синдрома (ПТСР) и депрессии.

Результаты проанализированных исследований нельзя полностью проецировать на текущую ситуацию, так как пандемия коронавируса впервые в истории привела к изоляции мирового масштаба. Ученым еще предстоит изучить этот исторический период и его влияние на психику людей.

Однако уже сейчас психологи наблюдают рост тревожности, суицидальных настроений, домашнего насилия, а также появление панических атак и эмоциональной дисрегуляции. Особенно тяжелые психологические последствия прогнозируют у людей, переболевших COVID-19.

При этом известно что, с одной стороны, SARS-CoV-2 способен оказывать непосредственное влияние на деятельность центральной нервной системы и таким образом вызывать соматогенные и органические расстройства эмоций, когнитивной сферы, сознания, а с другой стороны, пандемия создает риск широкого распространения нозогенных расстройств, являющихся следствием невозможности личности эффективно справиться со стрессом.

Информационное давление, которое оказывается сейчас на людей во всем мире в связи с эпидемией, чрезвычайно сильно, а психотравмирующий характер содержания информационных сообщений заслуживает самостоятельного изучения.

Информационное пространство переполнено противоречивыми сведениями о коронавирусе в разнообразных формах: репортажи, статистика, аналитика, прогнозы, комментарии, рекомендации, социальная реклама и так далее. Столь мощное и хаотичное информационное воздействие, безусловно, травматично для психики человека. Несколько лет назад американскими авторами был предложен термин *headline stress disorder* (стрессовое расстройство в связи с новостными заголовками) для обозначения расстройств психики под влиянием негативно эмоционально заряженной новостной

информации (в 2016 году – это была информация, касающейся выборов президента в США).

Вполне вероятно, что тщательный анализ последствий информационного стресса в условиях пандемии позволит наполнить этот термин конкретным психологическим содержанием [2]. По-видимому, психические реакции при таком воздействии могут варьировать весьма широко - от тревоги и чувства вторжения в личное пространство до сложных дезадаптивных реакций. Так, уже описаны случаи суицидальных попыток как реакции на предполагаемый пациентом риск заражения коронавирусной инфекцией в отсутствие каких-либо признаков соматического недомогания [3]. Во всех этих случаях нозофобии самостоятельным компонентом выступала навязчивая озабоченность информацией о коронавирусе, представленной в СМИ.

Аналогично, в исследовании, включившем более 4 тыс. респондентов - жителей различных китайских провинций, была продемонстрирована взаимосвязь между частотой просмотра информации о COVID-19 в социальных медиа, с одной стороны, и выраженностью тревожных и тревожно-депрессивных проявлений - с другой [4]. И, несмотря на то, что вопрос ответственности СМИ за рост психических расстройств в условиях пандемии находится за рамками научного психологического анализа, необходимо отметить, что нынешняя ситуация служит дополнительным подтверждением важности систематических исследований значения виртуальных стимулов угрозы в развитии психических расстройств.

Строгие карантинные меры, введенные в 180 странах в связи с пандемией коронавируса, являются беспрецедентными. Требование самоизоляции и иные ограничения, призванные предотвратить распространение инфекции, серьезно деформировали привычный жизненный уклад большинства граждан, затронув потребности разных уровней: от витальных до высших. Сужение пространства физической и социальной активности, иллюзорно

компенсируемое доступностью сети Интернет, запускает системные адаптационные изменения в организме человека. Даже элементарная смена режима физической активности и питания вследствие перехода на работу в дистанционном формате способна вносить существенные возмущения в сферу психического состояния. И еще большие эффекты следует ожидать от блокирования многообразных социальных потребностей личности. Не случайно в интернет - пространстве приобрела особую популярность тематика самозанятости в условиях самоизоляции, что можно рассматривать как коллективную попытку выработки адаптационной стратегии. Однако есть основания предполагать, что не всегда данная стратегия оказывается эффективной, и значительную долю пребывающих в самоизоляции составляют лица с признаками расстройств адаптации и состояниями, пограничными между психической нормой и патологией [5].

Пандемия нанесла мощный удар по мировой экономике, затронув практически все ее отрасли [6]. Социально-экономический стресс, который переживает сегодня большинство граждан, складывается, с одной стороны, из общей озабоченности экономическими последствиями пандемии и ожидания экономического коллапса, а с другой стороны, из реальных финансовых трудностей и потери финансовой, профессиональной стабильности у значительной доли трудоспособного населения.

К счастью, оказывается, что существует другой, более эффективный способ передачи неопределенных угроз, таких как инфекционные заболевания. Когда подчеркивается неопределенность в отношении благосостояния человека – например, насколько другие могут пострадать от инфекции - люди стремятся предотвратить наихудший сценарий.

Теперь врачи говорят о всплеске психических нарушений как у перенесших коронавирусную инфекцию, так и у не перенесших ее. Тревожные расстройства, панические атаки и даже попытки сведения счетов с жизнью

стали новыми «побочками» перенесенной инфекции. Кроме того, растет популярность когда-то редкого заболевания, которое называют «синдромом разбитого сердца» или стрессовой кардиомиопатии.

Например, стрессовая кардиомиопатия в доковидную эпоху была сравнительно редким заболеванием. А в результате организационных мер по преодолению эпидемии эта самая кардиомиопатия вполне может занять более высокую ступеньку в иерархии болезней человека.

Об этом уже заявили американские исследователи, которые опубликовали результаты своей работы в авторитетном медицинском издании «JAMA Network Open». По их данным, на фоне пандемии врачи существенно чаще стали сталкиваться с «синдромом разбитого сердца» [7]. Проявления болезни схожи с симптомами инфаркта. Однако обычно люди выздоравливают через несколько дней или недель. Впрочем, иногда сердечная мышца не выдерживает нагрузки, и дело заканчивается летальным исходом.

Американские исследователи оценили количество пациентов кардиологическими патологиями в двух больницах штата Огайо. Ученые из Кливлендской клиники (Cleveland Clinic) сравнили статистику за весну 2020 года с показателями предыдущих двух лет. В исследовании были рассмотрены истории болезни почти 2 тысяч пациентов [8]. По их данным, распространенность «синдрома разбитого сердца» во время пандемии выросла примерно вдвое. При этом стрессовая кардиомиопатия стала гораздо чаще встречаться у людей, которые не инфицированы коронавирусом. Ученые считают, что причиной роста заболеваемости стало увеличение давления стрессовых факторов – психологических, экономических, социальных [9].

Как отметил ведущий автор исследования, профессор Анкур Калра, пандемия создала сопутствующую нездоровую окружающую среду: «Эмоциональное дистанцирование – нездоровый феномен. Экономическое давление влияет на здоровье. Мы видим, как увеличивается количество

некоронавирусных смертей, и наше исследование говорит, что стрессовая кардиомиопатия усугубляется из-за стресса, созданного пандемией» [10].

Очевидно, что число людей, нуждающихся в противострессовых мероприятиях и средствах, может быть больше числа людей, заболевших этой инфекцией. Потому, что кроме кардиомиопатии, стресс может быть причиной множества заболеваний. Стресс - это гораздо более опасная чума по сравнению с коронавирусом», - предупреждает доктор Кацалап [11].

Израильские врачи описали в «European Journal of Case Reports in Internal Medicine» историю 34-летнего пациента, который поступил на стационарное лечение по поводу коронавирусной инфекции, которая протекала у него относительно легко. Во время его госпитализации у него не было респираторного расстройства или лихорадки, однако он жаловался на тревогу и бессонницу. Несмотря на поддерживающую терапию, на 7 день госпитализации он предпринял попытку сведения счетов с жизнью. Авторы работы отмечают, что пациенты, инфицированные коронавирусом, могут испытывать страх перед болезнью, беспокойство за благополучие друзей и семьи. Все эти эмоции могут усугубляться лихорадкой, одышкой и слабостью, а также неблагоприятными последствиями терапии.

Исследования, проведенные после тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) в 2003 году и вспышек Эболы в 2014 году, показали очень высокий уровень психологического стресса среди тех, кто был помещен в карантин. Некоторые госпитализированные пытались лишиться себя жизни. Авторы исследования рекомендуют обратить самое пристальное внимание на психическое здоровье пациентов с COVID [12].

Кроме того, в журнале «JAMA» вышла еще одна публикация - итальянских авторов, которые с 21 апреля по 29 мая наблюдали за 143 больными, которые перенесли ковид. По истечении 60 дней с начала первых симптомов (36 дней после выписки) только 18 пациентов из 143 (12,6%)

полностью избавились от симптомов. У 46 человек (32%) сохранялись 1-2 симптома и у 79 (55%) 3 и более. Ухудшение качества жизни отмечали 63 пациента (44.1%) людей. Вот симптомы по частоте встречаемости: слабость (53,1%), одышка (43,2%), боль в суставах (27.3%), боль в груди (21.7%), а также кашель, потеря запахов, сухость глаз и слизистой рта, насморк, красные глаза, нарушение вкуса, головная боль, мокрота, потеря аппетита, першение в горле, головокружение, боли в мышцах, диарея [13].

«Реальные последствия эпидемии мы сможем оценить лишь позже, - считает практикующий психолог, член Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии О.Н. Калягина. На данный момент полной картины того, как карантин и пандемия повлияли на психологическое состояние людей, нет. Члены психологических сообществ прогнозируют, что после окончания эпидемии число обращений к психологам вырастет, так как те обстоятельства, в которые мы сейчас попали, - реальная угроза вируса, отсутствие контроля, неопределенность, социальная изоляция, изменение привычного ритма жизни - идеальные условия для развития и усиления тревоги и депрессии» [14].

О.Н. Калягина отмечает, что в изоляции могут обостриться те психологические проблемы, которые существовали у человека раньше. И если он не находит способов с ними справиться, это может привести к возникновению депрессии и - в тяжелых случаях - даже к суициду: «Человек в депрессии видит будущее мрачным и безнадежным, а себя — беспомощным и ничемным. Сейчас в условиях пандемии у многих людей могут появляться мысли, что это никогда не закончится, ничем хорошим не обернется, что они не в состоянии с этим справиться. И у некоторых это может спровоцировать зарождение мысли, что суицид - это единственный выход из сложившейся ситуации» [15].

Однако клинический психолог «Mental Health Center», когнитивно-поведенческий терапевт Е. Смоленская считает, что однозначно говорить об

изоляции как о причине вспышки психологических проблем по всему миру нельзя, так как все зависит от конкретного человека, от того, насколько устойчиво он себя чувствовал до карантина [16].

«Пандемия, карантин, изоляция однозначно приведут к вспышке психологических проблем по всему миру. Это уже имеет место быть, - отмечает Е. Смоленская. Но если мы говорим про конкретных людей, то далеко не у каждого при столкновении со столь серьезными изменениями в его жизни обязательно должна расстроиться психика. Это зависит от множества факторов: особенностей характера, наличия психических расстройств, ресурсов (финансового запаса, социальной поддержки и т.д.) и других. Какие-то факторы играют против человека - мы называем это «риск-факторы».

Например, наличие в анамнезе тревожного расстройства у конкретного человека увеличивает риск того, что в самоизоляции у него случится обострение. Другие факторы, наоборот, защищают (это факторы-протекторы); например, интроверт-программист, который и до того работал из дома, может практически и не заметить существенных изменений в своем образе жизни и психическом состоянии в связи с пандемией» [17].

Говоря о возможной вспышке суицидов, О.Н. Калягина отмечает, что в зоне риска находятся пожилые люди, оказавшиеся в полной изоляции, и мужчины среднего возраста, потерявшие работу и финансовую стабильность. Женщины, по словам психолога, тоже этому подвержены, но они статистически чаще обращаются к специалистам и находят иные способы решения проблем. На мужчину давят социальные стереотипы относительно их финансовой и личностной состоятельности: многим мужчинам с детства внушают, что они должны много зарабатывать, быть кормильцами в семье, не проявлять слабость и не просить о помощи. В целом сейчас ситуация постепенно улучшается: мужчины начинают чаще обращаться за помощью к психологам. Но женщин

[среди клиентов психотерапевтов] пока все равно больше», - объясняет О.Н. Калягина.

«У врачей, как и у любых других людей, есть слабые места»: с какими психологическими проблемами столкнулись врачи, работающие с COVID-19 [1]. Директор Центра когнитивной терапии, клинический психолог Яков Кочетков и его коллеги в Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов запустили в апреле этого года программу пси

В программе - пять бесплатных консультаций с профессиональными психологами. За время распространения коронавирусной инфекции в России программой помощи воспользовались около 40 врачей и медработников. «У врачей, как и у любых других людей, есть слабые места. И есть целый ряд проблем, с которыми они столкнулись, работая с коронавирусной инфекцией, - рассказывает Я.Кочетков. Чаще всего эти проблемы связаны с неорганизованностью самой системы: нехваткой средств индивидуальной защиты, давлением руководства, невыплатами денежных средств и так далее» [18].

По словам психолога, больше всего в этой ситуации страдают медработники-перфекционисты: «Представьте, человек, прекрасно выполнявший свою работу до этого, сталкивается с неопределенной ситуацией. Он не знает, что последует за его назначением. У человека с очень высоким уровнем ответственности за результат это может вызывать сильную тревогу и беспокойство. В результате врачи перестают спать, постоянно думают о работе, все время прокручивают в голове, с их точки зрения, ошибочные действия, которые на самом деле нельзя было предусмотреть. Кроме этого у них возникают проблемы с эмоциональной дисрегуляцией. Тяжелая работа, сильное давление с разных сторон, сильная усталость - все это вызывает вспышки гнева, раздражения» [19].

Специалисты при этом отмечают, что основная волна психологических проблем накроет людей позже. В частности, у врачей могут появиться признаки моральной травмы, к которой приводит участие или непредотвращение событий, происходящих против человеческих ценностей. У части пациентов, переживших COVID-19, может впоследствии развиваться посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) или панические атаки: «В основном это коснется тех, кто попал в реанимацию или как минимум был госпитализирован, - подчеркивает Я. Кочетков.

Известно, чем тяжелее состояние пациента во время любого заболевания, тем хуже последствия. По данным исследований, более 30% людей, которые прошли в своей жизни через реанимацию, имеют посттравматическое стрессовое расстройство. Это очень высокая цифра. Поэтому общество можем ожидать, что у людей, переживших COVID-19, может вполне развиться ПТСР. Но даже у людей с менее тяжелой формой коронавирусной инфекции могут быть проявления, так называемого панического расстройства, проще говоря, панические атаки. Ковид зачастую связан с чувством удушья, у человека, переболевшего им, есть опыт очень неприятного состояния, когда трудно дышать. После выздоровления человек начинает более внимательно прислушиваться к себе, и ему может показаться, что с его легкими что-то не так. Далее начинается паника, и человек снова начинает задыхаться, хотя объективных причин на это нет».

Сказать, что в изоляции люди страдают и только страдают, нельзя»: к каким положительным последствиям привели пандемия и карантин. Несмотря на всю сложность ситуации, вызванной коронавирусом, многие нашли в ней плюсы. Самый очевидный - не нужно тратить время на дорогу в офис или на учебу, что бережет нервную систему, позволяет больше спать и экономить деньги. Появилось больше свободного время, чтобы найти хобби или начать заниматься спортом.

Кроме того, россияне во время карантина стали перечислять значительно больше денег благотворительным фондам. Согласно мониторингу сборов, более 600 российских НКО, помогающих социально уязвимым группам населения, в марте количество онлайн-переводов увеличилось на 37% по сравнению с февралем, а в апреле выросло еще на 38%. Более того, в апреле средний перевод вырос на 7% и составил 1021 рубль - это самый высокий показатель за последние полтора года [20]. По словам аналитиков, фонды еще в самом начале эпидемии обратились к людям с просьбой помочь тем, кому во время кризиса стало еще тяжелее. И люди отреагировали, хотя многие из них испытывают тревогу и по поводу собственного будущего.

Заключение. Многомерность стрессовых воздействий, которые соединила в себе пандемия коронавируса COVID-19, очевидно, еще будет предметом многочисленных научных исследований, но уже сейчас есть основания предполагать, что на смену проблем и практических задач, обусловленных инфекционным процессом, придут проблемы и задачи, обусловленные всплеском распространенности реактивных психических расстройств, а также неинфекционных заболеваний, прежде всего заболеваний сердечно-сосудистой системы, связь которых со стрессом неоднократно подтверждена. Таковы вызовы современности.

Литература/ References

1. Пьянзова, Т.В. Вопросы взаимоотношений в диаде «врач-пациент» / Т.В. Пьянзова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – Т. 91, № 1. – С. 3-7.
2. Huang Yi, Zhao N. The mental health burden of the COVID-19 outbreak in China: who will be at high risk? Psychol. honey. 2022; 1-12.
3. Chu NEWS, Lee GKH, Tang BYK et al. Multinational, multicenter study of psychological effects and associated physical symptoms among healthcare workers during the COVID-19 outbreak. Immunology of Brain Behavior. 2020; 88: 559-565.

4. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The effect of inadequate safety equipment on mental health. *Occupational medicine*. 2022; 70 (4): 278-281.
5. Bo XX, Li W, Yang Wu et al. PTSD symptoms and attitudes towards mental health crisis services among clinically stable COVID-19 patients in China. *Psychol Med*. 2022; 27: 1-2.
6. Romero-Sánchez CM, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E, et al. Neurological manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBAKOVID register. *Neurology*. 2020; 95 (8): e1060-e1070.
7. Ahmed H., Patel K., Greenwood DK, et al. Long-term clinical outcomes in severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus survivors after hospitalization or admission to an intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabilitation med*. 2020; 52 (5): jrm00053.
8. Vittori A, Lerman J, Cascella M, et al. Survivors of the COVID-19 acute respiratory distress syndrome pandemic: pain after a storm? *Blood test*. 2020 Jul; 131 (1): 117-119.
9. Havelot H., Weiner L. Panic and Pandemic: Literature Review on Panic and SARS-CoV-2 Epidemic [Panic and Pandemic: Literature Review on the Association between Panic Disorder and SARS-CoV-2 Epidemic]. *Encephaly*. June 2020; 46 (3 C): S93-S98.
10. Chaisler ME, Lane RI, Petroski E et al. Mental Health, Substance Use and Suicidal Thoughts During the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020. *MMWR Fatally ill, Rep*. 2020; 69: 1049-1057.
11. Liang L, Gao T, Ren H, et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youth following the COVID-19 emergency. *J Health Psychol*. 2020; 25 (9): 1164-1175.
12. Gao Jay, Zheng P, Jia Wu et al. Mental health problems and social media exposure during the COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020; 15 (4): e0231924.

13. Wang S, Pan R, Wang X et al. Longitudinal study of mental health in the general population during the COVID-19 epidemic in China. *Immunology of Brain Behavior*. 2020; 87: 40-48.
14. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. The COVID-19 pandemic in Italy: Validation of the PTSD questionnaire and the prevalence of PTSD symptoms. *Int J Environment & Public Health*. 2020; 17 (11): 4151.
15. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, et al. Mental health implications of the early 2020 coronavirus (COVID-19) pandemic in Spain. *Immunology of Brain Behavior*. 2020; 87: 172-176.
16. Abbasi J. Social isolation is another COVID-19 threat in nursing homes. *JAMA*. 2020; 324 (7): 619-620.
17. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, et al. An upward trend in distress and psychiatric symptoms in pregnant women during the 2019 coronavirus disease pandemic. *Acta Obstetrician - Gynecologist*. 2020; 99: 848-855.
18. Hao F, Tang W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during the COVID-19 pandemic and isolation? Case-control study with practical and research implications for immunopsychiatry. *Immunology of Brain Behavior*. 2020; 87: 100-106.
19. Xiang IT, Zhao Yu, Liu Zh, et al. COVID-19 Outbreak and Mental Hospitals in China: Solving Problems with Mental Health Service Reform. *Int J Biological Sciences*. 2020; 16 (10): 1741-1744. Published on March 15, 2020.
20. Zhou Jay, Liu L, Xue P, et al. Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. *Am Jay Psychiatry*. 2020; 177 (7): 574-575.

ПОГРУЖЕНИЕ В ТВОРЧЕСКУЮ СРЕДУ ВУЗА КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ.

Альшевская В.А.

*Отдел по работе с иностранными студентами
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Данная работа посвящена проблеме психологического здоровья иностранных студентов, обучающихся в КемГМУ. Одним из решений этой проблемы является вовлечение их в творческую среду вуза. В статье описан опыт участия зарубежных обучающихся в творческих мероприятиях и положительное влияние на эмоциональное состояние студентов.

Ключевые слова: психологическое здоровье, студенческий возраст, иностранные студенты, творческая деятельность, концертная деятельность, эмоциональное состояние.

IMMERSION IN THE CREATIVE ENVIRONMENT OF THE UNIVERSITY AS ONE OF THE WAYS TO PRESERVE THE PSYCHOLOGICAL HEALTH OF FOREIGN STUDENTS.

Alshevskaya V.A.

*International Department
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. This work is devoted to the problem of the psychological health of foreign students studying at the KemSMU. One of the solutions to this problem is to involve them in the creative environment of the university. The article describes the experience of participation of foreign students in creative events and the positive impact on the emotional state of students.

Keywords: psychological health, student age, foreign students, creative activity, concert activity, emotional state.

В настоящее время очень актуальным и до конца не изученным является вопрос о сохранении и поддержании психологического состояния молодёжи. Студенческий возраст является самым эмоционально-ярким периодом в жизни любого человека. Несмотря на большое количество позитивных эмоций, которые получают студенты в этот период, они так же очень подвержены стрессу. Стресс, в свою очередь, связан с экзаменами, необходимостью личностного самоопределения в будущей профессиональной среде. Что касается иностранных студентов, прибывших для обучения в РФ, то можно смело утверждать, что из-за многих видов адаптации (физиологической, психологической, социальной, культурной) [2] иностранные обучающиеся чаще сталкиваются со стрессом.

На протяжении многих лет отечественные и зарубежные исследователи доказывают, что стресс и его последствия составляют серьёзную угрозу психическому здоровью личности.

О.В. Хухлаева активно занимается вопросами психологического здоровья человека. Исследователь идентифицирует психологическое здоровье как «динамическую совокупность психических свойств, которые обеспечивают гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом и возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности» [7].

Цель поддержки психологического здоровья студента является задачей государственной важности, так как от его состояния зависит желание познания окружающего мира, умение выполнять социальные и семейные роли. В интересах государства, как принимающей стороны, обеспечить комфортные

условия для проживания и обучения на время прибытия студентов на территории РФ.

Несомненно, состояние психологического состояния зависит от активности самого студента. Сопереживание, самопознание, самопонимание, саморегуляция, саморазвитие, ответственность - это способы сохранения психологического здоровья, которыми студент может успешно пользоваться. Все эти способы требуют немалых усилий и работы над собой [6]. Не исключено, что иностранные обучающиеся обладают достаточно высоким уровнем саморегуляции и самоорганизации, но, проникая в чужое социокультурное пространство, им приходится в процессе адаптации усваивать новые нормы общения, ведения дел, пути самореализации и т.д.[4]

Помимо данных рефлексивных механизмов сохранения психического состояния, условия, созданные образовательной организацией и преподавателями также будут влиять на эмоциональное состояние студентов. И.А. Баева утверждает, что здоровье студента возможно сохранить только в атмосфере душевного комфорта, благоприятных социально-психологических условий в образовательной организации [1]. Психолого - педагогическая среда образовательной организации обеспечивает условия сохранения и укрепления здоровья. Основными условиями являются: безопасность образовательной среды, психологическое просвещение, воспитательная работа, компетентность преподавателей в построение учебных курсов и др [6].

Исследователь Дорофеева Е. В. утверждает, что одним из эффективных способов сохранения психологического здоровья студентов из всех прочих является погружение в творческую среду вуза, принятие для себя осознанных возможностей самореализации в учебной, информационной, профессиональной сферах в процессе включения в разнообразные виды деятельности (общественные лаборатории, научные сообщества, клубы по интересам,

проектные команды и др.) посредством создания открытой и доступной информационной среды [3].

Творческую среду университета следует рассматривать как «педагогический феномен сложной природы, многокомпонентный и многофакторный, представляющий собой совокупность как социальных и духовных, так и предметно-материальных феноменов, т.е. все окружение, присущее процессу обучения». [5, С.10]

Культурно-творческая среда Кемеровского государственного медицинского университета представлена уникальной творческой экосистемой, включающая более 20 студенческих творческих объединений, курируемых как непосредственно университетом, так и профсоюзной организацией обучающихся.

Иностранные студенты активно вовлекаются в работы студенческих творческих организаций. Тем самым у студентов появляется сфера взаимодействия, которая выступает как своего рода референтная группа, обеспечивающая открытое, творческое, неформальное общение.

Наибольшей популярностью у студентов пользуется студенческий клуб, и зарубежные студенты с большим интересом погружаются в творческую атмосферу создания концертной программы. Их активное участие отмечено призовыми местами на областном уровне. Они стремятся проявить свой талант в таких направлениях как: хореография, вокал, оригинальный жанр, журналистика и т.д. На сцене происходит настоящий «диалог» разных культур, где связующим звеном становится Россия и русская культура. Обучающиеся с энтузиазмом исполняют русские народные танцы, поют песни и ставят мини-театрализованные представления на русском языке. Этот процесс приобщает их к русской культуре и совершенствует их навыки владения русским языком. Параллельно студенты с удовольствием показывают национальное культурное богатство своего народа посредством танцев, песен, стихотворений,

демонстрацией национальных костюмов. На сцене Кемеровского государственного медицинского университета во время концерта наблюдается сближение культур Индии, Египта, Судана, Йемена, Кот-д'Ивуара, Нигерии, Пакистана, Сирии и России.

Иностранные обучающиеся с энтузиазмом принимают участие в работе Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики». Волонтеры-медики оказывают помощь персоналу медучреждений, сопровождают спортивные и массовые мероприятия, повышают уровень медицинской грамотности населения, занимаются профилактикой заболеваний, содействуют развитию донорства крови и популяризации здорового образа жизни, ведут профориентационную работу среди школьников. Тем самым иностранцы расширяют свои горизонты за счет поездок в другие города Кемеровской области и России на различные мероприятия и форумы.

Профсоюзная организация вовлекает в свою обширную программу мероприятий иностранных студентов. Ежегодно иностранцы становятся участниками и победителями викторин, конкурсов, приуроченных к значимым датам нашей страны. Тем самым они знакомятся с историей, традициями России. Несомненно, общение со сверстниками тоже положительно сказывается на эмоциональном состоянии зарубежных обучающихся.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать следующие **Заключение**: важно сохранить психологическое здоровье, потому что его нарушение может привести к несчастным случаям, нарушению питания, режима дня, стать причиной расстройств социального функционирования, усложнить взаимоотношения и взаимодействия между близкими людьми. Также могут быть проблемы с соматическим и психическим здоровьем, нарушению адаптации и прочим множественным проблемам, которые существенно повлияют на жизнь человека. Творческая образовательная среда Кемеровского государственного медицинского университета располагает множеством

ресурсов для создания комфортного обучения иностранных студентов в вузе. Кроме того, за несколько лет уже накоплен успешный опыт интеграции иностранных обучающихся в культурно-творческую среду, и наблюдается положительное влияние на эмоциональное состояние этих студентов.

Литература/ References

1. Баева, И.А. Психологическая безопасность в образовании / И.А. Баева. - СПб.: Образование-Культура, 2005. – 190 с.
2. Гладуш А.Д., Трофимова Г.Н., Филиппов В.М. Социально-культурная адаптация иностранных граждан к условиям обучения и проживания в России: учебное пособие. – М.: РУДН, 2008. – 146 с.
3. Дорощева Е.В. сохранение психологического здоровья обучающихся в образовательной среде профессионального учебного заведения // Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2019. №3 (84). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sohranenie-psihologicheskogo-zdorovya-obuchayuschih-sya-v-obrazovatelnoy-srede-professionalnogo-uchebnogo-zavedeniya> (дата обращения: 02.04.2023).
4. Кирсанова А.С. Психологическое здоровье иностранных студентов: от адаптации до самореализации // Grand Altai Research & Education. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-inostrannyh-studentov-ot-adaptatsii-do-samorealizatsii> (дата обращения: 02.04.2023).
5. Перепелкин Валерий Викторович Творческая образовательная среда как эффективное условие подготовки будущих учителей // Научный журнал КубГАУ. 2011. №72. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tvorcheskaya-obrazovatelnaya-sreda-kak-effektivnoe-uslovie-podgotovki-buduschih-uchiteley> (дата обращения: 02.04.2023).
6. Смирнова, Н.С., Брюханова, А.Д. Сохранение психологического здоровья студентов : материалы региональной научно-практической

конференции «Вторые калужские университетские чтения. – Калуга, 2020. – С. 305-311.

7. Хухлаева, О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 176 с.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВЫРАЖЕНИЙ ЭМОЦИЙ

Арапова О.И

*Кафедра психологии, педагогики и правоведения
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики
и управления «НИНХ», Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. Эмоции сложный и многоаспектный феномен. Существует несколько взглядов на происхождение эмоций, базирующихся на теории об эмоциях: эмоции, как следствие физиологической реакции личности; эмоции, как причина физиологической реакции; эмоции как следствие эволюции человека и эмоции, как социально обусловленный феномен.

Ключевые слова: эмоции, восприятие, исследование, выражение эмоций, функции эмоций.

THE HISTORY OF STUDYING THE PERCEPTION OF EXPRESSIONS OF EMOTIONS

Arapova O.I.

*Department of Psychology, Pedagogy and Jurisprudence
Novosibirsk State University of Economics and Management, Russia, Novosibirsk*

Abstract. Emotions are a complex and multidimensional phenomenon. There are several views on the origin of emotions based on the theory of emotions: emotions as a consequence of the physiological reaction of an individual; emotions as the cause of a physiological reaction; emotions as a consequence of human evolution and emotions as a socially conditioned phenomenon.

Keywords: emotions, perception, research, expression of emotions, functions of emotions.

Проблема восприятия выражения эмоций является актуальной в современной психологической науке. Зарубежными и отечественными психологами проводятся исследования, направленные на получение новых знаний по заданной проблематике.

Феномен эмоций в настоящее время подвергается тщательному изучению, так как эмоции тесно связаны с многими факторами, оказывающими влияние на нашу жизнь. В психологическом словаре эмоции трактуются, как особый класс психических процессов и состояний, которые связаны с инстинктами, потребностями и мотивами, отражающимися в форме непосредственного переживания действительности [10, С. 561-563]. Эмоции, согласно А.Я. Леонтьеву, это субъективные реакции человека и животного на возникающие внешние раздражители, проявляющиеся в форме радости, печали, удовольствия или неудовольствия. Другими словами, эмоции проявляются в определенных психических переживаниях, основываются на субъективном опыте личности [5, С. 78].

Функции эмоций играют важнейшую роль в жизни человека, например, сигнальная функция. Человек реагирует на более значимые ситуации для него более сильными эмоциями, и наоборот. По мнению А. Н. Леонтьева эмоции отвечают на вопрос «для чего мы совершаем то или иное действие», таким образом эмоции определяют мотив действия [14, С. 57-79]; Оценочная функция выражается в оценке событий, и в формировании отношения к сложившейся ситуации. Таким образом, оценивая ситуацию, человек либо её избегает, либо старается в ней находиться. Эмоции служат пусковым механизмом для деятельности, сопровождают практически любую активность человек. Во время эмоциональных переживаний ситуативно может происходить нарушение

деятельности, демонстрируя дезорганизирующую функцию эмоций. Э. Клапаред писал о том, что эмоции способны нарушать целенаправленную деятельность [9, С. 35]; регулирующую функцию описывал П. В. Симонов [16, С. 57-59], говоря о том, что эмоции влияют на накопление опыта личности, и оставляют след в опыте индивида, закрепляя там более значимые события, вызвавшие более сильную эмоциональную реакцию. Функция аварийного выхода - под этой функцией подразумевают возможность решения проблем, с помощью выхода эмоций. Таким образом, человек, выражая эмоции, уменьшает силу эмоционального переживания. П.К. Анохин акцентировал внимание на приспособительной функции. По его мнению, эмоции имеют приспособительное значение. С помощью них мы понимаем, насколько успешна деятельность, опасен или не опасен объект [1, С. 54]. Переключательная функция показывает, что эмоция, возникающая, как реакция на какое-либо событие, часто способна изменить наше поведение. Данная функция эмоций проявляется при борьбе мотивов, при определении доминирующей потребности личности.

Функция становления и организации субъективного процесса освещена в работах В. Вундта. По его мнению, ряд эмоций, воспринимаемых последовательно, друг за другом сливаются в общие переживания. В силу слияния чувств мы воспринимаем эмоции не мозаично, а целостно. Таким образом, эмоции выступают синтезирующей основой образа [12, С. 61]. Важная функция эмоций – коммуникативная, любая эмоция имеет внешнее проявление: речь, поза, жесты, мимика, с помощью которых мы передаем информацию своему собеседнику. Именно эти проявления являются основой межличностных взаимоотношений, также, эмоции через переживание выражают взаимоотношения человека и с миром. Свои переживания человек транслирует во внешний мир с помощью мимических и пантомимических

выразительных движений. Мимика, поза, интонация, жесты являются основным средством выражения эмоций.

Результаты проведенных психологических исследований показали, что основной источник информации в процессе общения - невербальный канал коммуникации. Больше всего невербальной информации предоставляет информации лицо человека. Распознавание эмоций происходит прежде всего с помощью выражения лица человека. Таким образом, можно сказать, что лицо является основным источником информации в экспрессивном поведении личности.

Изучение проблемы восприятия выражения эмоций связано непосредственно с общей теорией эмоций и имеет несколько подходов [6, С. 59], [3, С. 11-15].

Первый подход, сторонником которого является В. Вундт, рассматривает выражение эмоций, как внешнее проявление, сопровождающее эмоциональное переживание личности [4, С. 120]. Эмоция, возникающая в сознании человека с помощью ассоциации, вызывает более простое ощущение, которое в свою очередь сопровождается мимическими и пантомимическими выражениями человека. Он полагал, что все сложные эмоциональные переживания человека проявляются путем комбинирования трех пар простейших эмоциональных состояний: удовольствие/ неудовольствие, напряжение/ разрядка, возбуждение/ успокоение.

Второй подход в понимании процессов восприятия выражения эмоций был представлен в периферической теории эмоций У. Джеймса и К. Ланге. Согласно периферической теории, выражение эмоций является лишь рефлекторной реакцией личности, которая способствует изменениям в организме человека. Физиологические изменения в организме, по мнению У. Джеймса и К. Ланге, являются не следствием, а причиной возникновения эмоций [8, С. 20-31]. Таким образом, эмоциональное переживание, согласно

периферической теории, это совокупность ощущений, которые испытывает человек в следствие физиологических изменений в организме. Восприятие возникшей эмоции описывается, согласно периферической теории, как процесс осознания и осмысления изменений, происходящих в организме. На основе этой теории, можно предположить, что у человека появляется возможность управлять своими эмоциями и чувствами. Для того, чтобы испытать то, или иное чувство, достаточно просто совершать физические действия, характерные для этой реакции. Например, чтобы испытать радость, нужно улыбнуться.

Согласно этой концепции, позже, проводились психофизиологические исследования, результаты которых показали, что возникновение эмоции не сводится только лишь к физиологическим реакциям личности.

Также существует точка зрения о социальной обусловленности эмоций. Так, отечественный исследователь С. Л. Рубинштейн отмечал, что восприятие эмоции происходит благодаря ориентации человека на собственный внутренний опыт [15, С. 303-309]. Другими словами, считывая информацию (об эмоции), человек соотносит ее с собственным опытом, после чего, по аналогии, категоризирует эмоцию. Таким образом, можно сказать, что выражение эмоций социально обусловлено, так как опыт личности строится на основе взаимоотношений с другими людьми, а также существуют некоторые стереотипы проявления эмоций, заложенные социумом.

До XVIII века ученые верили в прямую связь между чертами лица и характером человека. Предпосылкой возникновения интереса к проблеме изучения восприятия выражения эмоций считается наука физиогномика, созданная Аристотелем. В XVIII веке И.Г. Лафатер разработал новый подход к этой науке. В своей работе «Библия физиогномики» он высказывал предположение о том, что выражение лица человека, подобно книге поддается чтению. Труд И.Г. Лафатера сыграл важную роль в процессе понимания

выражения эмоций, хоть его работа и основывалась лишь на субъективном представлении автора об эмоциях [13, С. 30].

Важный вклад в понимание восприятия выражения эмоций внес Ч. Дарвин [7, С. 337-345]. При изучении данного вопроса, Ч. Дарвин использовал два подхода: биологический и социальный. В своей работе «Выражение эмоций у человека и животных» он отмечал, что мимика и жесты, во многих проявлениях, формировались в ходе эволюции. В результате проведенных исследований, он обнаружил, что мимические проявления эмоций у человека берут свое начало от аналогичных движений наших предков. Кроме того, исследование мимических выражений определило схожесть выражений лица человека и животного.

В России, физиолог И. М. Сеченов также развивал идею о эволюционном развитии мимики. Кроме того, он установил, что сокращение лицевых мышц является сочетанием унаследованных движений и что сложные мимические движения развиваются методом сочетания простых. Он определял мышечные движения, как универсальный способ выражения всех нервных процессов.

В. М. Бехтерев определил подкорковые механизмы выражения экспрессии и доказал роль таламуса в регуляции произвольных мимических проявлений. Во второй половине двадцатого века были проведены исследования, результаты которого доказали роль лимбической системы в регуляции экспрессии.

Мимика и жесты, как элементы выражения эмоций являются одной из первых невербальных систем. Появление у ребенка понятных жестов и выражений лица, без специального обучения, может говорить о том, что способы выражения эмоций обусловлены генетически. Также было проведено исследование мимики слепых и зрячий детей. Результаты исследования показали, что мимика слепых и зрячих одинакова, однако, мимика слепых детей не поддается развитию и совершенствованию. Таким образом можно

сделать вывод о наличии важной роли и биологического и социального фактора в процессе формирования невербального поведения.

Против биологической обусловленности эмоциональных реакций человека выступал П.Ф. Лесгафт. По мнению П.Ф. Лесгафта мимические выражения эмоций являются социально обусловленным феноменом. Именно идея о социальной обусловленности эмоций была предпосылкой гипотезы о наличии культурных различий в выражении эмоций.

Сторонник идей Ч. Дарвина, зарубежный исследователь Х. Темброк отмечал, что совершенствование мимики у животных напрямую было связано с коммуникабельностью. Сначала в экспрессии стали преобладать намерения, далее - эмоции положительные и отрицательные. Возникновение той или иной эмоции было обусловлено удовлетворением, или не удовлетворением намерения. Благодаря развитию лицевых мышц, мимика совершенствовалась и преобразовалась в лицевую экспрессию. Таким образом, была сформирована новая функция мышц лица- отражение психического состояния личности [12, С. 578-583].

Также, было проведено исследование зарубежного психолога М. Шермана, при подготовке к которому он снял видео, где были изображены эмоции новорожденных в нескольких ситуациях: укол булавкой ребенка, состояние голода, падение с небольшой высоты и ограничение движений головы. Затем он показывал видео врачам, студентам, няням при разных условиях: демонстрировал фильм полностью, и эмоциональные реакции и ответ на них; демонстрировал только эмоции детей; демонстрировал эмоциональные реакции, не соответствующие предъявляемой ситуации. В первом случае практически все правильно дифференцировали эмоции, когда знали и ситуацию, и ответ на нее. Во втором случае наблюдатели не могли дифференцировать эмоцию, и называли чаще одну: гнев. В третьем случае наблюдатели ориентировались на ситуацию, а не на эмоции, возникающие в

ответ ситуации, соответственно дифференцировать эмоцию было несколько сложнее. На основании полученных результатов был сделан вывод о том, что для наиболее точного восприятия выражения эмоций необходимо знание и ситуации, и внешнего проявления. Взаимосвязь этих двух факторов зарубежный исследователь К. Изард охарактеризовал как «аффективно-когнитивные структуры».

Также, необходимо упомянуть сущность феномена «когнитивные схемы эмоций», под которым подразумевается набор признаков, с помощью которых та, или иная эмоция подвергается идентификации. Иными словами, это набор информации, благодаря которой человек определяет наличие той, или иной эмоции (распознает эмоцию). При распознавании своей эмоции, человек ориентируется на собственный опыт, сопоставляя ситуацию с ранее происходившими, и сравнивая эмоцию с теми реакциями, которые возникали на подобную ситуацию в прошлом. Распознавание эмоций других людей происходит при помощи внешних проявлений эмоций: мимика, поза, изменчивость речи и поведения, жесты. Также при распознавании эмоций учитывается ситуация, которая является причиной эмоциональной реакции личности. Данные факторы учитываются в сочетании, так как эмоцию можно точно идентифицировать только в соотношении контекста и внешнего её проявления. На эту тему было проведено исследование А. С. Золотняковой, результаты которого показали, что для ребенка проявление эмоций становится сигнальным только в контексте ситуации и обстоятельств [11, С. 11-16].

При восприятии выражения эмоций важно учитывать индивидуальные факторы. Исследователи Н. Д. Былкина и Д. В. Люсин писали о том, что зачастую люди предъявляют разные эмоциональные реакции на похожие ситуации, несмотря на то, что преследуют одинаковую цель. В выборе предъявляемой эмоции существенную роль играют личностные особенности человека: характер, темперамент и т.д. Также огромную роль играет

физическое состояние человека в определенной ситуации. Таким образом, при восприятии выражения эмоций необходимо учитывать дополнительные факторы, такие как: индивидуальные особенности личности, особенности его культуры, физическое и психическое состояние, в котором находится человек в момент проявления эмоциональной реакции. Эти дополнительные факторы авторы назвали «медиаторами». Распознавая эмоции других людей, человек ориентируется на «когнитивные модели эмоций». Данные модели упрощают распознавание эмоций. Идентификация, в случае ориентации на когнитивные модели, происходит с помощью уже существующего «шаблона» эмоции [2, С. 38-48].

С конца XIX века появляются предпосылки изучения восприятия и выражения эмоций людей, находящихся в разных культурах. В 1886 году было опубликовано исследование П. Мантегацци, результаты которого показали, что эмоции являются культурно обусловленным феноменом, и особенности проявления и выражения эмоций различаются в разных культурах. В 1960 году П. Экман, У. Фризен провели ряд исследований для выявления универсальности восприятия эмоций в разных культурах. Результаты исследования показали высокий уровень схожести при идентификации шести эмоций в разных культурах: гнев, страх, радость, отвращение, печаль [17, С. 49–98]. Полученные результаты позволили предположить, что существуют универсальные эмоции, которые одинаково интерпретируются в разных культурах.

Зарубежный исследователь К. Изард провел подобное исследование в других странах и получил схожие результаты [18, С. 997–1013]. К. Изард предположил, что схожая интерпретация эмоций может быть связана с тем, что в исследовании участвовали индустриальные культуры. Исследователь решил проверить возможно ли получить схожие результаты, исследовав культуры, в которых не существует письменности. Данный эксперимент повторили в

культурах, которые не имеют письменности. Эксперимент был немного изменён, учитывая особенности культуры испытуемых. В результате проведенного эксперимента были получены данные схожие с результатами эксперимента в индустриальных культурах (испытуемые схожим образом интерпретировали те же шесть эмоций). Таким образом, на основании проведенных экспериментов, а также результатов уже существующих исследований (слепых и зрячих детей, например) был сформулирован вывод о том, что существует определенный набор универсальных эмоций, распознавание которых не отличается у представителей разных культур. Существование универсальных эмоций совсем не означает, что не существует различий в восприятии, выражении и переживании эмоций среди представителей различных культур. Дальнейшие исследования в восприятии других эмоций позволили сделать вывод, что культурная принадлежность человека оказывает влияние на различные аспекты эмоций.

Изучение восприятия выражения эмоций - актуальный вопрос в современной психологической науке. Эта проблема тесно связана с феноменом эмоций и с процессом восприятия. Выражение эмоций имеет тесную связь с коммуникативной функцией эмоций, так как именно с помощью данной функции происходит процесс обмена информацией с внешним миром.

Литература/ References

1. Анохин П.К. Психология эмоций. М.: Изд-во «Окей-книга», 2007. 312 с.
2. Былкина Н.Д., Люсин Д.В. Развитие представлений детей об эмоциях в онтогенезе. Вопросы психологии. 2000. Вып. 1. С. 38-48.
3. Величковский Б.М., Зинченко В.П., Лурия А.Р. Психология восприятия. М.: Москва 1992. 311 с.
4. Вундт В. Проблемы психологии народов. М.: Изд-во «Либроком», 2010. 288 с.

5. Гиппенрейтер Ю.Б., Фаликман М. В. Психология мотиваций и эмоций: Хрестоматия. М.: «АСТ», 2009. 704 с.
6. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. М.: АСТ, Харвест. 1998. 423 с.
7. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных: Психология-классика. СПб.: Питер, 2001. 384 с.
8. Джеймс У. Что такое эмоция? М.: Изд-во «Генезис», 2002. 328 с.
9. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности: учеб. пособ. СПб.: 2000. 357 с.
10. Зинченко В.П. Большой психологический словарь. 2-е изд. М.: АСТ, Прайм-Еврознак, 2008. 632 с.
11. Золотнякова А.С. Восприятие человека и развитие представлений о нем у ребенка-дошкольника. Л.: ЛГУ, 1978. 236 с.
12. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 750 с.
13. Лафатер И. Сто правил физиогномики. М.: Изд-во «Мир Урании», 2008. 152 с.
14. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции // Психология мотивации и эмоций: учебное пособие / ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. Издание 2-е, стереотипное. Москва: ЧеРо: Омега-Л: МПСИ, 2006. С. 57-79.
15. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: учебное пособие. СПб.: Издательство «Питер», 2000. 720 с.
16. Симонов П.В. Адаптивные функции эмоций // Физиология человека, 2002. Вып. 3. С. 57-59.
17. Ekman, P., & Friesen, W. V. The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. // Semiotica, - 1991. -P. 49–98.
18. Izard, C. E., Fantauzzo, C. A., Castle, J. M., Haynes, O. M., Rayias, M. F., & Putnam, P. H. The ontogeny and significance of infants' facial expressions in

the first 9 months of life // Developmental Psychology, - 1995, - Vol. 31(6), - P. 997–1013.

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ЗНАЧИМАЯ
СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭКСПРЕССИИ В КОНТЕКСТЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Бреус А.В., Дорошенко С.А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – к.и.н., доцент Г.В. Акименко*

Аннотация. Статья посвящена проблеме эмоционального интеллекта. Авторами были проанализированы научные работы, посвященные различным аспектам эмоционального интеллекта, определены основные теоретические позиции по определению структуры эмоционального интеллекта. Цель работы: определить уровень эмоционального интеллекта сотрудников подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Для определения уровня сфорсированности эмоционального интеллекта нами было проведено тестирование по методике Н. Холла. На основе полученных результатов сделан вывод о том, что уровень отдельных компонентов эмоционального интеллекта выше среднего и это не может являться препятствием к развитию коммуникативных навыков медицинских работников.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, управление своими эмоциями, самомотивация, социономические профессии, диагностика Н. Холла.

**EMOTIONAL INTELLIGENCE AS A COMPONENT
OF EMOTIONAL EXPRESSION IN THE CONTEXT
OF PROFESSIONAL ACTIVITIES OF MEDICAL STAFF**

Breus A.V., Doroshenko S.A.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – PhD in History, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. The article is devoted to the problem of emotional intelligence. The authors analyzed scientific works devoted to various aspects of emotional intelligence, identified the main theoretical positions on determining the structure of emotional intelligence. The purpose of the work: to determine the level of emotional intelligence of employees of the departments of the GAUZ KKDC named after I.A. Kolpinsky. To determine the level of forced emotional intelligence, we conducted testing according to the method of N. Hall. Based on the results obtained, it was concluded that the level of individual components of emotional intelligence is above average and this cannot be an obstacle to the development of communication skills of medical workers.

Keywords: emotional intelligence, control of one's emotions, self – motivation, socioeconomic professions, N. Hall's diagnostics.

Эмоциональный интеллект – это распространённое понятие, применяемое специалистами многих областей наук. Подразумевает под собой способность человека понимать свои собственные эмоции и эмоции людей, с которыми он взаимодействует [8]. В современном обществе возрастают требования к коммуникативным навыкам специалистов, и эмоциональный интеллект – основа формирования профессиональных навыков, особенно в профессиях с высоким уровнем социального взаимодействия. Социально-экономические профессии в отечественной психологии получили наибольшую известность [4]. Предметом изучения, изменений, развития и обслуживания этих профессий являются

люди, субъект – субъектный тип профессий. Они характеризуются интенсивными межличностными отношениями, стрессогенностью, высокой степенью ответственности. Это, несомненно, накладывает отпечаток на личность специалиста и требует затраты внутренних ресурсов.

Итак, профессии социономического типа характеризуются следующим:

Объект деятельности – человек, социальные группы, сообщества.

Вид деятельности – медицинское обслуживание, обучение и воспитание, социальное и бытовое обслуживание, информационное обслуживание, руководство и другое.

Цель деятельности – обучение, адаптация и социализация личности, достижение высокого качества жизни и благополучия, сохранение здоровья психологического и физиологического.

Для данных профессий человеку необходимо обладать определенными личностными качествами, таких как ответственность, готовность к самосовершенствованию и самореализации, способность к организации своей работы и работы других людей, умение слушать и слышать и доброжелательность к людям. Более высокий индивидуальный эмоциональный интеллект имеет несколько предполагаемых преимуществ, таких как снижение стресса, выгорания и повышение удовлетворенности работой. Деловой мир признает, что EI полезен с точки зрения производительности и результатов [9].

Условия труда представителей социономических профессий сложные. Это как повышенное нервно – психическое напряжение, необходимость в переключении с одного вида деятельности на другой, речевая ответственность, так и повышенная моральная ответственность на постоянной основе. Особенности профессиональной деятельности, высокий самоконтроль, интенсивная психоэмоциональная деятельность, психическая напряжённость, высокая когнитивная сложность, приводят к эмоциональному выгоранию и профессиональным заболеваниям [1,2,7].

Схожие исследования среди студентов показали, что наибольшее количество студентов имели средний уровень эмоционального интеллекта по всем исследуемым шкалам. Что в контексте медицинских профессий является объектом для серьезной педагогической работы [6].

Исследования среди среднего медицинского персонала Нижневартовска показали недостаточное их владение коммуникативными умениями и навыками, что чаще приводит к истощению и эмоциональному выгоранию [3].

Онлайн – опрос сотрудников различных медицинских организаций показал, что большинство сотрудников имели средний уровень эмоционального интеллекта, меньшее количество сотрудников имели высокий уровень эмоционального интеллекта и небольшая часть сотрудников имели низкий уровень [5].

Цель исследования – изучение эмоционального интеллекта среди медицинского персонала.

Материалы и методы. Дизайн исследования: одномоментное сплошное исследование. В исследовании участвовал 41 медицинский работник различных возрастов подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Критерии включения в исследование: трудовая деятельность на базе ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, проживание на территории Кемеровской области, желание участвовать в исследовании. Критерии не включения в исследование: трудовая деятельность в других медицинских учреждениях, проживание за пределами Кемеровской области, нежелание участвовать в исследовании. Работникам учреждения была предложена диагностика «Эмоционального интеллекта» (Н. Холла). Тест на эмоциональный интеллект представляет собой опрос, показывающий, насколько человек владеет собственными чувствами, понимает чувства других, контролирует их и умеет применять в решении практических задач.

Тест Н. Холла состоит из высказываний, которые человек относит или не относит к своей жизни. Подсчитывая баллы, определяется уровень эмоционального развития.

Результаты и их обсуждения.

Тестирование было пройдено 41 медицинским работником различных возрастов подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Высказывания теста сгруппированы по пяти шкалам, которые посвящены эмоциональной осведомленности, управлению своими эмоциями, самомотивации, эмпатии и распознаванию эмоций других людей. Также по каждой шкале высчитывается сумма баллов с учетом выбранного варианта ответа. Результаты эмоционального интеллекта среди медицинских сотрудников по шкалам представлен на рис 1.

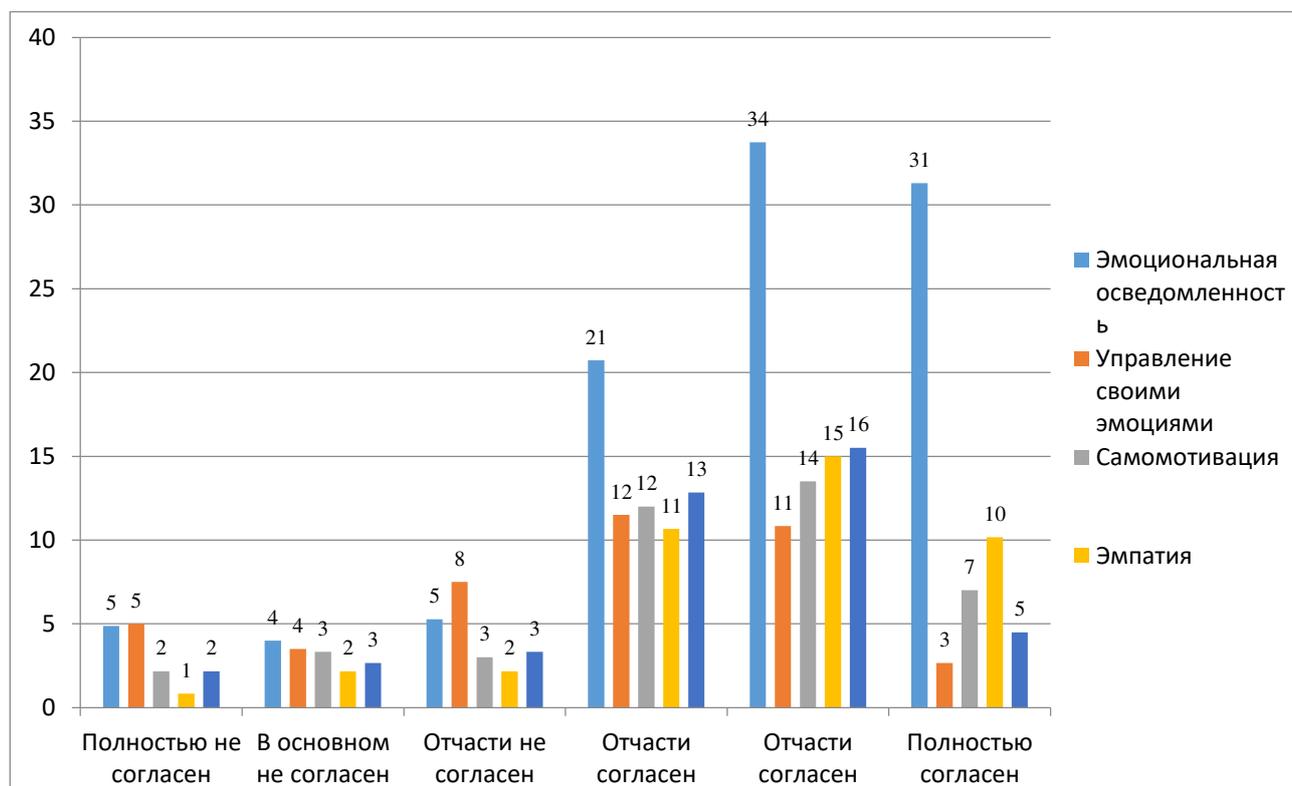


Рис 1. Результаты эмоционального интеллекта среди медицинских сотрудников по шкалам (%).

По результатам проведенного исследования было получено, что 34% медицинских работников были полностью не согласны с высказываниями, касающимися эмоциональной осведомленности. В то время как, 31% были полностью согласны с предложенным суждением. Также в основном не согласны – 4%, отчасти не согласны – 5%, отчасти согласны – 5%, в основном согласны – 21%. Данные показатели свидетельствуют о том, что большинство медицинских работников данной организации недостаточно осведомлены о своём внутреннем состоянии, они не осознают и не понимают своих чувств.

По шкале «управление своими эмоциями» было установлено, что полностью согласны с высказываниями данной тематики всего 7% опрошенных, в основном согласны – 21%, отчасти согласны – 28%, отчасти не согласны – 18%, в основном не согласны – 9%, а полностью согласны – 26%. Данная шкала характеризует эмоциональную гибкость и отходчивость, способность медицинского работника произвольно управлять своими эмоциями и чувствами. Такие показатели говорят о слабом эмоциональном контроле своих переживаний медицинскими работниками подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского.

Следующая группа высказываний посвящена самомотивации и согласно результатам проведенного тестирования, было получено, что полностью согласны с суждениями 17% медицинским работников, в основном согласны – 33%, отчасти согласны – 29%, отчасти не согласны – 8%, в основном не согласны – 8% и полностью не согласны 5%. Полученные результаты не могут не радовать, ведь это говорит о целеустремленности, решительности и стабильности личности, а эти качества являются неотъемлемой частью работы медицинского работника для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Эмпатия – это способность понимать эмоции других людей, сопереживать им и уметь оказать помощь, если это необходимо. По данной

шкале полностью согласных с высказываниями этой тематики выявлено 25% от числа всех опрошенных, в основном согласны – 37%, отчасти согласны – 26%, отчасти не согласны – 5%, в основном не согласны – 5%, полностью не согласны – 2%. Полученные результаты свидетельствуют об умении переживать чувства других людей, преобладающим среди сотрудников медицинской отрасли.

Воздействовать на состояние других людей, согласно данным опроса уверенно способны 11%. Данное качество не в полной мере развито у 38% опрошенных. 31% респондентов очень сомневаются в озвученной характеристике. 8% отчасти не согласны с заключениями тестирования. На 1% меньше в основном не согласных опрошенных. И только 5% среди сотрудников совсем не могут воздействовать на состояние пациентов и других людей.

Заключение. Согласно результатам, полученным благодаря участию медицинского персонала подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского в прохождении тестирования Н. Холла эмоциональный интеллект выше среднего. Данные показатели говорят о необходимости развития восприятия собственных эмоций, навыков управления ими, а также способности понимать и чувствовать эмоции других людей, уметь оказывать помощь.

Литература/ References

1. Доценко О.Н Эмоциональная направленность представителей социономических профессий с различным уровнем выгорания // О.Н. Доценко // Автореферат...канд. психол. наук: 19.00.03. Москва, 2008. 28 с.
2. Зеер Э.Ф. Психология профессий. Учеб. пособие для вузов. – 2 – е изд., перераб., доп. М.: Академический проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. 336 с. 8. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов – наДону: Феникс, 1996. 512 с

3. Ибрагимова Л.А., Исупов П.В. К проблеме эмоциональной регуляции среднего медицинского персонала // Вестник Нижневартковского государственного университета. 2018. №2. С. 27 – 33.
4. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов – наДону: Феникс, 1996. 512 с.
5. Платонова Т.А., Голубкова А.А., Смирнова С.С., Шахова К.В. Soft skills как профессиональная платформа в процессах адаптации медицинских работников в кризисных ситуациях. Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2022;1(1):21 – 28.
6. Тимченко Наталья Станиславовна, Кочетова Юлия Юрьевна, Миронова Светлана Викторовна, Тупикина Валерия Александровна Эмоциональный интеллект как компонент профессиональной компетентности будущих медицинских работников // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. №7 (197). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnyy – intellekt – kak – komponent – professionalnoy – kompetentnosti – buduschih – meditsinskih – rabotnikov> (дата обращения: 23.10.2022).
7. Шингаев С.М. Профессиональное здоровье представителей социономических профессий [Электронный ресурс] / С.М. Шингаев. URL:: <http://www.psychodic.ru/arc.php?page=3891>. (дата обращения: 23.12.2022).
8. Farmer J. Emotional Intelligence for Healthcare / J/ Farmer, M. Mistry, A. Jainer // Sushruta Journal of Health and Opinion. – 2022. – Vol. 13. – P. 6 – 27.
9. Sharp G, Bourke L, Rickard MJFX. Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons. ANZ J Surg. 2020 Apr;90(4):433 – 440. doi: 10.1111/ans.15671. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31965690.

**К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ:
АДДИКТИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ И АДДИКТИВНОЕ ГОЛОДАНИЕ**

Валиуллина Е.В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье представлен краткий обзор научной психологической литературы по проблемам нарушений пищевого поведения. Описаны результаты анкетирования лиц юношеского возраста по вопросам возможных пищевых зависимостей, которое выявило те или иные признаки нарушений пищевого поведения у молодых людей.

Ключевые слова: зависимости, переедание, голодание, пищевое поведение, нарушения.

**TO THE PROBLEM OF EATING DISORDERS: ADDICTIVE
OVEREATING AND ADDICTIVE FASTING**

Valiullina E.V.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article presents a brief review of the scientific psychological literature on the problems of eating disorders. The results of a survey of young people on possible food addictions, which revealed certain signs of eating disorders in young people, are described.

Keywords: addictions, overeating, starvation, eating behavior, disorders.

Введение. Одним из самых распространенных типов отклоняющегося поведения является аддиктивное (от лат. «порочная склонность», «зависимость») поведение. Такие зависимости (аддикции) формируются из-за

стремления человека «уйти от реальности» посредством изменения своего психического состояния, для этого используются химические вещества или сознание фиксируется на выполнении определенных видов деятельности. В любом случае, главная цель такого поведения – получение интенсивных положительных эмоций. Е.А. Азарова подчеркивает, что для аддиктивного поведения характерно непреодолимое влечение к предмету страсти, уход от реальности, своеобразное «капсулирование» личности, ее отгороженность от внешнего мира и внешних положительных воздействий [2]. Л.У. Азаматова отмечает, что виды аддиктивного поведения выступают формами компенсации недостатков развития личности, и объект зависимости является всего лишь средством, дающим иллюзорное ощущение удовлетворения потребности или разрешения конфликта [1]. Степень выраженности любого зависимого поведения может варьировать от легкой аддикции до ее серьезных форм с клиническими проявлениями.

В классификации зависимого поведения, помимо химических и поведенческих аддикций принято выделять т.н. «промежуточный» вид (когда задействованы биохимические процессы организма), к данному типу относят нарушения пищевого поведения в виде аддиктивного переедания и аддиктивного голодания. Нарушениями пищевого поведения занимаются многие ученые психологи и психиатры: Э.А. Бухарова, Т.Г. Вознесенская, М.М. Гинзбург, Т.А. Караваева, И.Г. Малкина-Пых, В.Д. Менделевич, Г.В. Старшенбаум, Х. Томэ и др.

Методы исследования – обзор теоретических взглядов на проблему нарушений пищевого поведения, анализ научной психологической и медицинской литературы по вопросам аддиктивного переедания и аддиктивного голодания, психологическое анкетирование, обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение. Как указывает В.Д. Менделевич, пищевое поведение может оцениваться как адекватное, гармоничное или девиантное, отклоняющееся в зависимости от совокупности различных параметров – от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, от качественных и количественных показателей питания, от эстетических компонентов и т.д. [9]. Из типичных психологических характеристик людей с нарушениями пищевого поведения выделяют следующие: инфантильность, эгоцентричность, слабая мотивация, низкий самоконтроль, экстернальный уровень субъективного контроля, стремление к уходу в иллюзии и фантазии [11].

Следует отметить принципиальную разницу между аддиктивными «нарушениями» пищевого поведения и «расстройствами» пищевого поведения – нервной анорексией и нервной булимией, которые имеют отличную от аддикций этиологию и характеризуются соматической и/или психиатрической патологией. Общими психологическими параметрами для таких расстройств выступают: повышенная озабоченность контролем веса своего тела, искажение образа тела и изменение ценности питания в общей иерархии индивидуальных ценностей человека. Ключевое отличие пищевых аддикций от расстройств пищевого поведения заключается в том, что в основе формирования пищевых зависимостей лежит принцип получения интенсивных эмоциональных состояний, положительного подкрепления, как и в основе развития любой другой аддикции. Когда в результате голодания или переедания человек испытывает физическое удовольствие и прилив положительных эмоций – настроение улучшается, тревога снижается, агрессия минимизируется и т.д. Формирование эмоциональной культуры личности наиболее активно происходит в возрасте юности, этот возраст является сенситивным для развития эмоционального интеллекта [3]. На данном этапе человек вырабатывает

индивидуальные психологические способы саморегуляции собственных эмоциональных состояний [4, 5].

С целью изучения особенностей пищевого поведения в юношеском возрасте было проведено психологическое анкетирование, респондентами выступили юноши и девушки от 17 до 19 лет (всего было опрошено 50 человек). По результатам опроса личную значимость внешнего вида, связанного с весом (массой тела), отметили 91% респондентов, а 23% регулярно измеряют свой вес. Психологический механизм формирования аддиктивного переедания несложно проследить и проанализировать: прием пищи вызывает положительные эмоции и, если других источников таких эмоций или подобной интенсивности эмоций в реальной жизни не наблюдается, человек будет использовать путь получения пищевого удовольствия все чаще. Аддиктивное переедание – это психологическая поведенческая зависимость, но с другой стороны – это утоление голода. Чувство голода искусственно стимулируется по мере того, как пища приобретает все более аддиктивный потенциал, происходит рассогласование физиологических механизмов. Употреблять пищу, даже если не испытывают чувства голода «часто» предпочитают 26% респондентов данного анкетирования, «постоянно» – 10 % и «никогда» остальные 64% опрошенных молодых людей. Чувство стыда или вины при переедании «часто» и «иногда» испытывают 22% респондентов.

Н.П. Фетискин в ряду базовых мотивов пищевой зависимости отмечает потерю жизненного смысла, душевную пустоту при невозможности ее заполнения другой деятельностью, стрессовые ситуации, периоды скуки и апатии [13]. Исследователи описывают следующие психологические особенности лиц с перееданием: низкая стрессоустойчивость, высокая стрессодоступность, хороший интеллект, высокая социальная ориентированность, психическая незрелость, тревожное расстройство, плохо

контролируемая эмоциональность и импульсивность, пассивность поведения, алекситимия, негативный образ своего тела и т.д. [6, 7].

В зарубежной литературе при описании переедания используют понятие «гиперфагия» и выделяют несколько ее видов: приступообразный («волчий голод» с оральным оргазмом после переполненного желудка); постоянная потребность что-нибудь есть; ненасытный аппетит; ночное «обжорство» в сочетании с дневным голоданием [12]. Доктор R. Gould акцентирует внимание на возможной подмене пациентом с перееданием своего физиологического голода эмоциональным, и причиной набора веса становится «эмоциональное питание», а не физическое. В случаях нерешенных проблем, неуправляемых эмоций, неприятных воспоминаний, беспокойстве и проч. индивид начинает использовать еду в качестве «безрецептурного транквилизатора» и не в состоянии это прекратить [15].

Классическая типология пищевого поведения включает три таких типа – эмоциональное, ограничительное и экстернальное. Эмоциональный тип пищевого поведения проявляется специфической реакцией на стрессовые, конфликтные или фрустрирующие ситуации, когда эмоциональный дискомфорт становится стимулом к приему пищи. Для ограничительного типа пищевого поведения характерны самоограничения в приеме пищи, хаотичные и несистематические приводящие к закономерным «срывам» с перееданием. Экстернальный тип пищевого поведения характеризуется преобладанием внешних стимулов к приему пищи (реклама, запах и вид еды в магазине, прием пищи другими людьми и т.д.), а не физических внутренних потребностей (чувство голода). При данном типе человек ест, даже тогда, когда в этом нет необходимости и ощущение сытости «запаздывает» или отсутствует, т.н. «неполноценное чувство насыщения» [10].

По результатам проведенного анкетирования, к самоограничениям в еде «часто» прибегают 5% молодых людей, «иногда» – 31%, «редко» – 64% из них.

«Заедать» стресс и плохое настроение предпочитают 17% респондентов исследования – «постоянно», 47% – «часто» и только 36% делают это «редко» или «никогда». Положительное отношение к коллективному употреблению пищи выразили 77% юношей и девушек. «Постоянно» едят перед компьютером или телевизором 27%, «часто» – 50%, а вариант «иногда» и «никогда» выбрали лишь 23% респондентов.

Механизм формирования аддиктивного голодания несколько сложнее психологического механизма развития аддиктивного переизбытка. Фаза «вхождения» в голод начинается у человека, как правило, с всевозможных низкокалорийных диет, различных разгрузочных дней-недель, ключевым этапом здесь выступает момент подавления аппетита. Как только это произошло, ситуация меняется – аппетит исчезает, появляются «силы», настроение улучшается и человек начинает стремиться продлить такое состояние эйфории от голода. Постепенно критика к своему состоянию теряется, человек продолжает голодать, появляется отвращение к еде, могут появиться признаки физического истощения.

Существуют гипотезы, что нарушения пищевого поведения в виде аддиктивного голодания могут поддерживаться перфекционизмом. Тщательное следование диете при данной зависимости может быть следствием реализации перфекционизма, когда наряду с положительными эмоциями появляется чувство успеха, морального превосходства, возникает ощущение собственной силы [14]. Наличие особой внутренней силы, физического совершенства – идею превосходства и грандиозности транслируют многие средства массовой информации, создавая ущербный навязываемый виртуальный имидж, что создает благоприятную почву для развития и распространения пищевых аддикций. Победа «духа над телом» в формировании аддиктивного голодания может обеспечиваться нарциссической мотивацией в плане преодоления психобиологических стремлений [8].

Заключение. Нарушения пищевого поведения – аддиктивное переедание и аддиктивное голодание – это комплексная проблема, которая сочетает в себе физиологические, психологические, культурные аспекты. Согласно результатам проведенного анкетирования, у опрошенных молодых людей выявлены те или иные признаки нарушений пищевого поведения. Наиболее выраженные признаки возможного развития пищевых аддикций у молодых людей – употребление пищи с целью снятия эмоционального напряжения в стрессовых ситуациях, еда перед компьютером и коллективное употребление пищи.

Формирование гармоничного адекватного пищевого поведения представляет собой сложный многокомпонентный процесс, состоящий из развития правильных установок, здоровых привычек, культурных манер в отношении приема пищи. Целями психологической коррекции нарушений пищевого поведения являются выявление факторов, обуславливающих формирование аддиктивных форм поведения, и мотивационная интервенция, направленная на нормализацию пищевого поведения.

К психопрофилактическим и психокоррекционным мероприятиям по развитию гармоничного пищевого поведения относят коррекцию образа жизни (расширение репертуара возможностей получения положительных эмоций, получения удовольствия); коррекцию индивидуальной системы ценностей в отношении процесса приема пищи (в соответствии с собственными физиологическими потребностями); развитие эффективных способов саморегуляции и совладания со стрессовыми ситуациями (исключив «заедание» стресса, конфликтов и проблем); повышение уровня самооценки и развитие уверенности в себе (техники личностного роста, коррекция образа - «Я» и т.д.).

Литература/ References

1. Азаматова Л.У. Социальная сущность аддикции. В сборнике: Научный поиск в современном мире. сборник материалов 9-й международной научно-практической конференции. 2015. С. 195.

2. Азарова Е.А. Девиации и аддикции: антропологический подход. Ростов-на-Дону, 2016. 228 с.
3. Валиуллина Е.В. Компоненты эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Вестник Белгородского института развития образования. 2020. Т. 7. № 3 (17). С. 85-93.
4. Валиуллина Е.В. Потребность в достижении успеха и эмоциональность личности // Научно-методический журнал Концепт. 2019. № 9. С. 54-59.
5. Валиуллина Е.В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. № 2 (46). С. 131-134.
6. Вознесенская Т.Г. Нарушения пищевого поведения при первичном ожирении // Наркология. 2006. Т. 5. № 8 (56). С. 62-64.
7. Караваева Т.А., Фомичева М.В. Психогенное переедание: проблемы классификации, диагностики, подходы к психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. № 2. С. 21-34.
8. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., Карпушкин А.М. Клиника и психодинамика пищевых аддикций // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С. 27-32.
9. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. 445 с.
10. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2019. № 1. С. 97-117.
11. Психология пищевой зависимости – статьи по психологии.

Доступно по: <https://verimed.ru/articles/zavisimosty/psihologiya-pishchevoj-zavisimosti/> Ссылка активна на 15.12.2022 г.

12. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М: Когито-Центр, 2006. 367 с.

13. Фетискин Н.П. Психология пищевой зависимости: типология и методы профилактики. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2014. 64 с.

14. Шабанова Т.Л. Исследование нарушений пищевого поведения у лиц юношеско-студенческого возраста // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 9. С. 91-95.

15. Gould R. Shrink Yourself. Cambridge; Massachusetts: Harvard University Press, 2007. 288 p.

**КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ
РЕСУРСОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ И СТИЛЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
С НЕПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ,
В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Голоденко О. Н.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, Россия, ДНР, г. Донецк*

Аннотация. В данной статье рассмотрена корреляционная связь между показателями ресурсной активности саморегуляции и копинг-стратегиями у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией, в условиях хронического стресса военного времени. Оценивалась взаимосвязь показателей методик «Стиль саморегуляции поведения» и «Тест жизнестойкости» с данными опросника «Способы совладающего поведения». Выявлены статистически значимые корреляционные связи между

исследуемыми параметрами, подтверждающие важную роль ресурсной активности в формировании стратегий совладающего поведения.

Ключевые слова: ресурсы саморегуляции, жизнестойкость, копинг-стратегии, лица молодого возраста, хронический стресс военного времени.

CORRELATIONAL ANALYSIS BETWEEN INDICATORS OF SELF-REGULATION RESOURCES AND STYLES OF COPING BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE WITH NON-PATHOLOGICAL MENTAL MALADAPTATION, IN CONDITIONS OF CHRONIC WARTIME STRESS

Golodenko O.N.

State Educational Organization of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University named after M. Gorky», Russia, DPR, Donetsk

Abstract. This article discusses the correlation between indicators of resource activity of self-regulation and coping strategies in young people with non-pathological mental maladjustment, under conditions of chronic wartime stress. The interrelation of the indicators of the methods "Style of self-regulation of behavior" and "Test of hardiness" with the data of the questionnaire "Methods of coping behavior" was assessed. Statistically significant correlations between the studied parameters were revealed, confirming the important role of resource activity in the formation of coping behavior strategies.

Keywords: self-regulation resources, resilience, coping strategies, young people, chronic wartime stress.

Введение. Первостепенными основами саморегуляции личности являются осознанное понимание и раскрытие индивидуальных возможностей личностного потенциала, и самостоятельный выбор своей направленности самореализации, принятие ответственности за сделанный выбор. Дефицит регуляторной активности ведет к искажению и/или истощению психических, психофизиологических возможностей, к нарушению в ценностно-смысловой и

мотивационной сферах. Вследствие осознанного отношения к себе, внутренний образ психической и физиологической активности, ритмы жизнедеятельности, выработанные в процессе филогенеза и онтогенеза насыщаются независимыми, взаимосвязанными и предрасположенными на разрешение первоочередных жизненных задач социального и трудового функционирования, формами [5, С.94].

Личностный потенциал саморегуляторных ресурсов подразделяется на три основных уровня регуляции – инструментально-экспрессивный, смысловой и экзистенциальный [8, С.156; 6, С.115]. Индивидуальные особенности сформировавшегося на ранних этапах онтогенеза характера личности, волевая активность, самостоятельность, ценностные установки и признание своей роли в обществе помогают индивиду адаптироваться к окружающей действительности, к её меняющимся параметрам. Описанные особенности составляют основу инструментально-экспрессивного уровня саморегуляции и гарантируют рациональность поступков, определяя человеку адаптивную роль в повседневной жизни или в трудной жизненной ситуации. Основу смысловой саморегуляции жизнедеятельности обеспечивает смысловая сфера личности, которая сопоставляет индивида с реалиями окружающего мира. Второй уровень регуляции определяет смысловую логику жизненной устойчивости человека. Вероятность индивидуального выбора и самостоятельного функционирования предоставляет только наиболее важный экзистенциальный аспект саморегуляции. Третий уровень личностной саморегуляции оценивается как главный фактор становления автономной личности, который превалирует над предыдущими двумя уровнями.

Данный научный анализ исходил из того, что инструментально-экспрессивный уровень регуляции отражает особенности использования личностного адаптационного потенциала как внутренней психической активности субъекта. Кроме этого, способ саморегуляции обнаруживается в

наиболее значимых для человека индивидуальных особенностях самоорганизации и управления внешней и внутренней целевой направленности активностью, обнаруживающейся в ситуации хронического стресса вооружёно-политического конфликта. Семантический показатель саморегуляции требует также изучения жизнестойкости личности. Выраженность этой диспозиции препятствует возникновению внутреннего напряжения в ситуации стресса за счёт стойкого совладания и снижения его значимости. Экзистенциальный путь развития личности является достаточно протяжённым во времени, механизмы личностной саморегуляции этого уровня характеризуются неограниченностью, что делает невозможным их измерение. В этом контексте была осуществлена попытка установления взаимосвязи копинг-стратегий и стилевых особенностей саморегуляции как личностного копинг-ресурса.

Заслуженное внимание отечественные и зарубежные авторы уделяют оценке ресурсных возможностей и защитных стратегий преодоления в различных стрессогенных ситуациях у лиц молодого возраста [4, С.46; 9; 10, С.508]. Однако, на сегодняшний день, исследования, посвященные динамике механизмов ресурсной защиты и формирования совладающего поведения в ситуации хронического стресса военного времени у лиц молодого возраста, недостаточны и бедны [1, С.201]. Учитывая возрастные особенности личностного становления в период ранней взрослости [2, С.78], данный контингент попадает в группу риска возникновения клинических связанных со стрессом военного времени расстройств.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие лица молодого возраста находившиеся на территории военно-политического конфликта на Донбассе с 2014 года по 2019 год. Основная группа (острая фаза стресса) составила 250 человек, средний возраста – $21,0 \pm 2,3$ год, 74,4% (186 человек) – женщины, 25,6% (64 человека) - мужчин. Катамнестическая группа

(хроническая фаза стресса) – 252 человека, средний возраст – $20,2 \pm 0,6$ лет, 57,1% (144 человека) – женщин, 42,9% (108 человек) – мужчин.

Оценка ресурсов саморегуляции проводилась путем выявления стиля саморегуляции поведения (ССП-98 В.И. Моросановой, 1988) и уровня жизнестойкости («Hardiness Survey» S. Maddi, 1984, адаптация Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, 2006). Способ совладающего поведения оценивался по методике Р. Лазаруса и С. Фолкмана, 1988 (адаптация Л.И. Васермана, 2007).

Метод математической обработки данных предусматривал создание компьютерного банка данных 502 респондентов и дальнейшую статистическую обработку полученных результатов. Расчёты проводились с использованием лицензированных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались статистические методы и Пакет анализа табличного процессора MS Excel. Для сравнения средних значений баллов с интервалом в 4 года использовался *t*-критерий Стьюдента. Нормальность закона распределения экспериментальных данных проверена с использованием графического и статистического (тест хи-квадрат) методов. Для оценки корреляционной связи между выборками использован параметрический тест критерий согласия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. На основании полученных данных, были выявлены следующие статистически значимые взаимосвязи копинг-стратегий со стилевыми особенностями саморегуляции (Таблица 1). Как видно из представленной таблицы, статистически достоверных корреляционных связей между копинг-стратегиями планирования решения проблемы и положительной переоценки, и регуляторно-личностными свойствами в обеих группах выявлено не было ($p > 0,05$).

В то же время, в обеих группах нами была выявлена статистически значимая (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09,

$p < 0,05$) положительная связь между копинг-стратегией самоконтроля и регуляторными процессами планирования и моделирования (ОФС: $r=0,24$, ХФС: $r=0,21$ и ОФС: $r=0,18$, ХФС: $r=0,14$, соответственно). Это означает, что при высокой степени сформированности потребности в осознанном планировании своей деятельности и способности выделять внешние и внутренние значимые условия достижения целей, респонденты для преодоления стрессогенной ситуации военного времени выбирали стратегию самоконтроля с преобладанием рационального, с минимальным расходом эмоций, подхода к преодолению стрессовой ситуации. По нашему мнению, развитая способность к планированию и моделированию облегчала контроль и сдерживала эмоции, формируя высокий контроль поведения. Однако она не исключала и негативного их влияния, вследствие формирования сверхконтроля поведения с чрезмерной требовательностью к себе и трудностями выражения переживаний, потребностей и побуждений в трудных жизненных ситуациях вооружённого конфликта.

Копинг-стратегии принятия ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания имели статистически значимую (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) отрицательную связь с регуляторным процессом моделирования (ОФС: $r=-0,18$, ХФС: $r=-0,23$; ОФС: $r=-0,16$, ХФС: $r=-0,24$; ОФС: $r=-0,21$, ХФС: $r=-0,17$, соответственно). Моделирование характеризует индивидуальную развитость представлений о внутренних и внешних значимых условиях достижения целей, как в текущей ситуации, так и перспективе, степени их осознанности. При высокой сфорсированности моделирование является одним из факторов надёжности осознанной саморегуляции в препятствии формированию острого стресса. Полученные результаты показывают, что при низкой развитости регуляторного процесса моделирования, респонденты с большей выраженностью предпочитали мало адаптивные и неадаптивные стратегии принятия

ответственности, поиска социальной поддержки и бегства-избегания для преодоления стрессовых ситуаций.

Также были выявлены статистически значимые (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) отрицательные связи между выраженностью предпочтения копинг-стратегии конфронтации и такими регуляторно-личностными свойствами осознанной саморегуляции как гибкость (ОФС: $r = -0,13$, ХФС: $r = -0,18$) и моделирование (ОФС: $r = -0,17$, ХФС: $r = -0,21$), и положительная связь с показателями самостоятельности (ОФС: $r = 0,20$, ХФС: $r = 0,23$). Низкая пластичность регуляторных процессов, на фоне излишней автономности в организации активности при недостаточной способности к моделированию в стрессогенных условиях, являлась предиктором предпочтения стратегии конфронтации с недостаточной целенаправленностью в поведении, которая становилась преимущественно механизмом для разрядки эмоционального напряжения.

Выявленная статистически значимая (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0,09, $p < 0,05$) положительная связь копинг-стратегии дистанцирования с регуляторно-личностным свойством гибкостью (ОФС: $r = 0,15$, ХФС: $r = 0,17$), позволяла предположить, что высокий уровень развития психологической пластичности в стрессогенной ситуации предопределяет выбор стратегии дистанцирования, т.е. способствует эмоциональной отстранённости, вплоть до обесценивания сложившихся трудных жизненных событий.

Копинг-стратегии самоконтроля и конфронтации в наибольшей степени определяются ресурсами саморегуляции. Стратегия конфронтации чаще использовалась при недостаточно развитых регуляторно-личностных свойствах гибкости и моделирования, а также при наличии выраженной способности к самостоятельности. Стратегия самоконтроля определяла развитую способность

к планированию, моделированию, а также высокий общий уровень саморегуляции.

Недостаточно развитая способность к моделированию, предопределяющая трудности в дифференцировке значимых внешних и внутренних условий, с резкими перепадами отношения к ситуации и последствиям своих действий, способствовала использованию в ситуации стресса или недостаточно конструктивных стратегий поиска социальной поддержки и принятия ответственности, или неконструктивных стратегий конфронтации и бегства-избегания.

Семантический показатель саморегуляции требует также изучения жизнестойкости личности. Выраженность этой диспозиции препятствует возникновению внутреннего напряжения в ситуации стресса за счёт стойкого совладания и снижения его значимости.

Жизнестойкость отражает собой систему убеждений о себе, мире, отношениях с ним. Эта комплексная единица включает в себя три сравнительно самостоятельных компонента: вовлечённость, контроль, принятие риска. Выраженность этих составляющих, и жизнестойкости в целом, ограничивает развитие внутреннего напряжения в стрессогенных ситуациях за счёт стойкого совладания со стрессами и субъективного снижения их значимости [3, С.239; 7, С.300].

Таблица 1 представляет результаты корреляционного анализа, направленного на определение взаимосвязей между выраженностью предпочтения различных копинг-стратегий и уровнем жизнестойкости.

В данном анализе показатели жизнестойкости в острую и хроническую фазы стресса статистически значимо ($p < 0,05$) отрицательно коррелировали с выраженностью копинга принятия ответственности (вовлечённость – $r_o = -0,18$, $r_x = -0,24$; контроль – $r_o = -0,18$, $r_x = -0,30$; принятие – $r_o = -0,22$, $r_x = -0,19$; жизнестойкость – $r_o = -0,25$, $r_x = -0,22$; соответственно фазам стресса) и бегства-

избегания (вовлечённость – $r_o=-0,19$, $r_x=-0,21$; контроль – $r_o=-0,25$, $r_x=-0,19$; принятие – $r_o=-0,19$, $r_x=-0,23$; жизнестойкость – $r_o=-0,19$, $r_x=-0,15$; соответственно фазам стресса).

Чем более представленными в личности респондентов были такие диспозиционные компоненты как вовлечённость в происходящее с умением получать удовольствие от собственной деятельности, убеждённость в необходимости борьбы за желаемый результат, принятие риска в действиях по приобретению опыта и развитию, а также жизнестойкость как система убеждений о себе, мире и отношениях с ним, способствующая гармонизации отношения к жизни за счет препятствия возникновению внутреннего напряжения, тем менее вероятным было использование условно-конструктивной стратегии принятия ответственности как способствующей неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворённости собой; и неконструктивной стратегии бегства-избегания с уклонением от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей и проблем. Однако положительного влияния жизнестойкости и её компонентов на выбор стратегии совладания со стрессогенной ситуацией не было выявлено.

Заниженные показатели жизнестойкости влияли на формирования условно конструктивного копинга принятия ответственности и дезадаптивного – бегства-избегания, причём в острую фазу стресса данные копинги оказывали положительное влияние в процессе преодоления стресса, а в хроническую – занимали сугубо деструктивную позицию. В данном анализе влияния саморегуляции и жизнестойкости на формирование стратегий преодоления стресса военного времени у лиц молодого возраста, не было выявлено различий в выборе копинг-стратегий в стрессогенные ситуации с различной длительностью (острый и хронический стресс). Таким образом, можно утвердительно сказать, что ресурсы саморегуляции, сформировавшиеся у

респондентов молодого возраста, имели устойчивую позицию и, подтверждая мнение сторонников диспозиционного подхода, повлияли на функционирование установившегося комплекса стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций.

Таблица 1.

Корреляционная связь ресурсов саморегуляции (опросник «Стиль саморегуляции поведения») и «Тест жизнестойкости») и способов совладающего поведения у лиц молодого возраста в условиях хронического стресса военного времени

а/ тели к	Виды копинг	К	Д	Ск	ПСП	ПО	Б-И	ПРП	ПП
	Показа методи								
<i>Опросник «Стиль саморегуляции поведения»</i>									
Пл	ОФС	0,07	-0,06	0,24*	-0,05	-0,08	-0,07	0,05	0,08
	ХФС	-0,06	-0,08	0,21*	-0,07	-0,07	-0,04	0,05	0,06
М	ОФС	-0,17*	-0,04	0,18*	-0,16*	-0,18*	-0,21*	0,08	-0,05
	ХФС	-0,21*	-0,06	0,14*	-0,24*	-0,23*	-0,17*	0,06	-0,08
Пр	ОФС	0,06	0,04	0,08	-0,06	-0,07	-0,07	0,05	0,05
	ХФС	0,08	0,05	0,02	-0,05	-0,07	-0,05	0,04	0,06
ОР	ОФС	-0,06	0,05	0,08	-0,07	-0,05	-0,07	-0,06	-0,05
	ХФС	-0,05	0,07	0,07	-0,05	-0,08	-0,08	-0,06	-0,07
Г	ОФС	-0,13*	0,15*	0,06	0,02	0,07	0,06	0,07	0,05
	ХФС	-0,18*	0,17*	0,05	0,08	0,05	0,06	0,07	0,07
С	ОФС	0,20*	0,06	-0,08	-0,04	0,06	0,06	0,05	0,07
	ХФС	0,23*	0,08	-0,06	-0,08	0,07	0,05	0,08	0,06
ОУ	ОФС	-0,08	0,02	0,15*	-0,08	-0,05	-0,08	0,04	0,04
	ХФС	-0,06	0,05	0,19*	-0,07	-0,08	-0,05	0,03	0,05
<i>«Тест жизнестойкости»</i>									
Жс	ОФС	-0,07	0,05	-0,07	-0,06	-0,25*	-0,19*	0,08	0,07
	ХФС	-0,08	0,07	-0,05	-0,08	-0,22*	-0,15*	0,07	0,08
Вв	ОФС	-0,06	-0,08	-0,02	-0,07	-0,18*	-0,19*	0,06	0,05
	ХФС	-0,07	-0,06	-0,06	-0,05	-0,24*	-0,21*	0,07	0,06
Кн	ОФС	-0,08	-0,05	-0,08	-0,05	-0,18*	-0,25*	0,05	0,06
	ХФС	-0,08	-0,04	-0,05	-0,08	-0,30*	-0,19*	0,05	0,08
ПР	ОФС	-0,08	0,07	-0,07	-0,05	-0,22*	-0,19*	-0,03	0,06

	ХФС	-0,07	0,04	-0,07	-0,08	-0,19*	-0,23*	-0,05	0,06
--	-----	-------	------	-------	-------	---------------	---------------	-------	------

Примечание: Пл – Планирование, М – Моделирование, Пр – Программирование, ОР – Оценивание результатов, Г – Гибкость, С – Самостоятельность, ОУ – общий уровень саморегуляции поведения; Жс – жизнестойкость, Вв – вовлеченность, Кн – контроль, ПР – принятие риска; * – корреляция статистически значима ($p \leq 0,05$) (использован непараметрический тест хи-квадрат).

Совпадающий выбор стратегий преодоления в стрессогенной ситуации значительных изменений в жизни с различной длительностью, на фоне выраженных диспозиционных компонентов жизнестойкости и саморегуляции, подтверждает мнение сторонников диспозиционного подхода, утверждающих, что стиль совладания относительно стабилен во времени и тесно связан с чертами личности, в частности, с ресурсами саморегуляции.

Заключение. Использование респондентами стратегий конфронтации, поиска социальной поддержки, бегства-избегания и принятия ответственности, с переживанием чувства вины и неудовлетворенности собой, являлись фактором развития непатологической психической дезадаптации.

Стилевые особенности осознанной саморегуляции выступали значимыми факторами выбора копинг-стратегий в преодолении стрессогенных ситуаций. В то же время, результаты корреляционного анализа показали, что преодолевающее поведение следует рассматривать как реакцию целостной личности. Подтверждением этого является наличие разносторонних и разнонаправленных корреляционных связей, образуемых копинг-стратегиями в системе личностной и смысловой регуляции, не меняющихся за время длительного стрессогенного воздействия. При этом копинг-стратегии выступают одновременно как в качестве способов личностной регуляции адаптационных процессов, так и способов организации её компонентов в структуре адаптационного ответа.

Заниженные показатели жизнестойкости влияли на формирование условно конструктивного копинга принятия ответственности и дезадаптивного – бегства-избегания, причем в острую фазу стресса данные копинги оказывали положительное влияние в процессе преодоления стресса, а в хроническую – занимали сугубо деструктивную позицию. Корреляционный анализ влияния саморегуляции и жизнестойкости на формирование стратегий преодоления экстремального стресса, не выявило различий в выборе копинг-стратегий в стрессогенные ситуации с различной длительностью (острый и хронический стресс). Таким образом, ресурсы саморегуляции, сформировавшиеся у респондентов молодого возраста, имели устойчивую позицию и, подтверждая мнение сторонников диспозиционного подхода, влияли на функционирование установившегося, на начальных этапах стресса, комплекса стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций.

Полученные данные о значимом влиянии ресурсов саморегуляции на формирование и переопределение продуктивности стратегий преодоления должны быть учтены при составлении программы психокоррекции и психопрофилактики лиц молодого возраста, в условиях хронического стресса военного времени.

Литература/ References

1. Александрова Л.А. Личностные ресурсы и индивидуальные стратегии адаптации студентов к условиям повышенной опасности природных бедствий и катастроф. 2-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений. 2004. 201-204.

2. Баксанский О.Е., Скоробогатова А.В. Психологические особенности развития личности в период молодости. Образовательные технологии. № 2/2020. 77-86. URL: [Психологические особенности развития личности в период молодости \(iedtech.ru\)](http://psichologicheskiesobeschnostirazvitiyalichnosti.vperiodmolodosti.iedtech.ru) (дата обращения: 24.07.2021).

3. Бодров В.А. Личностная детерминация развития и преодоления психологического стресса. *Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы*. 2008. 235-256.
4. Борисова Н.М. Возрастные особенности копинга и связь возраста и стратегий совладающего поведения. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. Серия: Познание №9. 2019. 46-50. URL: 2a4a6d24-4913-4925-b320-58cda3d8cfa7 (nauteh-journal.ru) (дата обращения: 20.02.2023).
5. Резникова Е. Особенности личностной регуляции совладающего поведения студентов. К.: «Освіта регіону». 2013. №3. 242.
6. Калитеевская Е.Р. Адаптация или развитие: выбор психотерапевтической стратегии. *Психологический журнал*. 1995. №1. 115-121.
7. Крюкова Т.Л. Стили совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях. *Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики*. 2009. Вып.1. 298-316.
8. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека / Д.А. Леонтьев // *Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии*. 1999. 156-176.
9. Осаволюк Е.Ю. Роль когнитивной флексибельности в проявлении атрибутивного стиля и стратегиях совладающего поведения в период ранней взрослости. *Психологические исследования*, 2020, 13, № 74. URL: https://www.researchgate.net/publication/363089544_Rol_kognitivnoj_fleksibilnosti_v_proavlenii_atributivnogo_stila_i_strategiah_sovladausego_povedenia_v_period_rannej_vzroslosti (дата обращения: 21.02.2023).
10. Kruczek A., Basińska M.A., Janicka M. Cognitive flexibility and flexibility in coping in nurses – the moderating role of age, seniority and the sense of stress. *International journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2020;33(4):507–521. URL: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01567> (дата обращения: 25.06.2022).

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ИНОЯЗЫЧНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОГО ДИАЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Гукина Л.В.

Кафедра иностранных языков

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы формирования навыков профессионально ориентированного диалогического взаимодействия будущего врача на этапе его обучения иностранному языку медицины в вузе. Показана значимость применения педагогами обучающих технологий игры, ситуационной симуляции при работе с несплошным медицинским текстом, дискуссии и свободной беседы для достижения коммуникативных целей.

Ключевые слова: диалог, профессионально ориентированное диалогическое взаимодействие, межличностная коммуникация, технологии обучения общению, иностранный язык медицины.

FORMATION OF SKILLS OF FOREIGN LANGUAGE PROFESSIONALLY ORIENTED DIALOGIC INTERACTION AMONG MEDICAL STUDENTS

Gukina L.V.

Department of Foreign Languages,

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article deals with the issues of formation of professionally oriented dialogical interaction skills of a future doctor at the stage of studying a foreign language of medicine at a medical university. The importance of the use by university teachers of educational technologies of the game, situational simulation

when working with an non-continuous medical text, discussion and free conversation to achieve communicative goals is shown.

Keywords: dialogue, professionally oriented dialogic interaction, interpersonal communication, communication learning technologies, foreign language of medicine.

Введение. Искусство общения, знание психологических особенностей и применение психологических методов необходимы специалистам, работа которых основана на постоянных межличностных контактах [2, с. 7]. Умение врача строить отношения с коллегами и пациентами, используя адекватный язык диалога, непременно, сказывается на комфорте его пребывания в среде врачебного коллектива, а также на профессиональном успехе в целом. Обучение иноязычному профессионально ориентированному общению является комплексной задачей педагогов медицинского вуза и направлено на формирование у будущих врачей навыков иноязычной монологической и диалогической речи. Бахтин М. М. отмечает, что диалог отличается прежде всего отношениями между взаимодействующими личностями, которые «не могут быть сведены ни к чисто логическим (хотя бы и диалектическим), ни к чисто лингвистическим, ни к психологическим» [1, с. 296, 303].

Диалогические отношения – это отношения между «равноправными и равнозначными сознаниями», тогда как монолог отроится на «отрицании равноправности» [1, с. 309]. Действительно, диалогическая речь сложнее монологической с позиции напряженности внимания и разнообразия и качества используемых речевых образцов. Тем не менее, с точки зрения последовательности в обучении при подготовке к устной монологической речи преподаватели уделяют первостепенное внимание диалогической речи, поскольку диалог является эффективной формой тренинга, в нем отрабатываются и запоминаются речевые образцы и структуры, которые затем применяются в монологической речи. При этом используются технологии

диалогового обучения. Диалоговое обучение – это интерактивное обучение, в ходе которого осуществляется взаимодействие преподавателя и обучающегося, или обучающихся между собой. Педагоги рассматривают диалог как социокультурную среду, необходимую для создания благоприятных условий для обучения студентов, принятия ими нового опыта [3, с. 194-199]. Реализация технологии диалогического обучения в курсе иностранного языка в медицинском вузе осуществляется, как правило, в контексте комплексного применения интерактивных средств обучения.

Цель работы: изучить потенциал обучающих технологий в формировании навыков профессионально ориентированного диалогического взаимодействия у студентов-медиков при обучении иностранному языку медицины.

Материалы и методы исследования. Методом исследования в данной работе послужил анализ научной литературы и обобщение педагогического опыта преподавания иностранного языка медицины на кафедре иностранных языков КемГМУ, направленного на формирование у обучающихся навыков профессионально ориентированного диалогического взаимодействия.

Результаты и их обсуждение. Диалог является формой социально-речевого общения, основой сотрудничества и взаимопонимания между участниками совместной деятельности. Диалогическая речь формируется под влиянием мотивов деятельности. Она имеет определенную цель и задачу. Единицей диалогической речи, как и монологической, является речевой акт, или речевое действие. Признаки диалога: в рамках речевого акта имеет место сочетание рецепции и репродукции; речевое целое конструируется двумя и более партнерами; каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего. Экстралингвистическими чертами диалога являются: коллективность информации; вариативность информации; различия в оценке информации; активное участие в речи мимики, жестов, действий

партнеров; влияние предметного окружения собеседников [5, с. 154-159]. Диалогическое речевое действие может быть одношаговым и многошаговым и рассматриваться как целое, составленное из частей. Степень развернутости диалогического действия зависит от характера его соотношения с неречевым. Если цель деятельностного акта осуществляется за счет неречевого действия, акт речи бывает свернутым, одношаговым. В процессе совместной работы обучающиеся обмениваются одной или двумя краткими репликами с целью прокомментировать выполняемое действие, привлечь к совместным действиям, оценить действия партнера или совместно наблюдаемые действия коллег. Многошаговым речевое действие может быть тогда, когда оно является доминирующим в деятельностном акте. Мотивы такого действия могут совпадать с социальными потребностями говорящих (с потребностью самовыражения, общения, самоутверждения, познания) [8, с. 31-35]. Цель высказывания может состоять в том, чтобы переубедить партнера в чем-то, выразить свои чувства, получить сведения.

Многошаговое речевое действие может предшествовать неречевому (планирование); может следовать за ним (обсуждение результатов). На первый план выступают особенности говорящего: его вкусы, взгляды, степень информированности по данному вопросу и многое другое. Промежуточной формой между одношаговым и многошаговым действием является диалог. Выбор структурных моделей различен в монологической и диалогической речи. Значительную роль в диалоге играют вопросы. Беседа может обойтись и без них, но чаще всего в диалоге встречаются вопросы. В монологической речи вопросы встречаются редко. Диалог требует предварительной подготовки через систему коммуникативных упражнений (вопросно-ответных, репликовых, условной беседы) [6, с. 25-28]. Вопросно-ответные упражнения – самые популярные в методике обучения устной иноязычной речи. Базовые учебники для студентов-медиков опираются на такой вид упражнений. Коммуникативная

цель вопросительных предложений - запрос информации. Вопрос – это одновременно и побуждение к речевой реакции. Они различаются по источнику для ответов, типу вопросов, адресу вопросов и технике применения. В репликовых коммуникативных упражнениях реакция обучающихся не программируется: они сами создают содержание высказывания и свободно выбирают форму его выражения, опираясь на ранее усвоенный языковой материал.

Согласно коммуникативной структуре различают следующие виды репликовых упражнений: утверждение - вопрос (ответная реплика выражает удивление, сомнение, переспрос, уточнение, предположение, желание получить дополнительные сведения); утверждение - утверждение (ответная реплика выражает подтверждение, согласие, суждение, заверение, поправку, обещание); утверждение - отрицание (ответная реплика выражает опровержение, несогласие, возражение, оспаривание, протест). Существенным компонентом подготовки языкового материала являются всякого рода грамматические и лексические преобразования реплик в соответствии с вариативностью условий их употребления в речи (изменение действующего лица, времени действия).

Упражнения, рекомендуемые для этой цели, делятся по структурному принципу на дистрибутивные (изменение синтаксических связей), подстановочные (расширение ассоциативных связей) и трансформационные (расширение тех и других связей). Выбор упражнений связан с лексическими и грамматическими особенностями реплик. Реплики, усвоенные в составе диалогических единств, следует затем включать в новые комбинации. Нужно также вводить в диалог фразы, употреблявшиеся ранее в монологических высказываниях. С этой целью можно использовать серию упражнений, предусматривающих комбинирование реплик на основе контекстных связей: выбор из двух колонок реплик, подходящих по смыслу; название опорной реплики к данной реактивной; название реактивной реплики к данной

опорной. На стадии комбинирования речевого образца с ранее изученными предлагаются также упражнения на расширение реплик. Речевые упражнения делятся на две группы (макро- и микроситуации), каждая из которых обеспечивает формирование определенной ступени в обучении диалогической речи [9, с. 125-147]. Упражнения на основе микроситуации по характеру реакции близки к контекстным, однако необходимость учитывать предлагаемые обстоятельства для правильной реакции требует большей активизации мыслительной деятельности обучающихся и приближает учебный диалог к естественному. Обучение ведению многошагового диалога на основе макроситуации осуществляется с учетом структуры речевого действия, которое складывается из программирования, осуществления программы и сопоставления того и другого.

Исходя из цели разговора и учитывая особенности собеседника, каждый из участников общения определяет общую программу своих высказываний, а затем по ходу диалога, в зависимости от содержания и формы сообщений партнера, уточняет характер следующей реплики. Ведение диалога на логической основе является творческой деятельностью. Задача обучения состоит в том, чтобы дать обучающимся опыт такой деятельности, то есть подготовить к ней. На продвинутом этапе обучения вопросно-ответная диалогическая коммуникация реализуется в работе со средствами детализации текста, такими как рисунки, диаграммы, графики, таблицы. Например, содержание следующей таблицы может служить для обучающихся схемой диалогического обсуждения темы с применением технологий ситуационной симуляции или игры:

Questions about risk factors associated with angina

- | |
|---|
| 1. Family history – angina / infarction before the age of 55 in close relative. |
| 2. Smoking – primary cigarette smoker; more than 20 a day. |

3. Hypercholesterolaemia – positive personal or family history.
4. Hypertension – positive personal or family history.
5. Diabetes mellitus.

При работе с таблицей продуктивны элементы игры с распределением ролей и моделированием ситуации профессионально ориентированного общения [4, с. 188-194]. В игре реализуются коммуникативные навыки с использованием адекватного набора реплик, а также актуализируются профессионально ориентированные знания, развивается критическое мышление. Для обсуждения содержания таблицы может быть использована технология игры с разным количеством участников. Поэтому технологии работы с таким средством детализации текста могут варьироваться: от диалогического общения обучающихся в парах, до дискуссии в малых и больших группах. Схема диалогического общения реализуется последовательностью: «risk factors» → «features» → «signs» → «diagnosis». Каждый компонент данной последовательности представлен в виде табличного текстового материала, организованного по принципу возрастания сложности. Ниже представлена таблица с детализацией повышенной сложности:

Some examples of fundamental sings with diagnostic possibilities

<i>Sings</i>	<i>Possible diagnosis</i>
Slow rising pulse	Aortic stenosis
Collapsing pulse Corrigan's pulse	Aortic incompetence, patent ductus arteriosus, aortopulmonary septal defect
Bisferiens pulse	Aortic stenosis and incompetence, severe aortic, incompetence
Tapping impulse	Mitral stenosis
Thrusting apical impulse	Aortic or mitral incompetence

Right ventricular hear	Pulmonary hypertension, mitral valve disease, right heart failure, pulmonary stenosis
------------------------	---

Обсуждение содержания данной таблицы в группе возможно только после этапа качественного изучения предыдущего текстового и табличного материала в режиме изучающего и аналитического чтения и обсуждения в группе, при этом задействованы разные виды речевой деятельности – чтение и говорение.

Другим приемом формирования навыков диалогической коммуникации является условная беседа, разновидность коммуникативных упражнений в говорении, которая выступает учебным аналогом реального общения – свободной беседы. Речевые стимулы в беседе следующие: запрос информации об интересующем лице, объекте, событии; информирование кого-либо о чем-либо; выражение своего отношения к какому-либо событию, к чьим-либо словам, суждениям; обмен мнениями или впечатлениями о чем-либо; установление контакта (например, знакомство); поддержание разговора в силу правил приличия. Беседа при наличии благоприятных условий (речевая раскованность обучающихся, наличие времени, неожиданные, интересные повороты темы, как, например, в проектной учебной работе) может перейти в беседу естественную, основанную на профессионально ориентированной проблематике и иметь воспитательное значение [7, с. 38-43].

Заключение. Обучение будущих врачей иноязычному профессионально ориентированному взаимодействию является комплексной задачей педагогов медицинского вуза и реализуется в направлениях формирования навыков диалогической и монологической речи. Обучение искусству ведения диалога с коллегами по медицинскому сообществу развивает критическое мышление обучающихся и служит основой для формирования навыков иноязычной коммуникации, реализуя социокультурную, креативную, информативную и интерактивную функции. Актуальным является комплексное применение

обучающих интерактивных технологий, таких как игра, ситуационная симуляция, приемы работы с несплошным медицинским текстом, дискуссия и свободная беседа.

Литература/ References

1. Бахтин, М. М. Проблемы поэтики Достоевского. М.: Советская Россия, 1979. 320 с.
2. Бороздина, Г. В. Психология и этика делового общения: учебник и практикум для академического бакалавриата / Г. В. Бороздина, Н. А. Кормнова; под общ. ред. Г. В. Бороздиной. — М.: Издательство Юрайт, 2016. 463 С.
3. Воронина, И. Р., Чеснокова, П. А., Бородин, Е. Д., Казанцева Г. А. Возможности технологии диалогового обучения в вузе // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2020. № 7 (49). С. 194–199.
4. Гукина, Л. В. Использование приема ситуационной симуляции профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2019. С. 188–194.
5. Гукина, Л. В. Диалогическое общение при обучении иностранному языку как прием формирования профессионально ориентированных разговорных навыков специалистов-медиков // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2018. С. 154–159.
6. Гукина, Л. В. Обучение профессионально ориентированному диалогическому общению на иностранном языке // Актуальные вопросы медицинского образования: материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 25–28.
7. Гукина, Л. В. Воспитательный аспект практических занятий по

иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы IV Региональной научно-практической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2016. С. 38–43.

8. Молчан, Э. М., Гончарова, А. А. Диалогическое взаимодействие субъектов: ценностный аспект // Ценности и смыслы. 2016. №2 (42). С. 31-35.

9. Серова, Т. С., Тулиева, К. В., Пипченко, Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. 2019. № 1. С. 125–147.

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА УПЕШНОСТЬ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

Дорофеева А.С. Лиханова А.Ю.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Научный руководитель – преподаватель С.А. Юдин

Аннотация: В данной работе авторами были проанализированы результаты тестирования и опроса обучающихся Кемеровского государственного медицинского университета и Кузбасского политехнического университета. В рамках проведенного исследования была получена информация о влиянии темперамента на успеваемость студентов.

Ключевые слова: темперамент, холерик, сангвиник, флегматик, меланхолик, успеваемость, студенты.

INFLUENCE OF TEMPERAMENT ON THE SUCCESS OF LEARNING ACTIVITIES OF STUDENTS

Dorofeeva A.S. Likhanova A.U.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. In this paper, the authors analyzed the results of testing and surveying students of the Kemerovo State Medical University and the Kuzbass Polytechnic University. As part of the study, information was obtained on the influence of temperament on student performance.

Keywords: temperament, choleric, sanguine, phlegmatic, melancholic, academic performance, students.

Введение. Изучение и понимание проблемы зависимости успеваемости обучающихся от их темперамента позволяет человеку иметь объективное представление о своих ресурсах.

Целью данного исследования стало определение влияния темперамента на успеваемость студентов.

Для достижения цели необходимо выполнить следующие **задачи:**

- выявить успеваемость студентов, посредством определения оценок в зачетной книжке за все время обучения.
- отследить влияние определенного темперамента на успеваемость студентов, благодаря составлению диаграмм и их сравнения.

Методы исследования: письменный опрос, тест Г. Ю. Айзенка.

Результаты и обсуждение. Термин «темперамент» был введен около двух с половиной веков назад Гиппократом [3, с. 286]. Однако, в психологии не существует строгого определения этому термину. По Б. М. Теплову темпераментом называется характерная для данного человека совокупность психических особенностей, связанных с эмоциональной возбудимостью, т. е. быстротой возникновения чувств, с одной стороны, и силой их - с другой [1, с. 553].

Выделяют следующие типы темпераментов: холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик. Особенности проявляются еще с детского возраста и

оказывают влияние на всю деятельность индивида, в том числе и на способность к обучаемости и трудовой деятельности.

У сангвиников легко образуются и остаются устойчивыми временные связи, что помогает им легко усваивать новый материал. Они общительны, сообразительны и имеют хороший потенциал к речевой деятельности. Однако, вследствие этого сангвиники часто отвлекаются от основной задачи. Необходимо постоянно поддерживать интерес сангвиников к начатому делу, иначе возникнет скука, сангвиник начнёт искать сторонние возбудители.

Холерики легко концентрируют свое внимание на объекте, но не могут ее быстро переключать, поскольку процессы торможения у них замедленные. Холерики могут нарушать дисциплину, так как у лиц с данным типом темперамента повышена возбудимость. Навыки и привычки у холериков образуются легко, но с трудом поддаются изменениям по всё той же причине замедленного торможения. Поэтому переход от привычных действий к новым должен осуществляться постепенно. К холерикам нельзя применять грубые, категоричные запреты, стоит направлять их на другую деятельность постепенно.

У лиц флегматичного и меланхоличного темпераментов временные связи образуются медленнее из-за недостаточной подвижности процессов. Таким индивидуумам требуется больше времени на освоение и запоминание учебного материала, чем холерикам и сангвиникам. Тем не менее, благодаря своей вдумчивости, флегматики, тщательно и не спеша изучая материал, закладывают достаточно прочный и долговременный фундамент на долгие годы.

Из речевых качеств у них на первое место выходит письмо, не требующее быстрой реакции, но подчеркивающее их концентрацию и серьёзное отношение к делу. Инертность нервных процессов, недостаточная подвижность флегматиков приводит к тому, что они медленно переключают внимание. Динамические стереотипы у флегматиков формируются медленнее, чем у

сангвиников, а потому их надо постепенно переключать с одной привычной действия на другую.

Студенты меланхолического темперамента требуют особого внимания из-за своей уязвимости и имеют быструю утомляемость организма. Им важны и необходимы спокойное, благоприятное окружение и продуманный ими режим, который предусматривает постепенный переход от привычных условий жизни к другой деятельности и другим условиям.

Темперамент, влияя на динамику деятельности, может влиять на ее продуктивность. Во всех видах деятельности, в том числе и в учебной, роль темперамента неодинакова.

В своих очерках В. С. Мерлин утверждает, что при создании положительных мотивов и положительного отношения к деятельности возможно приспособление темперамента.

Оценки в зачетной книжке для студента являются положительным мотивом, связанным с желанием получения качественного образования и достойного рабочего места в будущем.

Таблица 1.

Основные направления развития личностной эмоциональной сферы в зависимости от типа темперамента

Тип темперамента	Направления развития личности
Сангвиник	Следует делать упор на развитие у себя сопереживания (радости и горю) других людей, тонкости и чувствительности. Всегда помнить о том, что чрезмерное количество друзей неминуемо скажется на качестве межличностных отношений
Флегматик	Нужно развивать у себя эмоциональность и подвижность, командные качества
Холерик	Следует упорно работать над сдерживанием своих негативных эмоций и перепадов настроения, оказывающих негативное влияние на окружающих
Меланхолик	Основной упор рекомендуется сделать на развитие

способности нормально общаться, а также на укрепление характера, твердости, уверенности в себе

В анкетировании приняли участие 50 человек - студенты медицинского и Кузбасского политехнического ВУЗов города Кемерово. 22 человека с 1 курса, 15 человек с 3 курса, 27 человек с 4 курса, 40 человек с 5 курса.

Из всех опрошенных 36 % студентов в зачетной книжке имеют «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»), 34 % - «отлично» и «хорошо» (больше «отлично» или поровну), 14 % - «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»), 10 % - «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»), 10 % - «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»), 6 % - только «отлично» (Рисунок 1).

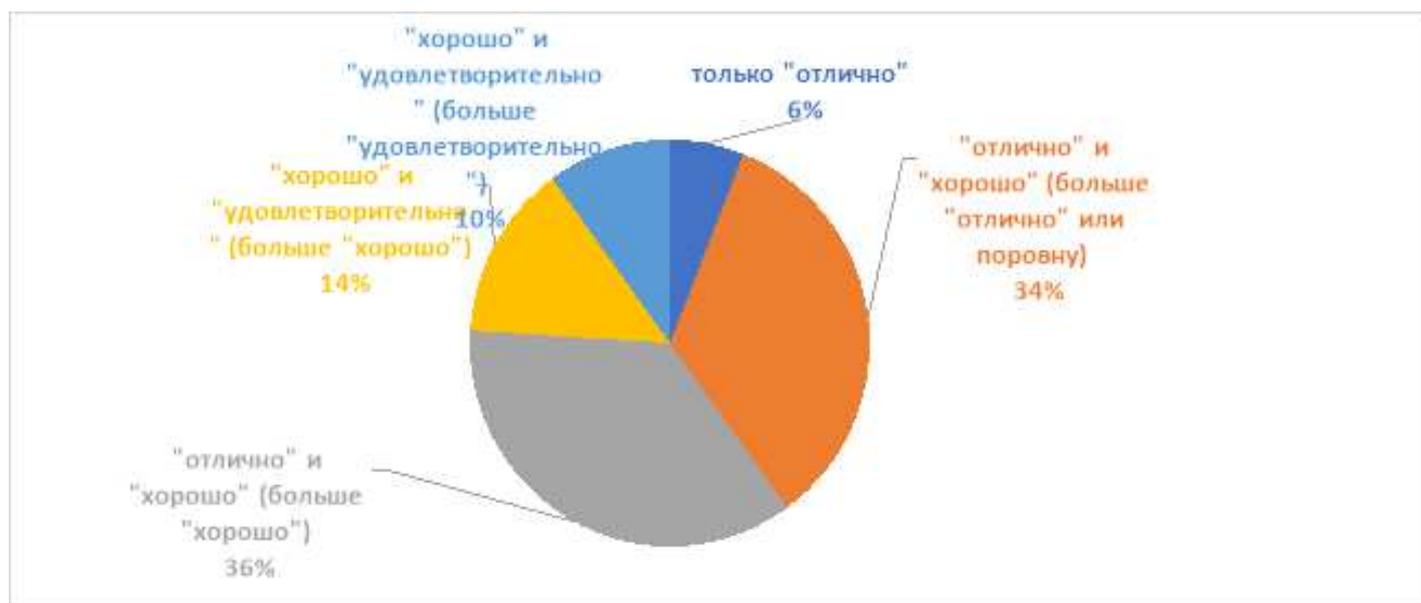


Рис. 1. Оценки

Были проанализировали ответы респондентов на ответы по тесту Г. Айзенка (PEN). 16 % студентов являются холериками, 20 % - флегматики, 26 % -сангвиники, 38 % - меланхолики.

Установлено 31,6 % меланхоликов учатся на «отлично» и «хорошо» (больше «отлично» или поровну) и столько же на «отлично» и «хорошо» (больше «хорошо»).

15,8 % меланхоликов учатся на «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «удовлетворительно»).

10,5 % меланхоликов успевают только на «отлично».

50 % флегматиков закрывают сессии на «отлично» и «хорошо» (больше «отлично» или поровну), а 40 % на «отлично» и «хорошо» (больше «хорошо»), а остальные 10 % на «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»).

38 % сангвиников получают «отлично» и «хорошо» (больше «отлично» или поровну) за свою учебу. 23 % студентов учатся на «отлично» и «хорошо» (больше «хорошо») и столько же на «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»). И лишь 8 % получают за свои знания «хорошо» «удовлетворительно» (больше «удовлетворительно») и столько же только отличники.

62,5 % (наибольший процент) холериков оценивают на «отлично» и «хорошо» (больше «хорошо»). 12,5 % студентов холериков одинаково оценивают в трех оценочных группах: «отлично» и «хорошо» (больше «отлично» или поровну), «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «хорошо»), «хорошо» и «удовлетворительно» (больше «удовлетворительно») (Рисунок 2).

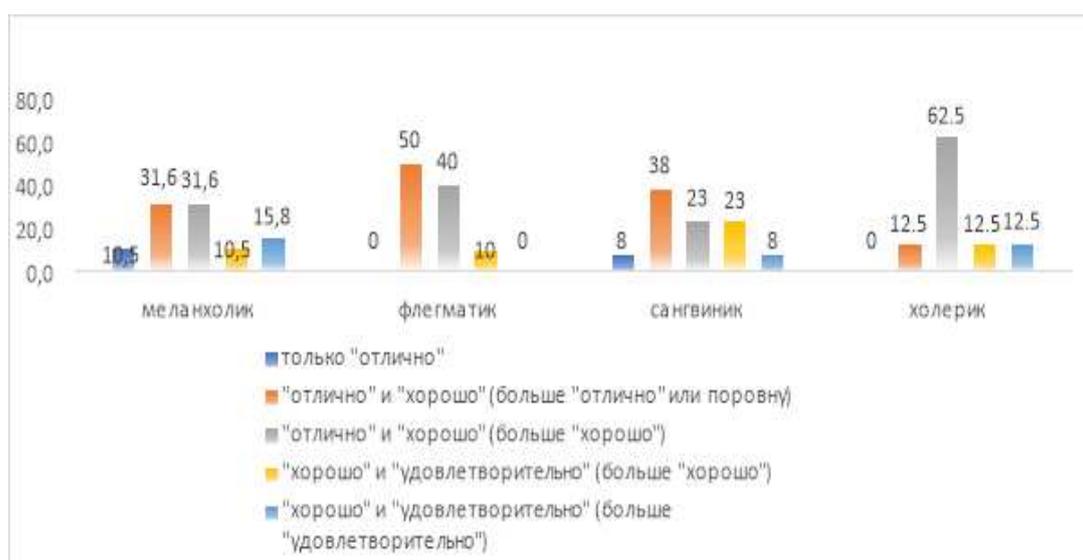


Рис. 2. Успеваемость по типу темперамента

Заключение. По результатам исследования было выявлено, что не существует явной зависимости успеваемости от типа темперамента. Сангвиники, холерики, флегматики и меланхолики, при прочих равных условиях, имеют одинаковые шансы стать успешными как в учёбе, так и в других видах деятельности.

Темпераментальные отличия содействуют пробуждению особенных способностей личности. Это следует учитывать при планировании, как учебной деятельности, так и при планировании прочих видов деятельности. Особенно внимание к разнице в темпераменте следует обратить педагогам учебных учреждений всех уровней, начиная с дошкольных учреждения, заканчивая преподавателями вузов, так как в данном случае именно на них лежит ответственность за передачу знаний и опыта своим подопечным. Кроме того, процесс регулирования темпераментальных отличий проводится легче сторонним лицом, нежели индивидом самостоятельно.

Однако, процесс регулирования темпераментальных отличий вполне подвластен и самому индивиду. Корректировка свойств темперамента приводит не только к совершенствованию себя, но и помогает добиться успехов в любой деятельности. В случае, если индивид самостоятельно или с помощью стороннего лица корректирует собственный темперамент, то в процессе данной корректировки повышается степень уравновешенности нервных процессов, повышается сила возбуждения и торможения, а также их подвижность.

Стоит учитывать, что сангвинику подходит многозадачная, разноплановая деятельность, требующая быстрого энергичного включения, включающая отдельные точки ответственности, не предполагающие больших напряжений и глубины, продолжительного времени для выполнения каждой отдельной задачи, связанная с коммуникацией, деятельность, требующая дисциплины и организованности.

Флегматику подходит деятельность, требующая длительной основательной подготовки, длительного сосредоточения на выполнении одной задачи, аккуратности и кропотливости при выполнении отдельных задач, аналитическая и экспертная деятельность, работа с информацией (базами данных, подсчетами, текстами).

Холерику подходит проектная деятельность, требующая настойчивости и целеустремленности в достижении цели в условиях конкуренции, связанная с необходимостью значительных усилий на старте, с высокой долей личной ответственности, многозадачная деятельность с частой сменой функций, необходимостью делать несколько дел одновременно, связанная с коммуникациями, связанная с необходимостью проявить креативность, актерские задатки.

Меланхолику подходит деятельность, основанная на подробно и корректно регламентированном порядке ее исполнения, не требующая значительных по интеллектуальной или физической нагрузке усилий, работа с информацией (базами данных, подсчетами).

Литература/ References

1. Маклаков А. Г. Общая психология: Учебник для вузов - СПб.: Питер, 2016–585 с.
2. Мерлин В. С. Собрание сочинений. Том 3: Очерк теории темперамента. Кемерово: ПСИ, 2007. — 276 с.
3. Петровский А. В., Мироненко В. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Просвещение, 1987. — 447 с.
4. Шапиро, С.А. Характерология личности: учебное пособие / С.А. Шапиро, Э.С. Мандрусова. – Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2018. – 179 с.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ПСИХИАТРИИ КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Жигалова Е.В.

*Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России,
Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье дается историко-проблемный анализ развития биопсихосоциального подхода в психиатрии применительно к проблеме укрепления сексуального здоровья человека. С позиций системности представлена характеристика понятия «сексуальное здоровье» в психосоциальном контексте и взаимосвязи с факторами качества жизни. Рассмотрены основные общеметодологические тенденции современной психиатрии с учетом проблемы интеграции медико-биологического и социально-психологического подходов. Обоснована необходимость использования и развития биопсихосоциальной модели для междисциплинарных исследований здоровья.

Ключевые слова: биопсихосоциальная модель, биомедицинская модель, социально-психологический подход, сексуальное здоровье человека, психиатрия.

BIOPSYCHOSOCIAL MODEL IN PSYCHIATRY AS A CONCEPTUAL BASIS FOR THE STUDY OF HUMAN SEXUAL HEALTH

Zhigalova E.V.

*Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology
I. I. Mechnikov State Medical University, Russia, Saint-Petersburg*

Abstract. The article provides a historical and problematic analysis of the development of the biopsychosocial approach in psychiatry in relation to the problem of strengthening human sexual health. From the standpoint of consistency, the characteristic of the concept of «sexual health» in the psychosocial context and the relationship with the factors of quality of life is presented. The main general methodological trends of modern psychiatry are considered, taking into account the problem of integration of medical-biological and socio-psychological approaches. The necessity of using and developing a biopsychosocial model for interdisciplinary health research is substantiated.

Keywords: biopsychosocial model, biomedical model, socio-psychological approach, human sexual health, psychiatry.

Проблема укрепления сексуального здоровья человека обладает большой социальной значимостью. Результаты исследований последних лет показывают, что распространенность сексуальных проблем среди взрослого населения чрезвычайно широка: около 43 процентов женщин и 31 процент мужчин имеют то или иное расстройство сексуальной сферы.

В современных условиях дать однозначное универсальное определение понятия сексуального здоровья человека достаточно сложно из-за социальных, этических и культурных различий народов мира.

Всемирная организация здравоохранения определяет сексуальное здоровье как «комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви» [17].

В настоящее время термин «сексуальное здоровье» переживает переосмысление и предполагает наличие не только репродуктивного, но и гедонистического компонента. В современной научной медицине сексуальное

здоровье человека рассматривается в контексте общего физического здоровья человека и понимается как «интегральный комплекс, взаимодействующих компонентов сексуальности — биологического (анатомо-физиологического), социального, психологического, социально-психологического, обеспечивающих сексуальное поведение, сложную систему сексуальных взаимоотношений, приводящих к оптимальной сексуальной адаптации к противоположному полу, сексуальной гармонии в соответствии с нормами социальной и личной морали» [4].

Социальные компоненты, в отличие от врожденных биологических (анатомо-физиологических и генетических), обуславливаются культурными, религиозными и этническими факторами отношения общества к сексуальности, воспитанием и окружением человека, спецификой его образа жизни сексуальных установок.

Применительно к психологическим факторам сексуального здоровья человека определяющее значение имеют индивидуальные психологические и когнитивные особенности личности во взаимодействии с эмоционально-волевой сферой, способностью к эффективной деятельности и коммуникации. В социально-психологических компонентах важен учет характерологических факторов семьи или партнерской пары, к которым относятся сформировавшиеся в них женские и мужские социальные роли и стереотипы поведения.

Таким образом, современная медицина рассматривает сексуальное здоровье человека как комплекс физиологических, психологических и социальных аспектов, обеспечивающих его общее здоровье, эмоциональное состояние, личностное развитие.

Проблема сексуального здоровья тесно связана с вопросом качества жизни, являющимся неотъемлемым понятием современной медицины, поскольку сексуальность человека служит не только репродуктивной цели, но и

несет в себе возможность получать и доставлять удовольствие, гармонизирует отношения, дает полноту ощущений от жизни.

Принятая в 2004 году первая глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья обозначила укрепление сексуального здоровья в качестве одного из пяти приоритетов наряду с «улучшением дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным; предоставлением высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги, связанные с бесплодием; ликвидацией небезопасных абортов; борьбой с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая ВИЧ, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания» [14].

В Международной классификации болезней (МКБ) 10 пересмотра (1999), действующей в настоящее время на территории Российской Федерации, сексуальные расстройства отнесены к категории 06 «Психические и поведенческие расстройства» [18].

В связи с этим представляется важным охарактеризовать основные методологические подходы к исследованию проблем сексуального здоровья в психиатрии. Исторически первоначальной и традиционной моделью развития психиатрии как отрасли медицины стала биомедицинская модель, ориентированная на соматическую природу любого заболевания, в том числе психического и психологического. Социальные и психические факторы долгое время рассматривались как вторичные, поскольку относились, по мнению сторонников биомедицинского подхода, не к «сущности», а к внешней форме проявления психических расстройств.

Однако в рамках биомедицинской модели в психиатрии не удалось раскрыть этиологию таких наиболее распространенных заболеваний, как неврозы и депрессии, функциональные психозы и психосоматические расстройства, что послужило причиной усиления альтернативного,

психологического подхода в психиатрии, развитию динамических школ психотерапии [5].

Понятие «психосоматика» стали употреблять в медицине в первой половине XX века. Большая заслуга в этом представителей психоаналитической школы Зигмунда Фрейда и его последователей, активно изучавших влияние комплексов и переживаний человека на физиологические проблемы. Позже американский врач венгерского происхождения Франц Александер высказал предположение, основанное на наблюдении за пациентами: эмоциональное напряжение постепенно приводит к развитию определенных соматических заболеваний. На основе этой гипотезы были описаны типы личностей, склонные к конкретной соматической патологии. Например, гипертоническая болезнь ассоциировалась со стремлением человека занимать доминирующее положение [1].

Появившиеся в XX веке многочисленные школы «глубинной психологии» в значительной степени отличались друг от друга в понимании природы и взаимосвязи психических и физических расстройств человека, однако к 1960–1970-м годам стала понятна необходимость выработки новой универсальной методологии медицины. В это время появилась теория о многофакторной природе большинства заболеваний, получившая название биопсихосоциальной модели (концепции).

Впервые биопсихосоциальная модель в медицине была предложена Джорджем Л. Энгелем в 1977 году как «вызов для биомедицины» [11]. Модель представляет собой попытку гармонизировать с позиций медицины весь комплекс функционирования организма человека. По мнению автора, практически любое заболевание развивается в результате суммы факторов, в числе которых есть биологические (наследственность), социальные (в каких условиях живет человек) и психологические (эмоциональное состояние). При этом вклад последних в каждом конкретном случае может сильно отличаться.

Необходимо отметить важность того, что биопсихосоциальная модель формировалась в период возникновения междисциплинарных, системных подходов в медицине, направленных против недооценки влияния психических и психологических факторов на здоровье человека.

В 1980 г. в статье «Клиническое применение биопсихосоциальной модели» [12] Джордж Л. Энгель показывает взаимное влияние различных биопсихосоциальных факторов друг на друга на примере конкретного пациента и приходит к выводу, что болезнь человека как открытой системы является результатом не линейных закономерностей, а зависит от комплекса причин. При этом, по мнению автора, влияние психосоциальных причин на биологические более значимо, чем это определяется биомедициной.

Основной проблемой биопсихосоциальной модели Джорджа Л. Энгеля, не смотря на новизну и несомненную актуальность, стало то, что в работах автора и его последователей не были представлены механизмы использования модели в клинической практике и науке [2].

Однако подход, основанный на биопсихосоциальной модели, предложенной Джорджем Л. Энгелем, в настоящее время является одним из самых популярных и известных методов современной психиатрии [15]. Принятие биопсихосоциальной модели в психиатрии означало, по мнению ученых, открытие новых возможностей в развитии научных исследований и полную смену парадигмы лечения пациентов [13].

Существенное влияние на процесс внедрения биопсихосоциальной модели в психиатрию оказали исследования, проводимые в США в 1980-е годы одновременно с принятием DSM-III и постепенным отказом от концепции психоанализа и психофармакологии. В то же время в ряде работ в характеристике биопсихосоциального подхода особое внимание уделялось психоаналитическим теориям без детального анализа биологических и социальных вопросов. Многие исследователи рассматривали применение

биопсихосоциальной модели как доказательство приоритета психотерапии над психофармакологией, вплоть до доказательства ее ошибочности в терапевтических стратегиях психиатрии [16].

В связи с этим становится понятным, почему в росте популярности биопсихосоциальной модели многие исследователи усмотрели возврат к психоанализу, который, как и биопсихосоциальная модель, ориентирован на работу с психосоциальной реальностью человека.

Важным моментом в критике биомедицинской модели, на наш взгляд, является ответ на вопрос о влиянии социальных факторов на здоровье. Эта проблема активно обсуждается учеными [3], что подчеркивает её большую значимость для формирования научного подхода к применению биопсихосоциальной модели.

Основная идея психической гигиены, пропагандируемая на Западе Альфредом Мейером и поддержанная советскими психиатрами в 1920-е годы, состоит в том, что для снижения заболеваемости психическими расстройствами необходимо реформировать общество. Психогигиенисты ввели понятие «социальная экосистема человека» и утверждали, что, улучшая быт, можно улучшить психику человека. С их точки зрения, психиатр рассматривался как миссионер «ментальной гигиены», а социальные факторы как решающие для психического здоровья.

В Германии в 1980-90-х годах во время первых государственных социальных программ появилась идея социальной психиатрии, целью которой стало сохранение психического здоровья и интеграция лиц с психическими расстройствами в социум. Психиатр в этом случае выполняет функцию социального патолога, ориентированного на улучшение состояния не только пациента, но и всего народа [9].

Важно понимать, что, подчеркивая важность социальных взаимосвязей функционирования пациента, биопсихосоциальная модель тесно связана с

психоаналитическим подходом, в соответствии с которым человек не существует изолированно от других. Поэтому в психоанализе, во многом благодаря работам Г.С. Салливана [6], большое внимание уделяется сфере социальных коммуникаций и межличностных отношений. По мнению Г.С. Салливана, сущностью психиатрии является изучение биологии человеческих взаимоотношений.

Отсутствие единых подходов в применении биопсихосоциальной модели привело к сохранению в психиатрии до настоящего времени разрыва между биологической трактовкой заболевания (психофармакопия) и психотерапией, основанной на психосоциальных моделях. В итоге биопсихосоциальная модель сегодня вызывает достаточно много разночтений и немало критических замечаний, вплоть до невозможности ее применения в психиатрии [8].

Большинство современных ученых в области психиатрии трактуют сущность биопсихосоциальной модели как «иерархической структуры биологической, психологической и социальной систем с простым взаимодействием между этими системами» [7].

Некоторые авторы, оценивая биопсихосоциальную модель в психиатрии с точки зрения обеспечения междисциплинарности и учета всего спектра знаний о человеке, считают, что она потерпела неудачу. По мнению критиков, не смотря на важное значение модели для клинической психиатрии, «отсутствие философской согласованности и нечувствительность к субъективному опыту пациента приводит к неконтролируемой эклектике и не дает гарантий против доминирования или, напротив, недостаточной оценки каждого из доменов модели: биологического, психологического и социального» [10].

По сути, многолетняя дискуссия о биопсихосоциальной модели в общей медицине и психиатрии является продолжением дискуссии о проблеме соотношения материального и идеального в возникновении и формировании психических расстройств человека.

Однако, бесспорно, что без оценки воздействия внешних социальных факторов (общества, семьи, воспитания и других) на возникновение конкретных психических расстройств, понимание взаимосвязи биологических процессов и реакций человека на окружающую среду весьма затруднено.

Важно отметить, что современная медицинская наука все больше ориентируется на биопсихосоциальную целостность человека, которая изучается комплексом естественно-научных, социокультурных, психологических и других областей знаний.

В психиатрии, как и в медицине в целом, ведущая роль в понимании природы психических расстройств, в том числе и сексуальных, также принадлежит биопсихосоциальной парадигме. В наше время произошел значительный отход от прежней соматоцентрированной (ориентированной на тело) концепции, все больше осознается роль различных психологических и социальных факторов в возникновении сексуальных дисфункций.

Тем не менее, несмотря на важность проблемы укрепления сексуального здоровья человека, влияние биопсихосексуальных факторов на характер сексуальных дисфункций является практически не изученным как в России, так и за рубежом.

Перспектива развития психиатрии связана, на наш взгляд, с развитием научного осмысления и использования биопсихосоциального подхода, при котором возможно и адекватно анализировать биологические, психологические и социальные аспекты болезни человека как единой динамической системы. Данная точка зрения признана врачами и исследователями во всем мире [15] и нуждается в развитии и внедрении в нашей стране.

Литература/ References

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер; пер. с англ. А. М. Боковой, В. В.

Старовойтова; под научн. ред. С. Л. Шишкина - Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2016. - 322 с.

2. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований / Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С. [и др.]. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2020.- №2.- С. 3-15.

3. Коцюбинский, А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А.П. Коцюбинский - Санкт-Петербург: «СпецЛит», 2017.- 285 с.

4. Кришталь, В.В. Сексология: учебное пособие / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. - М.: PerSe, 2002. - 878 с.

5. Нуллер, Ю.Л. О парадигме в психиатрии / Ю.Л. Нуллер // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 1991. - № 4. - С. 5-13.

6. Салливан, Г. Интерперсональная теория в психиатрии / Г. Салливан - Санкт- Петербург: КСП+, Ювента, 1999.- 347 с.

7. Холмогорова, А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - №12(3). – С. 97-104.

8. Холмогорова, А.Б., Рычкова, О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? / А.Б. Холмогорова, О.В.Рычкова // Социальная психология и общество. - 2017. - №8(4). – С. 8-31.

9. Шмуклер, А.Б. Психиатрия как медицинская дисциплина. / А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. - № 29(1). – С. 79-81.

10. Benning, T.B. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry / T.B. Benning. - Adv Med Educ Pract. 2015 May 2; 6:347-52. doi: 10.2147/AMEP.S82937.
11. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. 25 / G.L. Engel - Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.
12. Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel - Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535.PMID: 7369396.
13. Reiser, M.F. Implications of a biopsychosocial model for research in psychiatry / M.F. Reiser - Psychosom Med. 1980;42(1 Suppl):141-51. doi: 10.1097/00006842-198001001-00009.
14. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Retrieved from <http://www.who.int>.
15. Strauss, J, Bernard, P, Harper, A. Towards a Biopsychosocial Psychiatry / J. Strauss, P. Bernard, A. Harper - Psychiatry. 2019 Summer;82(2):103-112. doi: 10.1080/00332747.2019.1579609.
16. Vasile, R.G., Samson, J.A., Bemporad, J., Bloomingdale, K.L., Creasey, D., Fenton, B.T., Gudeman, J.E., Schildkraut, J.J. A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders. - Am J Psychiatry. 1987 Mar; 144(3):341-4. doi: 10.1176/ajp.144.3.341.
17. World Health Organization (2008-08-19). Overview «Sexual health». Retrieved from <https://www.who.int/ru/multi-media/details/sexual-health-is-a-state-of-physical-emotional-mental-and-social-wellbeing>.
18. World Health Organization (2018-06-18). «WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). ICD-11 Reference Guide». Retrieved from <https://icd11.ru/>.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОГИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА

Ковалева К.В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Государственная образовательная организация высшего профессионального
образования «Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования феномена тревоги, как одного из ключевых механизмов формирования состояния психической дезадаптации в условиях коронавирусного пандемического дистресса. В исследовании принимали участие 220 молодых людей в возрасте 19-26 лет, из которых были выделены две группы сравнения в зависимости от уровня нервно-психической адаптации. Для оценки степени выраженности тревоги использовалась «Шкала тревоги Спилбергера (STAI)». В ходе исследования был выявлен ряд статистических закономерностей, в том числе определен высокий уровень личностной тревожности в качестве основной мишени для психокоррекционного воздействия и психопрофилактики.

Ключевые слова: тревога, нервно-психическая адаптация, психическая дезадаптация, пандемия, стресс.

A STUDY OF ANXIETY OF YOUNG PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF NEURO-MENTAL ADAPTATION IN THE CONTEXT OF PANDEMIC DISTRESS

Kovaleva K.V.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
M. Gorky Donetsk National Medical University, Russia, DPR, Donetsk*

Abstract. The article presents the results of a study of the phenomenon of anxiety, as one of the key mechanisms for the formation of a state of mental

disadaptation in the context of coronavirus pandemic distress. The study involved 220 young people aged 19-26 years, of which two comparison groups were identified, depending on the level of neuropsychic adaptation. The Spielberger Anxiety Scale (STAI) was used to assess the severity of anxiety. In the course of the study, a number of statistical patterns were identified, including a high level of personal anxiety as the main target for psychocorrective influence and psychoprophylaxis.

Keywords: anxiety, neuropsychic adaptation, mental maladaptation, pandemic, stress.

Введение. Последнее десятилетие XXI века определяется рядом событий общемирового значения, которые, наряду с беспрецедентным уровнем развития информационных технологий, качественно новым образом влияют как на социум в целом, так и на каждого человека индивидуально. Необходимость ответа на актуальные вызовы реальности сопровождается внутриличностными адаптационными процессами, что в крайне неустойчивых внешних обстоятельствах требует перестройки привычных стереотипов реагирования, которые тем не менее могут оказаться несостоятельными и привести к развитию состояния дистресса. Новые условия, с которыми пришлось столкнуться обществу, определяются следующими характеристиками: глобальность ситуации и отсутствие возможности контролировать происходящие события, наличие фактической угрозы жизни и здоровью, массированный поток устрашающей и непроверенной информации в средствах массовой информации, логистические затруднения / ограничение путешествий, вынужденная социальная изоляция, экономическая депривация и гуманитарная нестабильность.

Пандемия COVID-19 отвечает всем вышеперечисленным условиям и стала потрясением для мирового сообщества с точки зрения её экономических,

социальных и медицинских последствий, а также сопровождалась рядом специфических стрессоров. Фокус научных исследований был преимущественно направлен на психоневрологические постковидные осложнения, которые также явились вызовом для психиатрической службы в силу своей массовости и длительности когнитивных и астенических нарушений [4].

Также ряд авторов выделяют: «коронавирусный синдром», развивающийся под воздействием психотравмирующей ситуации, вызванной COVID-19, который по тяжести психопатологических нарушений приравнивают к посттравматическому стрессовому расстройству [10] / «коронафобию», симптомы которой приближены к критериям специфической (изолированной) фобии по МКБ-10 [1] / «пост-пандемическое стрессовое расстройство» - «post-pandemic stress disorder (PPSD)» [3].

Согласно основной гипотезе исследования, воздействие пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения отражается в нарушении функционирования системы нервно-психической адаптации и сопровождается формированием состояния психической дезадаптации, которая рассматривается в рамках концепции предболезненных психических расстройств [9]. Таким образом, ослабление адаптационных ресурсов личности клинически проявляется в психопатологических образованиях различной степени выраженности, одним из которых является феномен тревоги.

Тревогу описывают, как отрицательно окрашенное эмоциональное состояние, неопределенный беспредметный страх ожидания негативных событий, или же, как комбинацию нескольких эмоций: страха, печали, стыда и вины [7]. Эволюционно тревога представляется в качестве мобилизационного ресурса, обеспечивающего преодоление индивидом потенциально опасной ситуации. В настоящий момент выделяют три основные концепции тревожности [2]. Биологический подход понимает страх и тревогу в качестве

биологически детерминированного способа реагирования на витальную угрозу, подчиняющегося функционированию миндалевидного тела. Поведенческий подход трактует тревожность, как продукт особого рода активности нейронных систем с акцентом на то, каким образом в тревожности задействованы такие свойства психики, как внимание, восприятие, мотивация, память и т.п. С позиции когнитивного подхода тревожность определяется, как сумма телесных ощущений и их интерпретации в сознании с преломлением через функционирования дефектных когнитивных схем.

Травматический пандемический стресс представляет собой комплексную реакцию человека на широкий спектр событий и факторов, предъявляющих пов

Пандемический стресс включает психологический компонент (эмоциональный стресс, возникающий из-за фрустрации личностных потребностей и сопровождающийся отрицательными витальными переживаниями), а также физиологический компонент (преимущественно вегетативные реакции и биохимические сдвиги). У людей, находящихся в условиях длительного массивного стрессового воздействия, может присутствовать ряд различных психопатологических явлений, структурные взаимосвязи которых и характеризуют уровень компенсации/ декомпенсации адаптационных ресурсов личности и, соответственно, определяют степень выраженности состояния дезадаптации - от субклинических проявлений до развития манифестных состояний, требующих психиатрического лечения.

Таким образом, целью настоящего исследования было изучение структурных особенностей и степени выраженности тревоги у лиц молодого возраста с различным уровнем нервно-психической адаптации для детальной феноменологической характеристики состояния психической дезадаптации, а также дальнейшего поиска эффективных методов психокоррекции и психопрофилактики.

Объекты и методы исследования. В исследовании принимали участие 220 студентов медицинского вуза, обучавшихся на 4 курсе в феврале-мае 2021 г., в возрасте 19-26 лет (средний возраст - $20,7 \pm 0,89$ лет), среди них мужчин - 71 чел. (32,3%), женщин - 149 чел. (67,7%). Распределение по группам сравнения осуществлялось в зависимости от уровня нервно-психической адаптации в соответствии с методикой «Тест нервно-психической адаптации» [8, С. 89-98], разработанной в ПНИИ им. Бехтерева в рамках концепции предболезненных психических расстройств С. Б. Семичова.

Методика содержит 26 суждений, в которых описан ряд психопатологических симптомов, оцениваемых испытуемыми по 4-балльной шкале: 0 - «нет и не было»; 1 - «было в прошлом, но сейчас нет»; 2 - «появилось в последнее время»; 3 - «есть уже длительное время»; 4 - «есть и было всегда». «Сырые» баллы затем переводятся в стандартные z-оценки и интерпретируются согласно многомерной шкале: «здоровье» (1,80 и менее); «оптимальная адаптация» (от -1,79 до -1,04); «непатологическая психическая дезадаптация» (от -1,03 до 0,77); «патологическая психическая дезадаптация» (от 0,78 до 1,80); «вероятно болезненное состояние» (1,81 и выше).

Таким образом, в основную группу вошли 130 респондентов в состоянии психической дезадаптации (z-оценка по «Тесту нервно-психической адаптации» - от -1,03 и выше), из них: мужчины - 31 чел. (23,8%), женщины - 99 чел. (76,2%). В группу сравнения - 90 обследуемых в состоянии оптимальной нервно-психической адаптации (z-оценка - 1,04 и менее, соответственно), среди которых 40 мужчин (44,4%) и 50 женщин (55,6%).

Оценка уровня тревоги, как психопатологического феномена, существующего в настоящий момент (реактивная тревожность) и устойчивой характеристики личности (личностная тревожность) проводилась с помощью методики «Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory)» в русскоязычной адаптации Ю. Л. Ханина [6, С. 44-49].

Структура опросника состоит из двух блоков утверждений по 20 вопросов, степень согласия с которыми оцениваются испытуемым по следующей шкале: «нет, это не так»; «пожалуй, так»; «верно» и «совершенно верно». Согласно ключу, результаты интерпретируются следующим образом: до 30 баллов - низкая, 31 - 44 балла - умеренная, 45 и более - высокая тревожность.

Математическая обработка результатов проводилась с применением стандартных методов описательной статистики с использованием таблиц MS Excel и лицензионных пакетов статистического анализа - «Statistica 10.0» (StatSoft) на IBM PC/AT. Использовался метод множественного сравнения One-Way Analysis Of Variance (ANOVA) и t-критерий Стьюдента, т.к. данные были распределены по нормальному закону. Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p \leq 0,01$.

Результаты и их обсуждение. Средний результат нервно-психической адаптации среди респондентов основной группы составил 1,31 ($\pm 1,80$) (95% ДИ: 1,68 - 2,14), что по многомерной шкале методики находится в диапазоне патологической психической дезадаптации. По гендерному признаку результаты находятся в том же диапазоне: 1,16 ($\pm 1,90$) (95% ДИ: 1,52 - 2,54) для мужчин и 1,36 ($\pm 1,89$) (95% ДИ: 1,65 - 2,19) для женщин.

Согласно данным таблицы 1, наибольшее число обследуемых основной группы - 60 чел. (46,2%) имеют признаки непатологической психической дезадаптации, например: отдельные депрессивные симптомы, нарушения сна, повышенная тревожность, трудности в социальном взаимодействии; 23 чел. (17,7%) - патологической (состояние субдепрессии, выраженные астенические и вегетативные симптомы, ситуационные реакции паники/ страха, другие субъективно тягостные внутренние переживания); а 47 чел. (36,1%) - симптомы болезненного состояния, что предполагает возможную манифестацию уже клинически выраженной/ очерченной психической патологии и требует

проведения дополнительного дифференциального психиатрического обследования.

Таблица 1.

Распределение показателей нервно-психической адаптации лиц молодого возраста между группами сравнения и по гендерному признаку

Основная группа						
Категории многомерной шкалы	общие (n=130)		мужчины (n=31)		женщины (n=99)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
непатологическая психическая дезадаптация	60*	46,2	14	45,1	46	46,5
патологическая психическая дезадаптация	23*	17,7	7	22,6	16	16,2
вероятно болезненное состояние	47*	36,1	10	32,3	37	37,3
Группа сравнения						
Категории многомерной шкалы	общие (n=90)		мужчины (n=40)		женщины (n=50)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
здоровье	53*	58,9	25	62,5	28	56,0
оптимальная адаптация	37*	41,1	15	37,5	22	44,0
Примечание: * - различия статистически значимы при $p \leq 0,01$						

В группе сравнения среднее значение нервно-психической адаптации составило $-2,01 (\pm 0,64)$ (95% ДИ: 0,56 - 0,75), что соотносится с категорией «здоровья»; их них у 53 чел. (58,9%) было определено состояние «здоровья», а у 37 чел. (41,1%) - состояние «оптимальной адаптации». Для мужчин данный показатель составил $-2,15 (\pm 0,75)$ (95% ДИ: 0,62 - 0,96), для женщин - $-1,90 (\pm 0,53)$ (95% ДИ: 0,44 - 0,65) (табл. 1). Различия между основной группой и группой сравнения были статистически значимы ($p=0,00$).

В ходе исследования уровня тревоги среди основной группы обследуемых были определены умеренные значения ситуативной тревожности (СТ) - 43,3 ($\pm 11,4$) балла (95% ДИ: 10,1 - 12,9) и высокие значения личностной (ЛТ) - 49,1 ($\pm 7,9$) баллов (95% ДИ: 7,1 - 9,1) вне зависимости от пола (табл. 2). У респондентов группы сравнения СТ низкая - 33,1 ($\pm 6,7$) балла (95% ДИ: 5,8 - 7,9), а ЛТ - 40,1 ($\pm 6,6$) баллов (95% ДИ: 5,7 - 7,7) - находится на умеренном уровне, достоверно более высокая у женщин.

Таблица 2.

Показатели тревоги у лиц молодого возраста в условиях пандемического дистресса

	Шкала тревоги Спилберга (STAI)	
	Ситуативная тревожность (M \pm SD)	Личностная тревожность (M \pm SD)
Основная группа	43,3 \pm 11,4*	49,1 \pm 7,9*
- мужчины	40,2 \pm 9,6	46,8 \pm 8,1
- женщины	44,3 \pm 11,7	49,8 \pm 7,8
Группа сравнения	33,1 \pm 6,7*	40,1 \pm 6,6*
- мужчины	31,6 \pm 7,5	37,2 \pm 6,5**
- женщины	34,2 \pm 5,9	42,5 \pm 5,7**
Примечания: * - достоверность статистических различий между группами сравнения при $p \leq 0,01$; ** - достоверность статистических различий при сравнении по гендерному признаку на уровне $p \leq 0,01$		

Более подробный анализ результатов обследования респондентов основной группы (табл. 3) обнаруживает преобладающее количество лиц с высоким и умеренным показателем ситуативной тревожности.

Следовательно, несмотря на усредненное общее значение, почти 41% молодых людей всё же имеют дисфункциональное состояние внутреннего напряжения, вызывающее значительные трудности в их повседневной деятельности. Длительно существующее состояние тревоги, особенно на фоне

продолжения действия психотравмирующего фактора или же при появлении дополнительных, может спровоцировать развитие невроза или по механизму конверсии привести к формированию психосоматической патологии.

Таблица 3.

Оценка выраженности ситуативной тревожности у респондентов основной группы

Уровень выраженности СТ	низкий		умеренный		высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа (n=130)	13	10,0	64	49,2	53	40,8
- мужчины (n=31)	4	12,9	15	48,4	12	38,7
- женщины (n=99)	9	9,1	49	49,5	41	41,4

Преобладание среди обследуемых указанной группы лиц с высоким уровнем ЛТ (72,3%) свидетельствует о том, что тревожность является скорее устойчивой конституциональной чертой, предполагающей наличие внутриличностного конфликта, и определяющей особенности восприятия широкого круга жизненных ситуаций, как угрожающих и несущих существенный урон жизнедеятельности в целом (табл. 4).

Таблица 4.

Оценка выраженности личностной тревожности у респондентов основной группы

Уровень выраженности ЛТ	низкий		умеренный		высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа (n=130)	1	0,8	35	26,9	94	72,3
- мужчины (n=31)	-	-	11	35,5	20	64,5
- женщины (n=99)	1	1,1	24	24,2	74	74,7

При воздействии глобального пандемического коронавирусного стресса это определяет интенсивность реагирования на множество факторов,

сопровождаящих пандемию. В условиях наличия большого количества устрашающей информации в СМИ, высока вероятность генерализации тревоги с формированием расстройств невротического круга или же аффективной декомпенсации.

Заключение. Статистически достоверные различия результатов основной группы (состояние психической дезадаптации) с группой сравнения (без признаков предпатологии) позволяет сделать вывод о том, что уровень нервно-психической адаптации качественно дифференцирует состояние адаптационного потенциала личности и может быть использован для субклинической диагностики в практическом плане. Умеренный уровень ситуационной тревоги у представителей основной группы предполагает наличие сформированной стадии «резистентности» в рамках адаптационного синдрома, что правомерно в контексте длительности существования пандемической ситуации на момент проведения обследования (более 1 года). Выявленные высокие показатели личностной тревожности у респондентов основной группы свидетельствуют о том, что в структуре личности данной категории молодых людей имеются некоторые дезадаптивные способы восприятия информации и интерпретации жизненных событий - они представляются угрожающими, непреодолимыми, катастрофическими, несущими негативные последствия для самооценки и/или жизни.

Учитывая особенности пандемической обстановки, характеризующейся наличием реальной угрозы жизни и здоровью (которая, в том числе, гиперболизировано воспринимается тревожными людьми), а также сопровождающейся дестабилизирующей эмоциональной обстановкой инфодемии на фоне глобальных изменений привычных жизненных стереотипов, подобные особенности восприятия могут являться одним из ключевых механизмов формирования состояния психической дезадаптации и,

соответственно, мишенью для психокоррекционного/ психопрофилактического воздействия.

Литература/ References

1. Asmundson G. J. G., Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak // Journal of Anxiety Disorders. 2020. №. 70 : 102196.
2. Glas G. Anxiety and Phobias: Phenomenologies, Concepts, Explanations. In: Davies M., Graham G., Sadler J. Z., Fulford K. W. M., Stanghellini G., Thornton T., Gipps R. G. T. (Eds.). The Oxford handbook of philosophy and psychiatry / Oxford, England : Oxford University Press. 2013. PP. 551-573.
3. Łaskawiec D., Grajek M., Szlacheta P., Korzonek-Szlacheta I. Post-Pandemic Stress Disorder as an Effect of the Epidemiological Situation Related to the COVID-19 Pandemic // Healthcare (Basel). 2022. № 10 (6) : 975.
4. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D., Pollak T. A., McGuire P., Fusar-Poli P., Zandi M. S., Lewis G., David A. S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic // Lancet Psychiatry. 2020. №7. PP. 611-627.
5. Абрамов В. А. Коронавирусный стресс: риски для психического здоровья человека // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2021. № 3 (51). С. 4-15.
6. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности / Практическое руководство по психологической диагностике. СПб. : Речь, 2005. 208 с.
7. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2007. 464 с.
8. Практикум по психологии здоровья / Под. ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Питер, 2005. 351 с.
9. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. М. : Медицина, 1987. 184 с.

10. Соловьева Н. В., Макарова Е. В., Кичук И. В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 // РМЖ. 2020. №9. С. 18-22.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Конев В.А.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - преподаватель В.А. Николаев

Аннотация. Физическая культура и спорт являются важным фактором для реабилитации и социально-бытовой адаптации человека с алкогольной и наркотической зависимостями. Ведь физическая зависимость в большей или меньшей степени приводит к нарушению функций организма в целом, значительно ухудшает координацию движений, затрудняет возможность социального контакта с окружающим миром. Именно по этой причине многие наркологи ставят в период реабилитации людей с зависимостями спорт и физкультуру во главу угла для восстановления здоровья и нейтрализации зависимости.

Ключевые слова: реабилитация, алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, физическая культура, ресоциализация, утренняя зарядка, иппотерапия, пробежка, специальные упражнения.

THE ROLE OF PHYSICAL CULTURE AND SPORTS IN THE REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES AND DRUG ADDICTIONS

Konev V.A.

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Lecturer V.A. Nikolaev

Abstract. Physical culture and sports are an important factor for rehabilitation and social adaptation of a person with alcohol and drug addictions. After all, physical dependence to a greater or lesser extent leads to a violation of the functions of the body as a whole, significantly impairs the coordination of movements, complicates the possibility of social contact with the outside world. It is for this reason that many narcologists put sports and physical education at the forefront during the rehabilitation of people with addictions to restore health and neutralize addiction.

Keywords: rehabilitation, alcohol addiction, drug addiction, physical culture, resocialization, morning exercise, hippotherapy, jogging, special exercises.

Актуальность проблемы обусловлена, прежде всего, высокой смертностью среди лиц, больных наркоманией, а также большой вероятностью совершения наркозависимыми и алкоголезависимых как преступлений, так и их рецидивов в сфере незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. В настоящее время указом Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 г. № 733 утверждена стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, целью которой является снижение криминогенности наркомании, а также количества смертей в результате употребления наркотиков [1, с. 18-19].

Все названные вопросы требуют дальнейшего рассмотрения и изучения, что является целью данной работы.

Наркомания и алкоголизм являются болезнями, сопровождающимися

психическими, а иногда и соматическими расстройствами, для них характерно патологическое влечение к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. Исходя из данных Росстата, в лечебно-профилактических организациях Российской Федерации, специализирующихся на освобождения от зависимости, в 2022 году на учете состояло 212,4 тыс. (АППГ - 212,2 тыс.) человек [6], среди них 4,4 тыс. (АППГ - 5,1 тыс.) несовершеннолетних с психическими и поведенческими расстройствами [3, с. 24], что указывает на масштаб проблемы, которая требует комплексного решения [3].

Тенденция к увеличению количества наркопотребителей в последние годы наблюдается не только в России, но и во всем мире. Согласно докладу ООН за 2021 год, в 2019 году около 275 млн. человек в мире употребляли наркотические вещества, более 36 млн человек страдали от расстройств, связанных с употреблением наркотических веществ, в большинстве стран отмечался рост употребления каннабиноидов во время пандемии COVID-19 [4, с. 13-16].

Тенденция употребления алкоголя связана с тем, что многие алкогольные напитки реализуются в свободном доступе. И даже, несмотря на все ограничения по приобретению алкоголя в торговых точках, купить его не составляет проблемы. Особенно это касается несовершеннолетних.

Учитывая тот факт, что в мире и в частности в России наблюдается тенденция к росту культуры потребления наркотических веществ среди молодежи и несовершеннолетних, наркомания становится практически субкультурной тенденцией, поддерживаемой в средствах массовой информации, социальных сетях, музыкальными исполнителями, что в свою очередь приводит к переоценке ценностей и изменению мировоззрения. Данное развитие ситуации требует применение комплексного подхода, направленного на снижение неосознанного употребления наркотических средств [8].

Одной из ключевых проблем стремительного развития наркомании

является высокая доступность приобретения наркотиков через тайники-закладки с использованием информационно-телекоммуникационных ресурсов, что открывает рынок для широких слоев населения и прежде всего для ее наиболее уязвимой категории – подростков [17].

Все чаще распространение получают технологичные и сложные химические структуры, которые можно объединить под условным наименованием «спайс». Химический состав данных наркотических средств постоянно меняется, что существенно затрудняет его лабораторную диагностику. При употреблении веществ этой группы меняется и клиническая картина наркотического опьянения по сравнению с такими наркотиками, как героин или каннабиноиды [14].

В этих условиях появляется чувство тревоги, теряется уверенность в себе и даже чувство собственного достоинства. С другой стороны, активные физкультурно-оздоровительные и спортивные занятия позволяют лучше владеть своим телом, восстанавливают психическое равновесие, возвращают чувство уверенности в себе, дают новые возможности самообслуживания и, в итоге, возврата к активной жизни.

Обычно в период реабилитации лечение проводится комплексно, направлено на оздоровление, постепенное восстановление нормального состояния внутренних органов. Для этого врачи могут рекомендовать:

- диетотерапию – нормализовать питание, исключить острые жирные, жареные продукты. В рационе должно быть больше свежих овощей, фруктов, рыбы, нежирного мяса, молочных, злаковых продуктов;

- физическую активность – нужно как можно больше двигаться, проводить много времени на свежем воздухе. На начальных этапах это могут быть прогулки или занятия лечебной физкультурой, позже можно переходить к занятиям спортом на любительском уровне;

- физиотерапию – в реабилитации после алкоголизма применяются физиотерапевтические процедуры, позволяющие нормализовать работу нервной системы, ускорить процессы восстановления, уменьшить боли.

То есть физкультура – это основной вид восстановления психического здоровья людей. Это могут быть просто занятия в виде зарядки, либо уже более сложные занятия – в спортивном зале, по системе развития мышц.

Также это могут быть какие-то занятия с животными – иппотерапия, дельфинотерапия.

Привлечь лица с алкогольной и наркотической зависимостями к занятиям спортом – значит во многом восстановить у них утраченный контакт с окружающим миром. Использование средств физической культуры и спорта является эффективным и в ряде случаев единственным средством физической реабилитации и социальной адаптации людей с алкогольной и наркотической зависимостями.

Восстановление чувствования своего здоровья при помощи физических упражнений, спорта, зарядки, физкультуры помогает почувствовать свой организм и свое тело.

Программа реабилитации для алкоголиков и наркоманов делиться на несколько этапов. Своевременное прохождение и соблюдение последовательности каждого из них – залог успеха и здорового будущего. Сегодня мы расскажем об этапе восстановления физического состояния и формировании самодисциплины у ребят, желающих изменить образ жизни. Восстановление биологического аспекта, утраченного во время употребления, положительно влияет на выздоровление. К данному этапу относится: прием витаминов и минералов, правильное питание, определенный режим, полноценный сон, а главное систематическое занятие спортом. Важными периодом лечения наркомании и и алкоголизма принято считать: реабилитация в стационаре и ресоциализация (в обществе).

К спорту врачи-наркологи привлекают своих подопечных к занятию с самого начала. По мнению сотрудников, чем быстрее человек будет привлечен к занятию спортом, тем быстрее обновится организм, а человек приобретет твердость в характере и уверенность в себе. В стационаре практикуется более легкий спорт. Человеку на ранних этапах лечения, помимо физической формы, важнее всего справиться с ломкой и привести в порядок психоэмоциональное состояние. Поэтому чаще всего в расписание входит: утренняя зарядка; пробежка; футбол и другие спортивные игры [15].

На ресоциализации человек имеет возможность максимально посвятить себя спорту:

- занятия в специальных спортивных клубах (силовые тренировки);
- бокс и кикбоксинг. Даже не имея навыки занятия боксом, можно выйти на профессиональный уровень в данном направлении спорта. К тренировкам привлекаются известные спортсмены, заражая ребят «спортивным духом» и «суля» обучая профессиональной технике боксирования. Многие ребята по окончании реабилитации стали развиваться в данном направлении и достигли хороших результатов в спорте.

Каждая спортивная тренировка – это период нагрузки, когда мышцы и все жизненно важные органы работают в экстремальном режиме. И на восстановление организма после тренировки может уходить от одного до двух дней, в зависимости от интенсивности нагрузки и состояния организма человека. Выпитый алкоголь после тренировки может не только помешать восстановлению человеческого тела, но и нанести значительный удар по организму, который находясь в состоянии посттренировочного стресса. Что касается обмена веществ, то алкоголь легко включается в обменные энергетические процессы, так как является более доступным источником энергии, чем другие пищевые продукты. 100 г алкоголя содержат 710 ккал. При этом эффект замещения приводит к тому, что другие питательные вещества

депонируются в организме, а алкоголь начинает перерабатываться в первую очередь. В результате его расщепления образуется ацетальдегид, который является токсином и обезвреживается печенью, что увеличивает нагрузку на нее.

Сфера физической культуры и спорта выполняет в обществе множество функций и охватывает все возрастные группы населения. Полифункциональный характер сферы проявляется в том, что физическая культура и спорт - это развитие физических, эстетических и нравственных качеств человеческой личности, организация общественно полезной деятельности, досуга населения, профилактика заболеваний, воспитание подрастающего поколения, физическая и психо-эмоциональная рекреация и реабилитация, зрелище, коммуникация и т. д. [20]

Забота о развитии физической культуры и спорта - важнейшая составляющая социальной политики государства, обеспечивающая воплощение в жизнь гуманистических идеалов, ценностей и норм, открывающих широкий простор для выявления способностей людей, удовлетворения их интересов и потребностей, активизации человеческого фактора [13].

Появились новые формы физкультурно-оздоровительной работы с рыночными механизмами развития. Началось приращение спортивных сооружений, в том числе физкультурно-спортивной инфраструктуры дворового плана; увеличивается финансирование; принимаются территориальные законы и программы физического оздоровления населения [16].

Современные учёные занимаются разработкой вопросов обеспечения безбарьерной среды жизнедеятельности лиц с алкогольной и наркотической зависимостями. Учёными сегодня разрабатываются такие модели, которые объединяли бы в себе интеграционный и реабилитационный аспекты решения проблем людей с алкогольной и наркотической зависимостями. Социальное поведение может включать определённую общественную активность, в том

числе и участие в общественном производстве, политических процессах, досуговой и творческой деятельности. Это способствовало бы обеспечению регуляции взаимоотношений людей с алкогольной и наркотической зависимостями и общества [19].

Заключение. В настоящее время важно осмыслить процесс ресоциализации с алкогольной и наркотической зависимостями, во-первых, в новых конкретно-исторических условиях, а во-вторых - социологических, основываясь как на значительном опыте социальной работы с алкогольной и наркотической зависимостями в нашей стране и за рубежом, так и учитывая последние достижения современной социологической теории.

Литература/ References

1. Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года: указ Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 г. № 733 // Электронный фонд нормативно-технических документов. 20 с.
2. Об утверждении Перечня о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации: постановление Правительства Российской Федерации от 20 июня 2011 г. № 485 // Электронный фонд нормативно-технических документов. 328 с.
3. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации. Москва, 2021. 62с.
4. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации. Москва, 2019. 49 с.
5. Показатели преступности России. Динамика // Портал правовой статистики Генеральной прокуратуры Российской Федерации. URL: http://crimestat.ru/offenses_chart (дата обращения: 13.02.2023).
6. Заболеваемость населения наркоманией: Портал Федеральной службы государственной статистики (данные Минздрава России, расчет

Росстата по состоянию на 30.11.2021). URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr2-4.xls> (дата обращения: 13.02.2023).

7. Всемирный доклад о наркотиках за 2021 год Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН). - URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2021/Annual_Report/E_INCB_2021_1_rus.pdf (дата обращения: 13.02.2023).

8. Зотова Е. П. Новые психоактивные вещества - эпидемия XXI века? // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. № 3. 2020. С. 53-57.

9. Ракитин С. А., Курушкин М. В., Мищенко С. В., Зубкова Т. А. Клинический пример психоза, развившегося на фоне острой интоксикации синтетическими каннабиноидами // Омский психиатрический журнал. 2020.

10. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия: информационное письмо для врачей / К. М. Брусин [и др.]. Екатеринбург, 2011. 18 с.

11. Анисимова Н. А. Современный подход к диагностике и лечению зависимости от курительных смесей типа «спайс» // Центральный научный вестник. Т. 1. № 11. Медицина. Пушкино, 2016. С. 3-4.

12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром отмены психоактивных веществ (абстинентное состояние, вызванное употреблением психоактивных веществ): клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2018. 52 с.

13. Кекелидзе З. И. [и др.] Случай формирования синдрома зависимости от синтетических катионов (амфетоподобные соединения «соль») // Военная медицина. 2021. № 2. С. 134-143.

14. Дроздов И. С. Интенсивность рецидива преступлений при осуждении без лишения свободы // Журнал уголовная юстиция. Томск, 2019. С. 108-112.

15. Кокин В. И. Личность наркомана: проблемы отчуждения (социально-философский акцент) // Отечественный журнал социальной работы. Москва, 2011. С. 69-77.
16. Целинский Б. П., Игонин А. А. Нормативно-правовые основы назначения обязательных мер медицинского характера наркологическим пациентам, привлеченным к уголовной или административной ответственности // Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 25-31.
17. Портал Федеральной службы исполнения наказаний. Статистические данные. URL: <https://fsin.gov.ru/statistics/> (дата обращения: 03.03.2022).
18. Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации на период до 2030 года. - URL: <http://static.government.ru/media/acts/files/1202105050004.pdf> (дата обращения: 03.03.2022).
19. Савушкин С. М. Социальные связи осужденных к лишению свободы как фактор их дифференциации // Уголовная юстиция. 2021. № 18. С. 86-90.
20. О ситуации с наркозависимостью в России и в мире «Искоренить наркоманию не получится»: интервью главного внештатного психиатра-нарколога Министерства здравоохранения России Евгения Брюн // Известия. Москва, 2018.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ: ХРОНОТОПИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

Егорова Т.И., Дочкина И.С., Скрипникова Д.Н.

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.и.н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация: В психологии изучается влияние на восприятие времени различных факторов, таких как мотивация предпринимаются попытки определить продолжительность «настоящего». В данной работе представлены результаты исследования субъективного восприятия времени человеком в зависимости от возраста.

Ключевые слова: время, субъективное восприятие, замедление времени.

TYPOLOGICAL FEATURES OF SUBJECTIVE PERCEPTION OF TIME: CHRONOTOPIC CONTEXT

Egorova T.I., Dochkina I.S., Skripnikova D.N.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – PhD, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. In psychology, the influence of various factors on the perception of time is studied, such as motivation, attempts are made to determine the duration of the «present». This paper presents the results of a study of the subjective perception of time by a person depending on age.

Keywords: time, subjective perception, time dilation.

Актуальность. Каждый человек постоянно сталкивается с проблемой понимания времени. Любая человеческая деятельность не обходится без его восприятия. При этом, следует отметить, что для каждого человека восприятие времени индивидуально. Это зависит от ряда факторов, таких как: сильные эмоции, чувство страха, температура тела, изолированность, сосредоточенность (внимание) и даже профессиональная принадлежность. К примеру, врачи лучше других способны определить, сколько по времени длится консультация пациентов, а преподаватели – продолжительность урока. Одним из факторов,

влияние которого на себя способен ощутить каждый, является возраст. По этой причине человеку важно понимать, что собой представляет время, и как его восприятие зависит от возраста.

В проблеме субъективного восприятия времени всегда были заинтересованы многие учёные. Но в последнее время этот вопрос приобрел особую актуальность в связи с активным внедрением новейших информационных технологий в науку, что требует от человека умение особенно хорошо ориентироваться во времени. Поэтому проблема индивидуального восприятия времени является актуальной для многих наук. Несмотря на значительный прогресс в этой области, в рамках данной проблемы имеется много нерешенных вопросов.

Цель исследования: изучение проблемы субъективного восприятия времени в зависимости от возраста человека.

Методы исследования: теоретический, анализ информации по теме: «субъективное восприятие времени в зависимости от возраста», работа с литературными источниками, статистический (анализ результатов анкетирования), представление информации в графическом виде, подготовка презентации.

Единых, «внутренних часов», у человека не существует: различные зоны мозга тесно взаимосвязаны между собой. Каждая из зон мозга отвечает за то, как он будет ориентироваться во времени и пространстве. Кроме мозга, в восприятии времени принимают участие и органы чувств, благодаря которым человек может сделать Заключение. о том, сколько длилось то или иное событие.

На восприятие человеком времени могут влиять такие факторы, как: сильные эмоции, чувство страха, возраст, температура тела, изолированность, сосредоточенность (внимание). Кроме факторов, влияющих на восприятие, имеет значение и способ восприятия: при слуховом восприятии событие

сильнее растягивается во времени, чем при зрительном. Можно заметить даже влияние профессиональной принадлежности на чувство времени.

Возраст является одним из ключевых факторов, способных влиять на субъективное восприятие времени. По мере взросления время для человека как будто ускоряется. Начинает казаться, что в неделю, месяц или даже год теперь успевают вместиться гораздо меньше событий. Почему же так происходит?

Находясь в периоде детства, люди не концентрируют внимание на будущем или прошлом, а просто живут в моменте, познают мир, накапливают новые впечатления. Затем наступает «пик воспоминаний» – обилие впечатлений от первых контактов с социумом, учебы в школе, университете, новых открытий. Также в подростковом возрасте и юности мозг развивается особенным образом, а его работа наиболее интенсивна – в результате наши воспоминания становятся наиболее яркими. Насыщенность событиями и переменами, интенсивность восприятия создает большую концентрацию воспоминаний за короткий период времени – это заставляет нас думать, будто все длилось гораздо дольше, чем на самом деле.

Благодаря вырабатываемым нами с возрастом временным схемам, которые дают представление о месяцах, смене сезонов, мы судим о том, как быстро проходит время и сколько событий обычно вмещает в себя определенный временной отрезок. Мы учимся определять длительность того или иного события, судить о количестве прошедшего времени по тому, сколько событий произошло. С приходом взрослости все в жизни приобрело обыденность, стало привычным и повседневным. Ко многим вещам люди начинают относиться как к чему-то хорошо знакомому и им сложнее чему-то удивляться. Поэтому дни начинают сливаться друг с другом, превращаясь в один неинтересный день. Отсутствие новых ярких впечатлений заставляет человека чувствовать, будто время с возрастом бежит быстрее. Когда же в нашей жизни возникает конкретная временная веха, мы вдруг осознаем, как много прошло

времени. А все потому, что на самом деле запоминаются не дни, а яркие мгновения, из которых они состоят. В результате нам кажется, что время идет быстрее.

Результаты и обсуждение. В целях проведения исследования и решения поставленных задач, был проведен опрос группы из 54 человек, в возрастном диапазоне 18 - 45 лет.

Данной группе, был предложен перечень вопросов, связанных с насыщенностью жизни различными событиями с временными интервалами по 5 лет. Выбирая промежуточные интервалы включительно до своего нынешнего возраста, респонденты были не удовлетворены качеством прожитых ими лет, о чем свидетельствует средний показатель 3.8, выбранный в диапазоне 1-10 по вопросу о насыщенности жизни. Кроме того, один из вопросов был связан с желаемой продолжительностью жизни. Средние данные по опросу показали, что как женщины, так и мужчины выбирают продолжительность жизни в диапазоне 80-95 лет, что демонстрирует явное желание людей увеличивать продолжительность жизни. Кроме того, статистика показывает, что большинство респондентов стремятся с настоящего времени насытить свою жизнь различными моментами, повысить количество осознанных воспоминаний.

Исходя из этих данных можно сделать вывод, что при сознательном восприятии времени, люди чаще задумываются о том, что не замечают, как время стремительно прошло, не оставив осознанности в прошлом, ведь вся жизнь была доведена практически до автоматизма, поэтому и не замечалось стремительное течение времени.

В качестве дополнительного исследования, респондентам предлагался тест-опросник временной перспективы Зимбардо в целях познать зависимость действий и жизненной позиции с учетом временных рамок прошлого, настоящего и будущего.

Исследование проводилось по 5 критериям: негативное прошлое, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее, гедонистическое настоящее и степень ориентации на будущее.

Из проведенного теста, в среднем 63% респондентов по критерию негативного прошлого демонстрируют желание работать за вознаграждение и развивать лишь необходимые межличностные связи, Из 17 % опрошенных демонстрировалось безразличие, как к работе, так и к развитию межличностных отношений, считая действие бессмысленным. Оставшиеся 20% продемонстрировали высокую степень заинтересованности в зарплате, что может демонстрировать их вовлеченность в свою жизнь и ее развитие.

По критерию позитивного прошлого свыше 82% проявляют степень полного принятия своего прошлого, демонстрируя при этом, что прожитая жизнь была не напрасной, и способствовала как приобретению опыта, так и развитию личности. Эти люди характеризуются склонностью к интроверсии, в выборе связей осторожны и рассудительны.

По критерию фаталистического настоящего респонденты мнения респондентов разделились на мнения о том, что

1) настоящее подвластно воле личности,

2) воля личности подвергается воздействию судьбы, и ей невозможно ничего противопоставить. По оценкам автора теста, именно вторая группа не удовлетворена настоящей жизнью, и не верит в ее возможные изменения.

По критерию гедонистического настоящего картина существенно изменяется. Большинство респондентов считает уместным получать удовольствие от настоящего, и редко рассматривают возможность принести что-то в жертву ради будущего. Оценка этих действий сведена к импульсивности, отсутствию ясных целей на будущее.

По критерию ориентированности на будущее, респонденты набирали большое количество баллов, что, по мнению автора теста говорит о заинтересованности людей в благополучии.

Заметно различие между показателями прошлого, настоящего и будущего, что приводит к конфликту интересов самой личности. Заинтересованность в импульсивном настоящем без жертвенности к будущему, и желанием хорошего будущего, без усилий в настоящем. Кроме того, получая опыт из прошлого, люди не стремятся реализовать его в настоящем, что приводит к существенному дисбалансу личности и внутренним проблемам.

Все эти моменты также влияют в том числе и на восприятие времени человеком, он утрачивает над ним контроль в попытках достичь идеального состояния, гармонии между прошлым, настоящим и будущим.

По причине подсознательного ощущения нехватки времени люди также испытывают значительный стресс, что в свою очередь дестабилизирует внутреннее состояние. Ведь в попытках насладиться настоящим, они забывают о будущем, а к попыткам пожертвовать чем-либо в настоящем для благополучного будущего, теряется чувство меры, и самые важные моменты жизни. Впоследствии это приводит к тому, что люди вспоминают о своей жизни с сожалением об утраченном времени.

Из проведенных опросов и тестов следует сделать вывод о том, что попытки выложиться ради будущего, приводят к потере настоящего, как и полная увлеченность настоящим, приводит к потере будущего. Из-за этого ощущается острая нехватка времени, которое очень часто теряется в восприятии людей и подсознательном желании увеличенной продолжительности жизни. Однако без работы над собой как личностью, перемен в образе мышления, и реализации методов нарушений автоматизма естественной деятельности, предрасположенность людей к утрате восприятия времени будет возрастать.

Заключение. После выполнения задач, можно прийти к следующим выводам:

1. Восприятие времени - это образное отражение характеристик явлений окружающей действительности, таких, как: цикличность, длительность, скорость протекания и последовательность.

2. Исследование механизмов восприятия времени является одной из основополагающих проблем психологии и физиологии. Без оперирования понятием времени мы не можем обойтись как в повседневной жизни, так и при описании большинства научных феноменов.

3. Восприятие времени можно разграничить на два вида: непосредственное восприятие времени, характеризующаяся, как простая временная чувствительность и сложное восприятие времени, которое опосредовано высшими психическими функциями.

4. Восприятие времени у человека является приобретенным. В процессе формирования личности человека, в том числе с возникновением и развитием самосознания, которые обусловлены включением его в учебную и трудовую деятельность, начинается этап осознания им течения времени своей жизни. Временные понятия определяются, в основном, той культурой (цивилизацией), к которой человек принадлежит.

5. На субъективную оценку длительности времени влияют многие факторы: окружающая среда, задача, стоящая перед субъектом, мотивация, фармакологические средства.

В целом, проблема восприятия времени является непростой для понимания и недостаточно изученной в настоящее время. В то же время потребности психологической теории и практики диктуют необходимость дальнейшей разработки этой темы с целью углубленного изучения.

Литература/ References

1. Философия пространства и времени. [Электронный ресурс]- URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Философия_пространства_и_времени. (дата обращения 10.03.2023).
2. Хэммонд Клодия. Искаженное время. Особенности восприятия времени. М., 2013. – 142 с.
3. Вассерман Л.И. и др. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики при депрессивных расстройствах: учебное пособие. СПб: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 27 с.
4. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. М.: Смысл, 2008. – 209 с.
5. Филип Зимбардо. Парадокс времени. М.: Речь 2010. – 350 с.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ ПСИХОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Клюева О.П., Беккер А.А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Научный руководитель – ассистент А.С. Яковлев*

Аннотация: В данной работе проанализирована проблема возникновения острого психоза вследствие оперативных вмешательств, долгого пребывания в стационаре, а также возможных последствиях воздействия лекарственных средств и других причин. Приведены рекомендации для медицинских работников хирургического отделения, помогающие распознать острый психоз и оказать надлежащую медицинскую помощь. Для написания статьи использовался анализ научной литературы по данной тематике.

Ключевые слова: послеоперационный психоз, соматопсихические расстройства, делирий, хирургический стационар, острый психоз.

THE RISK OF ACUTE PSYCHOSIS IN A SURGICAL HOSPITAL

Klyueva O.P., Bekker A.A.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Assistant A.S. Yakovlev

Abstract. In this article, the problem of the occurrence of acute psychosis due to surgical interventions, long hospital stay, as well as possible consequences of drug exposure and other causes is analyzed. Recommendations are given for medical workers of the surgical department, helping to recognize acute psychosis and provide appropriate medical care. To write the article, an analysis of the scientific literature on this topic was used.

Keywords: postoperative psychosis, somatopsychic disorders, delirium, surgical hospital, acute psychosis.

Введение. Острый психоз – нарушение сознания с острым началом, сопровождающееся возникновением таких симптомов, как бред, галлюцинации, нарушения восприятия и ориентации в пространстве, при этом поведение больного не соответствует окружающей обстановке. К сожалению, при лечении в хирургическом отделении на пациента влияет множество факторов, которые могут служить триггерами для возникновения острого психотического состояния (ОПТ). Так как острые психозы в отделении хирургического профиля не редкость, медицинскому персоналу так или иначе приходится сталкиваться с возникновением этого состояния у пациентов, но не всегда медицинские работники способны распознать начало данного расстройства и бывают не готовы оказать первую необходимую помощь больному. Поэтому целью нашего исследования было изучение влияния оперативных вмешательств, соматических патологий и экзогенных больничных и других факторов на риск возникновения острого психоза в хирургическом отделении, а

также составление рекомендаций для медицинского персонала для распознавания ОПТ и оказания первой помощи при данном состоянии.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели использовался анализ научной литературы с применением электронных баз данных eLIBRARY.RU, «КиберЛенинка», PubMed, применялись общенаучные методы исследования для выявления причинно-следственных связей.

Результаты и их обсуждения

В первую очередь риск развития острого психоза в хирургическом стационаре связан непосредственно с оперативным вмешательством или другими хирургическими манипуляциями, которые оказывают сильный стресс на организм.

Психоэмоциональный стресс в предоперационном периоде, операционная кровопотеря, болевой синдром приводят к резкому увеличению уровня катехоламинов, кортизола и других гормонов и нерациональному истощению ресурсов организма.

Вследствие дыхательной недостаточности поражаются реакции биологического окисления, в результате чего появляется гипоксический избыток лактата, усиливается метаболический ацидоз и сокращается производство энергии [1, С. 5].

Также следует обращать внимание на гендерные особенности адаптации к стрессу. У женщин реакция на стресс характеризуется увеличением выработки и выброса кортизола и более длительной продолжительностью этого эффекта после прекращения воздействия раздражителя. Женский организм при этом реагирует и активизирует физиологические процессы быстрее мужского, это также характеризуется эмоциональными проявлениями. Такие особенности не следует игнорировать в предоперационной подготовке [3, С. 31].

Перечисленные выше нарушения гомеостаза вследствие стресс-реакции, особенности соматического заболевания, последствия перенесённого наркоза выступают в качестве экзогенно-органического фактора по отношению к головному мозгу. Таким образом, данные расстройства по своему механизму развития следует относить к соматопсихиатрическим расстройствам.

Послеоперационные психозы в узком смысле — явление нечастое (встречаются у 0,2–1,6% больных, перенесших полостные операции).

Психозы развиваются на вторые-девятые сутки после операции, длятся от нескольких часов до 1–2 недель и чаще заканчиваются полным психическим выздоровлением.

Психозы развиваются на вторые-девятые сутки после операции, длятся от нескольких часов до 1–2 недель и чаще заканчиваются полным психическим выздоровлением. Так как астеническое состояние больного является раздражающим для него фактором, то часто развиваются синдромы нарушения сознания, такие как делирий, аментивный синдром, сумеречное помрачение сознания (редко). Аменция является самым прогностически неблагоприятным синдромом, при котором больной полностью реагирует на речь, но не в состоянии отвечать на вопросы, совершает редкие автономные движения, и можно только догадываться, сопровождается ли это состояние галлюцинациями, ведь речь пациента бессвязна или вообще отсутствует. Редко встречаются кататонический синдром, галлюцинаторный параноид, маниакально-эйфорическое или депрессивное состояние, явления дереализации и деперсонализации, расстройства схемы тела. После купирования психоза длительно сохраняется астенический синдром.

Риск психоза может варьировать в зависимости от характера оперативного вмешательства и оперируемой области или органа. Чаще психозы встречаются в сердечно-сосудистой хирургии (в 2 раза – при операциях на

сердце). Операции на ЖКТ являются фактором риска развития острого параноида.

При осложнении раневого процесса риск развития различных психических нарушений соответственно увеличивается. К усугубляющим факторам можно отнести раневую инфекцию, остеомиелит. Острые психозы вследствие инфицирования (остро протекающего) и нагноения (поражаются мягкие ткани и кости) раны возникает в первые несколько недель (как правило, 2-3) [2, С. 21-22].

В качестве одной из мер профилактики следует уделить особое внимание на предоперационной подготовке. Как было сказано выше, следует обратить внимание гендерным особенностям стрессоустойчивости, проводить подробные разъяснительные беседы при планировании оперативного вмешательства, уделять внимание психическому состоянию пациента не только во время операции, но и за несколько дней до неё.

Помимо этого существуют специальные стрессовые тесты, проверяющие реакцию гипоталамо-адреналовой системы. На основании них анестезиолог разрабатывает наиболее рациональный подход в каждой конкретной ситуации.

Прежде всего, при осмотре анестезиолога рекомендуется оценить факторы риска развития делирия: когнитивные и сенсорные расстройства, функциональный и нутритивный статус [6].

Предоперационные тесты снижают риск развития осложнения, сокращают длительность пребывания в медицинских учреждениях увеличивает выживаемость пациентов, особенно это применимо к кардиологическим пациентам [5, С. 161].

Часто встречается лекарственный психоз, который возникает под воздействием различных медикаментов. Такие препараты как H₂-гистаминоблокаторы, диуретики, β-адреноблокаторы, лидокаин, НПВС кортикостероиды и многие другие используются в хирургических отделениях и

могут являться причиной возникновения психозов. Поэтому при применении этих препаратов следует следить за психоэмоциональным состоянием пациента, внимательно относиться к его жалобам.

Кроме того, состояние пациентов с хроническими психическими заболеваниями при стрессе, вызванном хирургическими манипуляциями, может ухудшаться и приводить к возникновению острого психоза.

Не следует исключать алкогольный делирий, который может возникать после поступления пациента в хирургический стационар. Алкогольный делирий возникает чаще всего на 2-4 день после резкой отмены употребления алкогольных напитков. На начальной стадии у пациента отмечается тревожность, астения и стойкая бессонница. Затем у пациента отмечаются гипнагогические галлюцинации, после этого галлюцинации становятся постоянными, усиливается тревожность, пациент начинает совершать неадекватные действия, которые могут угрожать не только состоянию больного, но и состоянию окружающих [4, С. 186-187].

Исходя из того, что в хирургическом стационаре существует множество триггерных факторов для возникновения ОПТ, а медицинский персонал не всегда готов к возникновению этого состояния у пациента, хотелось бы дать некоторые рекомендации медицинским работникам для раннего распознавания острого начала психоза и быстрого купирования симптомов. Необходимо обращать внимание на следующие изменения:

1. Сниженное или немотивированно повышенное настроение;
2. Чрезмерная тревожность и раздражительность;
3. Ночная бессонница (для установления данного симптома рекомендуется совершать обход через какое-то время после отбоя и ночью);
4. Снижение аппетита или отказ от приема пищи;
5. Стремление к самоизоляции.

Выше были перечислены ранние симптомы острого психоза, в дальнейшем у пациента наблюдаются бред, галлюцинации, нарушения восприятия, психомоторное возбуждения. Действия больного могут быть опасны как для него самого, так и для окружающих. При появлении данных симптомов пациента следует изолировать от других, убрать ручки с окон, устранить колюще-режущие предметы. Если пациент не контролирует свои действия, следует прибегнуть к физическому удержанию (фиксации). Необходимо вызвать врача-психиатра для установления диагноза и вызвать специализированную бригаду СМП для доставления пациента в психиатрический стационар, если это позволяет состояние пациента. При тяжелом состоянии пациента (например, в послеоперационном периоде), то дальнейшее наблюдение за больным проводится в отделении анестезиологии и реанимации.

Заключение. В хирургическом стационаре существует множество факторов, которые способствуют возникновению острого психоза. К ним относятся оперативные вмешательства, стресс, вызванный хирургическими манипуляциями, интоксикации и травмы, лекарственные воздействия. Чаще всего острый психоз является реактивным и все последствия полностью исчезают с выходом человека из этого состояния. Для быстрого оказания помощи больному медицинскому персоналу следует внимательно следить за психоэмоциональным состоянием больного, обращать внимание на его жалобы и действия, чтобы как можно скорее оказать первую медицинскую помощь пациенту и улучшить течение психических реакций на различные раздражители.

Литература/ References

1. Волков В.Е., Волков С.Е. Стресс и роль стресс-реакции в развитии тяжёлых послеоперационных осложнений // Медицинская сестра. 2016. №3. С. 3-6.

2. Мучник П.Ю., Романова Е. А. Психические расстройства в терапевтической, хирургической и гинекологической практике: учебно-методическое пособие // СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015.
3. Орлова Н.В., Морунов О.Е., Капкаева А.Я., Магомедов Х.М., Спирыкина Я.Г. Изучение влияния стрессоустойчивости на течение послеоперационного периода // Медицинский алфавит. 2017. 2 (34). С. 28-32.
4. Субботин А.В., Семенов В.А., Федосеева И.Ф., Этенко Д.А. Академическая история болезни как форма самостоятельной работы студентов медицинского университета. В сборнике: Технологии организации самостоятельной работы обучающихся //. Материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции: сборник трудов. 2016. С. 149-151.
5. Соколова М.М., Киров М.Ю., Шельгин К.В. Послеоперационный делирий: современные аспекты диагностики, профилактики и терапии // Кубанский научный медицинский вестник. 2018. 25 (6). С. 184-191.
6. Терешина О.В., Грязнова Д.А., Вачев А.Н. Предоперационное стресс-тестирование у больных перед сосудистыми вмешательствами // Ангиология и сосудистая хирургия. 2021. N3. С. 159-163.

**МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО
ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ И АЛКОГОЛЯ
СРЕДИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Краснопёрова А.О.

*Наркологический дневной стационар
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Потребление психоактивных веществ (ПАВ) является распространённой проблемой среди населения во всем мире, что требует широкого внедрения методов профилактики и раннего выявления их

потребления, обладающих высокой результативностью и научно доказанной эффективностью.

Ключевые слова: мотивационное консультирование, раннее выявление, табак, алкоголь, молодёжь, профилактика,

**MOTIVATIONAL COUNSELING FOR THE EARLY DETECTION OF
TOBACCO AND ALCOHOL USE AMONG A POTENTIALLY HEALTHY
POPULATION KEMEROVSK REGION**

Krasnoperov A.O.

Narcological Day Hospital

Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary

Russia, Kemerovo

Abstract. The consumption of psychoactive substances (PS) is a common problem among the population around the world, which requires the widespread introduction of prevention methods and early detection of their use, which have high efficiency and scientifically proven effectiveness.

Keywords: motivational counseling, early detection, tobacco, alcohol, youth, prevention.

Введение. Метод скрининга и мотивационного консультирования, использующийся с целью раннего выявления и профилактики рискованного и вредного потребления психоактивных веществ (ПАВ), активно внедрен в работу организаций, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения (Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 года № 404н) [4, 5].

Метод также может применяться в работе врача психиатра-нарколога при организации предварительных и периодических медицинских осмотров к осуществлению работ с вредными и опасными производственными факторами

(Приказ Минздрава России от 28 января 2021 года № 29н), при проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (Приказ Минздрава России от 24 ноября 2021 года № 1092н) и т.д. [3].

В данной статье отражен опыт использования врачом психиатром-наркологом метода скрининга и мотивационного консультирования для раннего выявления и профилактики рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди потенциально здорового населения Кемеровской области.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 197 человек (120 мужчин и 77 женщин). Возраст обследованных составил от 18 до 68 лет ($M=37,0$, $SD=13,5$). Участники могут быть отнесены к категории «условно здорового населения», так как не имели ранее установленного наркологического расстройства.

Наиболее распространенной причиной обращения к врачу психиатру-наркологу являлось прохождение предварительных или периодических медицинских осмотров, медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств).

Исследование включало два этапа:

1. Диагностический этап, в течение которого проводился скрининг здорового населения с использованием теста Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости, и теста RUS-AUDIT, который предназначен для выявления рисков для здоровья, связанных с употреблением алкоголя. В случае выявления рискованного потребления табачных изделий или алкоголя пациенту предлагалось пройти мотивационное консультирование, направленное на изменение поведения, связанного с потреблением данных видов ПАВ.

2. Профилактический этап, который включал беседы небольшой длительности, направленные на то, чтобы неконфликтным образом мотивировать пациента задуматься об употреблении табака или алкоголя с

целью сокращения употребления, стойкого снижения или полного отказа от употребления психоактивных веществ, а также краткие диагностические обследования, направленные на определение готовности к изменениям. Использование скрининга и мотивационного консультирования как метода профилактики и раннего выявления рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди условно здорового населения проводилось непрерывно в рамках рутинной работы врача психиатра-нарколога в течение трех месяцев.

Результаты диагностического этапа. Из 196 человек (120 мужчин и 77 женщин), принявших участие в опросе и не имеющих ранее установленного диагноза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, согласились пройти скрининг на рискованное употребление табачных изделий и алкогольных напитков 193 человека. Отказались от скрининга 3 женщины (1,5%), аргументируя отказ тем, что «Не хочу давать личную информацию, у меня нет зависимости», «Не хочу отвечать на Ваши вопросы. Я не пью» и т.п. Небольшая группа пациентов (22 человека, 11,2%) согласилась пройти скрининг, но так как они не курили и не употребляли алкогольные напитки в течение последних 12-ти месяцев, то не были включены в диагностические мероприятия.

Данным пациентам была предоставлена информация о вредном воздействии никотина и этанола на здоровье и было рекомендовано придерживаться трезвого образа жизни. Скрининг с использованием теста Фагерстрема для оценки тяжести никотиновой зависимости прошли 105 пациентов (77 мужчин и 28 женщин). Из них зависимость «крайне слабая» (0-2 балла) была выявлена у 19 человек (12 мужчин и 7 женщин) от общего числа прошедших скрининг, «слабая зависимость» (3-4 балла) – у 19 человек (15 мужчин и 4 женщины- 38 Материалы всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных

условиях» (Чита, 2-3 июня 2022 г.) ны), «зависимость средней силы» (5 баллов) – у 12 человек (10 мужчин и 2 женщины), «сильная зависимость» (6-7 баллов) – у 27 человек (22 мужчины и 5 женщин) и «очень сильная зависимость» (8-9 баллов) была выявлена у 23 человек (17 мужчин и 6 женщин). Скрининг с использованием теста RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, прошел 61 пациент (47 мужчин и 14 женщин).

Поскольку интерпретация результатов теста зависит от пола респондента, целесообразно представить результаты скрининга отдельно для мужчин и отдельно для женщин. Так из 47 прошедших скрининг мужчин «относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя» (0-8 баллов) был выявлен у 6 опрошенных, «опасное употребление алкоголя» (9-13 баллов) – у 16 мужчин, «пагубное употребление алкоголя» (14-16 баллов) – у 10 мужчин, «риск возможной алкогольной зависимости» (17 баллов и более) – у 14 мужчин.

Из 14 прошедших скрининг женщин «относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя» (0-4 балла) был выявлен у 1 опрошенной, «опасное употребление алкоголя» (5-9 баллов) – у 2 женщин, «пагубное употребление алкоголя» (10 баллов) – у 1 женщины, «риск возможной алкогольной зависимости» (11 баллов и более) – у 10 женщин. Пациентам с выявленными рисками потребления табачных изделий и алкогольных напитков по окончании скрининга и обсуждения результатов было предложено мотивационное консультирование с целью изменения поведения, связанного с употреблением ПАВ. Результаты профилактического этапа.

Мотивационное консультирование, направленное на снижение частоты и количества потребляемых сигарет, или на отказ от употребления табака, было проведено с 37 пациентами (24 мужчинами и 13 женщинами). Консультирование по вопросам отказа от употребления табака было проведено

с 7 пациентами (6 мужчинами и 1 женщиной), по вопросам отказа от употребления алкоголя – с 24 пациентами (16 мужчинами и 8 женщинами), по вопросам отказа от употребления обоих ПАВ с 6 пациентами (2 мужчины и 4 женщинами).

При проведении мотивационного консультирования использовались различные техники: техника взвешивания аргументов «за» и «против» текущего уровня потребления ПАВ, методика «лист для анализа употребления табака или алкоголя» и дневник потребления алкоголя, в котором пациент мог фиксировать частотные и количественные характеристики ПАВ, дни потребления, причины, последствия и т.д. [2].

В завершение мотивационного консультирования основной причиной решения по отказу от курения и 39 Материалы всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях» (Чита, 2-3 июня 2022 г.) употребления алкоголя являлись проблемы со здоровьем, либо проблемы в семье из-за употребления ПАВ [1].

Заключение. Использование метода скрининга и мотивационного консультирования среди населения позволило выявить достаточно высокую распространенность рискованного и вредного потребления табачных изделий и алкогольных напитков. Из 196 пациентов, прошедших скрининговые мероприятия, никотиновая зависимость различной степени тяжести была выявлена у 105 лиц (77 мужчин и 28 женщин). Рискованное употребление алкогольных напитков различной степени тяжести было выявлено у 54 пациентов (41 мужчины и 13 женщин).

Часть пациентов с выявленными рисками согласились пройти мотивационное консультирование по изменению поведения, связанного с потреблением ПАВ, что имеет потенциально положительный эффект в краткосрочной перспективе. Заключение. Использование метода скрининга в

рутинной работе врача психиатра-нарколога позволило обнаружить высокую распространенность рискованного употребления никотиносодержащей продукции и алкогольных напитков среди условно здорового населения.

Проведение последующего мотивационного консультирования позволило провести краткосрочное профилактическое вмешательство, эффективность которого зависит от многих факторов – уровня риска формирования зависимого поведения, степени готовности к изменению поведения, связанного с употреблением данного вида ПАВ, наличия сопутствующих соматических заболеваний и т.д.

Тем не менее, опыт использования метода скрининга и мотивационного консультирования с целью раннего выявления и профилактики рискованного потребления табачных изделий и алкоголя среди населения может быть рекомендован к использованию как в организациях, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, так и в организациях, оказывающих специализированную (наркологическую) медицинскую помощь. Принципы мотивационного консультирования, позволяющие бесконфликтно провести профилактическую беседу с пациентом с рискованным употреблением табака или алкоголя, позволят оказывать помощь пациентам, находящимся на доклинических стадиях развития наркологических расстройств и тем самым снизить латентность данной нозологии.

Литература/ References

1. Борьба с НИЗ: решения, оптимальные по затратам, и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Всемирная организация здравоохранения. 2017. 25 с. [Электронный ресурс] URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259464>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017 (Дата доступа: 12.03.2022)

2. Мырзаматова А.О., Концевая А.В., Горный Б.Э., Драпкина О.М. Меры популяционной профилактики, направленные на снижение потребления алкоголя: международный опыт и перспективы усиления мер в Российской Федерации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2566. doi:10.15829/1728-8800-2020-2566

3. Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. Вопросы первичной профилактики инсульта у взрослых и детей // Лечащий врач. 2019. № 10. С. 30-35.

4. Прохазка Д., Ди Клименте К., Норкросс Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Изд-во: «Манн, Иванов и Фербер». 2013.

5. Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя. Всемирная организация здравоохранения, 2021.

ФОРМИРОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНА «ДЕПРЕССИЯ»

Кривоносова Е.И., Ибрагимова З.Ш.

*Кафедра физики, математики и медицинской информатики
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Астрахань.*

Аннотация. Статья содержит информацию об истории формирования определения термина «депрессия», в статье приведены основные клинические симптомы и виды депрессивных состояний. В данной работе содержится ответ на вопрос о том, как сформулировать определение для терминов.

Ключевые слова: депрессия; термин; симптомы депрессии; психическое заболевание; определение.

DEFINING THE TERM OF «DEPRESSION»

Krivososova E.I., Ibrazimova Z.Sh.

Department of Physics, Mathematics and Medical Informatics

Astrakhan State Medical University, Russia, Astrakhan

Abstract. The article contains information about the history of the definition the term of «depression». The article presents the main clinical symptoms and types of depression. This paper contains an answer to the question of how to define terms.

Keywords: depression; term; symptoms of depression; mental illness; definition.

Введение. «Депрессия» - относительно молодой термин, который появился в XIX столетии благодаря Эмилю Крепелину [1], однако сама болезнь существует уже не первое тысячелетие. Впервые она упоминается в древних текстах Месопотамии, Вавилона, Египта и Китая. В те времена причиной депрессии, как и других психических расстройств, считали одержимость человека различными демонами.

Актуальность. Депрессия - одно из самых распространенных психических заболеваний, согласно статистике ВОЗ, в мире от него страдает более 350 млн человек [2]. Однако примерно 60-80% больных с симптомами депрессии вообще не обследуются у врача, так как считают, что это не болезнь и живут с ней годами [3]. Напротив, некоторые больные идут к психологу, уверяя всех, что у них депрессия, чтобы привлечь внимание к собственной персоне.

Цель – сформулировать термин «депрессия»

Задачи:

1. Изучить историю появления термина «депрессия»
2. Изучить современное понимание термина «депрессия»
3. Исследовать критерии депрессивного состояния

4. Сравнить подлинную и ложную депрессию
5. Сформулировать методы формирования определения
6. Проанализировать результаты опроса

Объекты и методы исследования: исследование литературных источников; исследование Интернет-ресурсов; композиционный анализ; синтез; опрос.

История формирования термина «депрессия». В Древней Греции лекари были уверены, что меланхолию, как раньше называли депрессию, вызывает избыток основной жидкости организма – «черной желчи».

Философы времен Платона пришли к выводу, что причиной душевных болезней могут быть детские переживания и проблемы в семье. Святой Августин, живший в самом начале темных веков, говорил, что уныние и подавленность — это наказание за грехи, а симптомы тяжелой клинической депрессии возникают из-за одержимости дьяволом.

В середине XIX века в Европе началась мода на истерию. Этим состоянием объясняли множество женских заболеваний, от депрессии до сексуальной дисфункции.

Через полвека депрессия стала оформляться как самостоятельный диагноз, но и сегодня отношение к ней двойственно. Миф о том, что депрессия – это не болезнь, а попустительство и лень, жив до сих пор.

Современное понимание термина «депрессия». В настоящее время проблема депрессии рассматривается как одна из самых главных в психиатрической практике. В материалах Всемирной организации здравоохранения имеются данные, свидетельствующие, что более 110 млн человек в мире страдают депрессией [4].

По данным ВОЗ, пятая часть населения планеты хотя бы раз переживали эпизод депрессивного состояния, и речь только о зарегистрированных случаях. Реальное количество людей с таким диагнозом значительно больше.

В настоящее время депрессия определяется как болезненное состояние с характерным чувством тоски, подавленности, отчаяния, с мыслительной и двигательной заторможенностью.

Число людей, страдающих депрессией, возросло в 200 раз за последний век. Ранее врачи не располагали достаточными сведениями о данном заболевании, и диагноз просто не ставили. Постепенно происходили увеличение числа психиатров, знакомство врачей других специальностей с проявлениями депрессии, достижения в изучении клиники и выработке диагностических критериев, что способствовало большему распознаванию депрессий.

Критерии депрессивного состояния (по МКБ-10)

Обязательны два (возможно более) из следующих симптомов:

- Сниженное депрессивное настроение большую часть дня;
- Утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что ранее радовало;
- Наличие чувства утраты энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- Снижение способности к концентрации внимания;
- Снижение самооценки;
- Идеи самоуничтожения и виновности;
- Нарушения сна любого типа;
- Снижение аппетита, уменьшение массы тела;
- Запоры;
- Ощущение сдавленности черепа, головокружение, чувство сдавления;
- Нарушение полового влечения;
- Страх или пессимизм в отношении будущего;
- Возможен бред.

Если эти симптомы длятся не менее двух недель, проявляются ежедневно и занимают большую часть дня, то в этом случае можно говорить о депрессии как о болезни, которую необходимо лечить.

Виды депрессии. Существует множество классификаций депрессивных состояний. Так, выделяют *астеническую депрессию (депрессию истощения, неврастеническую меланхолию)*, проявляющуюся повышенной истощаемостью организма, снижением активности, слезливостью и жалобами на физическое бессилие [5].

При *дисфорической депрессии* отмечаются отрицательные эмоции, распространяющиеся как на собственное самочувствие, так и на все вокруг, характерна склонность к агрессии.

Для *апатической депрессии* характерны безразличие, отсутствие желаний и побуждений к деятельности, ощущение пустоты, тягостной безучастности.

Особое место в медицинской практике принадлежит *соматизированным депрессиям*. Наиболее общим признаком этих вариантов депрессивных расстройств можно считать наличие в их структуре и аффективных, и болезненных симптомов, затрагивающих соматическую сферу. Депрессия похожа на соматические расстройства в различных органах и системах организма.

Ложная и подлинная депрессия. Люди часто склонны ставить диагнозы самостоятельно, в том числе говорить, что у них точно депрессия. Как же отличить подлинную депрессию от ложной?

Подлинная депрессия. Как ни странно, люди, страдающие от нее, чаще всего предпочитают умалчивать о своем состоянии. Проявления подлинной депрессии, в отличие от надуманной, весьма характерны и заметны даже невооруженным глазом:

1. Люди постоянно, более двух недель, находятся в подавленном настроении.

2. Занятия, которые раньше приносили радость, перестают их интересовать.
3. Любая деятельность их быстро утомляет, даже с утра они испытывают «упадок сил».

Диагностирование истинной депрессии предполагает наличие у человека хотя бы двух основных симптомов.

Мнимая или ложная депрессия. В этом состоянии чаще всего находятся люди, от которых мы слышим жалобы на жизнь, сопровождающиеся постановкой самим себе клинического диагноза. Иногда они действительно не симулируют недуг, а реально испытывают определенные дискомфортные ощущения.

Проявления ложной депрессии могут возникнуть при длительном влиянии на организм одного или нескольких факторов:

- **Стресс** – главный фактор, который может спровоцировать проявление реакций депрессивного расстройства. В данном случае неприятные симптомы могут проявляться у человека все время, пока он находится под воздействием стрессовых факторов.
- **Астения или синдром хронической усталости** – также достаточно «модное» на сегодняшний день расстройство, которое может возникнуть на фоне стресса. В этом случае, даже после длительного отдыха, человек не может восстановить свои силы.

В отличие от истинной депрессии, слабость при астении люди обычно чувствуют ближе к концу дня. Улучшить состояние помогает исключение факторов, спровоцировавших астению, а также нормализация режима дня и проведение общеукрепляющих процедур.

- Состояние мнимой депрессии, человек может испытывать и в ситуации, когда ему приходится бороться со своими страхами или неконтролируемой их формой – **фобиями**.

Например, люди, могут бояться находиться на открытых пространствах (*агорафобия*) или испытывать дискомфорт при общении с окружающими из-за возможности негативных оценок своей личности (*социофобия*).

Если в жизни человека постоянно присутствует фактор, провоцирующий возникновение чувства страха или тревоги, то с течением времени у него также могут появиться симптомы, схожие с депрессивными. При своевременном исключении этого фактора подобные состояния, как правило, проходят сами собой.

Методы формирования определения. Согласно правилам логики Аристотеля, которые регламентируют принципы составления определений терминов, в определении термина должны быть указаны:

- 1) *Род данного понятия*, в рамках которого отражается принадлежность определяемого объекта среди множества подобного класса;
- 2) *«Видовые признаки*, отделяющие понятие из ряда ему подобных понятий»;
- 3) *Собственные признаки* – признаки, присущие «всем вещам данного класса, которые не содержатся в числе существенных признаков, но которые могут быть выведены из них».

Таким образом, мы получаем наглядную схему составления понятия: **Понятие = Ближайший род + Существенные признаки**. В упрощенном варианте можно встретить такую схему: **Понятие = Что такое? + Отличительные признаки**.

Подходы к определению термина «депрессия». Существует множество определений депрессии. Буквально каждый специалист понимает данный термин по-своему.

Согласно словарю-справочнику медицинских терминов и основных медицинских понятий, депрессия – аффективное состояние, которое характеризуется отрицательным эмоциональным фоном, изменением

мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения [6].

Медицинский психолог Сосунова Н.А. [7] определяет депрессию как «заболевание, изменяющее отношение человека к жизни и деятельности».

Результаты и их обсуждение. Используя правила логики Аристотеля, мы составили собственное определение термина «депрессия». Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся подавленным настроением, апатией, соматовегетативными расстройствами, повышенной утомляемостью и снижением энергии [8].

Также нами был проведен опрос среди 48 студентов ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России [9].

Опрос о депрессивном состоянии

1. ***Ваш возраст*** (До 18 лет – 8,3%; 18-25 лет – 81,3%; 25-35 лет – 2,1%; старше 35 лет – 8,3%)
2. ***Ваш пол*** (Мужской – 22,9%; женский – 77,1%)
3. ***О депрессивном состоянии Вы узнали?*** (Из литературных произведений – 37,5%; из музыкальных композиций – 16,7%; из фильмов – 58,3%; из СМИ – 31,3%; из игр или мемов – 16,7%; из разговоров с людьми – 64,6%; из музыкальных композиций – 4,2%; из научной литературы – 2,1%; на работе – 2,1%; из «Тик Тока» – 2,1%; из собственного опыта – 2,1%)
4. ***Считаете ли Вы, что депрессия – это реальный диагноз?*** (Да – 91,7%; нет – 8,3%)
5. ***Есть ли в Вашем окружении люди, считающие, что у них есть сейчас или было ранее депрессивное состояние?*** (Да – 62,5%; нет – 37,5%)
6. ***Хотели бы Вы получить больше информации о депрессии?*** (Да – 66,7%; нет – 33,3%)
7. ***Можете ли Вы дать определение понятию «депрессия»?*** (Да – 77,1%; нет – 22,9%)

8. *Какое из этих определений по-вашему наиболее верное?*

(Психическое расстройство, проявляющееся устойчивым снижением настроения, двигательной заторможенностью и нарушением мышления – 18,8%; Чувство печали и/или сниженный интерес к деятельности, которые становятся нарушением, если достаточно эффективно действуют на человека – 10,4%;

Психическое расстройство, основными признаками которого являются: сниженное (угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное) настроение и снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония) – 89,6%)

9. *Напишите свое определение депрессии* (Психическое

расстройство, проявляющееся устойчивым снижением настроения, двигательной заторможенностью и нарушением мышления; психическое расстройство являющееся следствием стресса; потеря способности к получению удовольствия от любого рода деятельности, влекущая за собой утрату мотивации, эмоциональную подавленность; ловко распиаренный среди молодёжи посредством средств массовой информации повод списать чувство страха/тревоги/безразличия и т.п. к определённом виду деятельности/окружению/сложившейся ситуации и т.п. на модный диагноз, не прикладывая никаких усилий для достижения цели или позитивного результата в деятельности, не боясь при этом получить неодобрение к своей прокрастинации; упадок сил; потеря интереса к жизни)

10. *Что из перечисленного является видом депрессии?* (Истинная –

62,5%; мнимая – 35,4%; ложная – 54,2%; дисфорическая – 31,3%; астеническая – 27,1%; тоскливая – 18,8%; соматизированная – 25%; утренняя – 10,4%; витальная – 12,5%; фантомная – 16,7%; не знаю – 2,1%)

11. *Что из перечисленного является симптомами депрессивного*

состояния? (Недостаточное выделение организмом соматотропина – 37,5%;

астения – 41,7%; синдром хронической усталости – 75%; запор – 12,5%; снижение аппетита и массы тела – 77,1%; повышенная утомляемость – 79,2%; обострение хитрости – 2,1%)

12. *Что из перечисленного является симптомами депрессивного состояния?* (Снижение самооценки – 75%; снижение концентрации внимания – 79,2%; уныние – 72,9%; недостаток мотивации – 66,7%; тоска – 62,5%; ангедония – 37,5%; идеи самоуничтожения – 58,3%; подавленность – 87,5%; не знаю – 2,1%)

Заключение. Термин депрессия был создан в XIX веке Эмилем Крепелином, родоначальником школы Крепелина, впервые описавшем маниакально-депрессивный психоз.

Существует множество определений депрессии. Буквально каждый специалист имеет собственное мнение относительно данного термина. Мы также создали собственное определение депрессии, согласно правилам логики Аристотеля.

Литература/ References

1. Левин, В.И. Введение в динамическую теорию конечных автоматов / В.И. Левин.- Рига: Зинатне, 1975.-376 с.
2. Рогштэй В.Н. Основы дискретной автоматики. - М.: Связь, 1975. - 430с.
3. Karnopp, D. An approach to derivative causality in bond graph models of mechanical systems [Text] / D. Karnopp // J. of the Franklin Institute. -1992. -Vol. 329, №1. - P. 65–75.
4. Хопкрофт, Д. Введение в теорию автоматов, языков и вычислений / Д. Хопкрофт, Р. Мотвани, Д. Ульман.- М.: Вильямс, 2002. - 528 с.
5. Левин, В.И. Бесконечнозначная логика и переходные процессы в конечных автоматах / В.И. Левин // Автоматика и вычисл. техника. - 1972. - №6. - С. 54–65.

6. Guo, G. Optimum dynamic design of planar linkage using genetic algorithms [Text] / G. Guo, N. Mo-rita, T. Torii // JSME Int. J. C. - 2000. - Vol. 43, №2. - P. 372–377.

7. Розенблатт Ф. Принципы нейродинамики. Перцептроны и теория механизмов мозга / пер. с англ. под ред. С.М. Осовца. - М.: Мир, 1965. - 480 с..

8. Барабанщиков, В. А. Введение. Психология и математика // В кн. А. Л. Журавлев, Т. Н. Савченко, Г.М. Головина (ред.), Математическая психология: Школа В.Ю. Крылова (11–13). — М.: Изд-во «Институт психологии РАН».

СМЫСЛОВАЯ ПРОБЛЕМА В ФИЛОСОФСКОЙ ПРАКТИКЕ И В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ладушкин С.И.

Кафедра философии и социологии

*Федеральное государственное казенное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский университет Министерства
внутренних дел Российской Федерации», Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье дается сравнительный анализ способов работы со смысловыми проблемами в философской практике и в когнитивно-поведенческой терапии. Обоснована ключевая роль проблематизации как основного инструмента и рабочей среды для коррекции дисфункционального мышления и трансформации когнитивных паттернов смысловых структур.

Ключевые слова: смысловая проблема, философская практика, со-аналитика когнитивно-поведенческой терапия, смысл.

SEMANTIC PROBLEM IN PHILOSOPHICAL PRACTICE AND IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Ladushkin S.I.

Department of Philosophy and Sociology

*St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs
Russia, St. Petersburg*

Abstract. The article provides a comparative analysis of the ways of working with semantic problems in philosophical practice and in cognitive behavioral therapy. The key role of problematization as the main tool and working environment for correction of dysfunctional thinking and transformation of cognitive patterns of semantic structures is substantiated.

Keywords: semantic problem, philosophical practice, co-analytics cognitive behavioral therapy, meaning.

Отличительной особенностью, характеризующей жизненный мир человека постиндустриального общества, является насыщенность его информационными потоками различной направленности, тематики и актуальности. Всеобщая информатизация жизни, затронувшая в XXI веке практически все аспекты жизнедеятельности человека в развитых странах, подняла ряд проблем, напрямую касающихся качества человеческого мышления и перспектив его дальнейшего развития и в онтогенетическом, и в филогенетическом аспектах. Проблема развития человеческого мышления в долгосрочной перспективе – это целый комплекс вопросов, касающихся науки, технологий, образования, экономики, средств массовой информации и пр. особенное значение в условиях современного общества приобретает взаимовлияние общепринятых в социуме дискурсивных, когнитивных и мыслительных практик с состоянием психического здоровья отдельного человека, окружающих его людей, а также всего общества в целом. Мы исследуем в статье логико-философские аспекты повышения качества мышления через призму проблематизации в контексте философской практики и когнитивно-поведенческой терапии.

На протяжении многих столетий философия (в том числе, религиозная философия) представляла собой единственно известный человечеству тип интеллектуально-духовной деятельности, который позволял придать

индивидуальной человеческой жизни осмысленную целостность, реализованную преимущественно через деятельность мышления, как в пределах экзистенциального измерения жизни, так и в контексте социума. Все прочие известные людям формы мировоззренческой целостности, такие как мифология, религия, традиции и пр., не акцентировали усилия человека именно на деятельности мышления, предлагая сосредоточить усилия по устройению жизненных смыслов на деятельности воображения, на чувствах, на воспроизводстве способов коллективного человеческого общежития. Именно философская традиция работы со смыслами вывела на первый план духовной активности человека мышление как важнейший фактор совершенствования жизненного мира человека.

Однако по мере исторического развития философии дифференциация её в различных направлениях, школах, течениях, академических институциях и идейных сообществах все больше отдаляла деятельность профессиональных философов от духовных нужд обычного человека и его потребности в смыслах. Конечно, в структуру классической философии всегда входил корпус частных философских наук, посвященных проблемам философской антропологии, этики, смысла жизни. Но следует признать, что и эта так называемая «практическая философия» была слишком сложна для того, чтобы удовлетворять ежедневные насущные потребности обычного человека, не искушенного в философии и не готового тратить годы на вхождение в круг извечных философских вопросов и добытых ею на протяжении веков истин.

Во второй половине XX века стараниями Г. Ахенбаха (а затем и растущей когорты его идейных последователей) в странах Европы и Северной Америки стала развиваться разновидность практической философии, философское консультирование, в рамках которого философ-практик в совместных беседах с клиентом обсуждают и разрешают различные проблемы, актуальные для клиента в его повседневной жизни [1, с. 38]. В настоящее время практическая

философия существует в различных форматах, начиная от краткосрочного консультирования клиентов на получасовых сессиях-консультациях, и заканчивая длительным доверительным общением на экзистенциально-значимые темы в формате философского партнерства [2, с.74].

Одной из разновидностей философской практики является развиваемый нами проект со-аналитики – не-терапевтической современной гуманитарной практики работы со смысловыми проблемами и смысловыми структурами. Со-аналитика (смыслоориентированная аналитика) представляет собой разновидность философского партнерства, направленного на совместное с клиентом прохождение через значимые для него смысловые проблемы. Обычно философская практика со-аналитики осуществляется в краткосрочной или среднесрочной перспективе посредством регулярных очных или заочных сессий, на которых консультант и клиент обсуждают проблемные для последнего смыслы, однако она может также принимать по взаимному согласию и формы более длительного взаимодействия между философом-практиком и клиентом.

Совмещая в себе черты частично схожих с ней практик экзистенциальной психотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии, со-аналитика имеет ряд существенных отличий от них.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), восходящая к пионерским работам А. Бека и А. Фримена и др., позиционировалась их создателями как вариант психотерапевтического воздействия на клиента по поводу имеющихся у него симптомов тревожных расстройств. Согласно мысли отца-основателя КПТ Бека, изначально базировавшего свою терапевтическую практику лечения пациентов с депрессивными состояниями на идеях психоанализа, в основе большинства тревожных расстройств лежат когнитивные нарушения, выражающиеся в так называемых автоматических мыслях, которые периодически и при определенных условиях захватывают собой поле

сознательного внимания пациента, порождая неконтролируемые им ассоциативные смысловые связи, ведущие, в свою очередь, к идентификации субъективного мышления клиента с ними, что и приводит обычно к возникновению различных когнитивных искажений как на уровне явно выражаемых пациентом смыслов, так и на уровне неосознаваемых и не артикулируемых им установок и убеждений [3, с. 109].

В основе терапевтического воздействия на пациента в КПТ лежит базовая когнитивная модель, включающая в себя события (ситуации), автоматические мысли и реакции на них. Событиями здесь считаются некоторые действительные факты, с которыми соприкасается и с которыми взаимодействует человек в своей жизнедеятельности. Важно подчеркнуть, что в КПТ факты трактуются не как исключительно научные и объективно установленные с помощью научных методов положения дел, но как любые события объективного и субъективного жизненного мира человека, в которые он вовлечен и с которыми соотносится в своей жизнедеятельности. Например, фактическим событием может оказаться некоторое внутреннее состояние, переживание, воспоминание или проективное воображение. Однако, всякий факт влияет на состояние человека не сам по себе, не напрямую, но через своеобразный фильтр, через автоматические мысли – так в КПТ называют мыслеобразы, нагруженные определенной ценностно-ориентированной содержательностью и придающие конкретный вектор эмоциональной, психофизиологической и поведенческой реакции человека фактическое событие. Очевидно, что одно и то же событие может вызывать в разных людях сильно различающиеся реакции на него именно в силу различия в автоматических мыслях, присущих разным людям.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, в философской практике со-аналитики консультант работает не с пациентами, но с клиентами (а в отдельных направлениях практической философии – с партнерами).

Философская практика не является терапией в собственном смысле слова, поскольку не приводит человека от болезненного состояния к состоянию здоровью. Надо заметить, что и во многих направлениях современной психотерапии сейчас также не принято говорить о психических болезнях, такая квалификация психических отклонений именуется в современных международных классификаторах болезнями расстройствами психики или психическими нарушениями. В КПТ, например, говорят о дисфункциональном мышлении как главном факторе психического патогенеза. Это означает, что в основе нарушений эмоциональной, психосоматической и поведенческой сфер жизнедеятельности человека лежат ментальные нарушения, нарушения мыслительных процессов, связанных с когнитивными процедурами.

В целом эта методологическая установка, характерная для КПТ, созвучна идеям, развиваемым в большинстве направлений философской практики. Мышление рассматривается в практической философии как главная трансформирующая существование человека реальная сила, а также как трансформационная среда для смысловых структур. Философ-практик не берет на себя роль терапевта, скорее он позиционирует себя в качестве помогающего специалиста. Кроме того, и в философской практике, и в когнитивно-поведенческой терапии основные усилия направлены на то, чтобы активизировать в клиенте его собственные внутренние ресурсы.

И все же есть существенное отличие в идеологии работы с клиентом в практической философии и в КПТ, и оно касается главной стратегической цели в совместной работе с клиентом – трансформации мышления клиента. В КПТ мышление оказывается той средой, которую изменяют совместными усилиями терапевт и клиент в целях упорядочивания совокупности автоматических мыслей, порождающих неудовлетворительные с точки зрения психической нормы эмоциональные, психосоматические и поведенческие реакции клиента на его жизненные ситуации. Мышление клиента и его развитие интересует

специалиста КПТ лишь в той мере, в которой оно способно изыскать в себе внутренние ресурсы для обуздания негативных последствий автоматических мыслей, само существование которых тоже не является безусловным.

Одной из базовых терапевтических практик является в КПТ практика вопрошания «стрелка вниз», при которой терапевт последовательно задает клиенту в диалоге с ним уточняющие вопросы семантического характера, постепенно выводящие терапевтическую пару на понимание тех когнитивных процедур, которые формируют в мышлении клиента сверхзначимые для него ассоциативные связи, коренящиеся в глубинных убеждениях клиента об устройстве мира и собственном месте в нем. Именно из этих мировоззренческих установок, согласно методологии КПТ, произрастает большинство автоматических мыслей, порождающих далее в человеке неадекватные жизненной ситуации реакции.

В философской практике также используется методика анализа когнитивных автоматизмов, благодаря которой удастся привести в движение сложившиеся естественным (и бесконтрольным для сознания клиента) образом мировоззренческие установки. И все же главным ориентиром в работе философа-практика со своим клиентом оказывается феномен смысла, а не значения. Смысл как тотальная саморазвивающаяся структура семантических пар означающего и означаемого, есть главный фокус внимания философа-консультанта в его работе с клиентом, и он же есть локус саморазвития мышления клиента в его экзистенциальной напряженности. Ключевым понятием оказывается здесь понятие смысловой проблемы, а сама практическая работа на сессиях разворачивается как совместное с клиентом вхождение в смысловую проблему, исследование ее и последующая трансформация ее в смысловую проблему иного, высшего порядка. В отличие от КПТ в философской практике проблема рассматривается не только как препятствие, подлежащее устранению в совместной работе консультанта и его клиента,

сколько как ресурсная ситуация, как своеобразный смысловой трамплин, способный придать клиенту мощный жизненный импульс, качественно изменяя его мышление и способ жизни.

Таким образом, проблематизация смысла становится в философской практике со-аналитики как главным инструментом трансформации жизнеобразующих смыслов человека, так и рабочей средой для такой перманентной смысловой трансформации, при которой человек становится подлинным субъектом творчества себя.

Литература/ References

1. Achenbach G.V. Philosophische Praxis // Schriftenreihe zur Philosophischen Praxis. Bd. 1, Koln. 1984.
2. Marinoff L. Philosophical Practice. NY, Academic Press. 2001.
3. Beck A. T., Clark D. A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. Guilford Publications. 2009.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ПРАВОНАРУШЕНИЯМ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Левочкина О.В.

Кафедра психологии и конфликтологии

ГОУ ВО ЛНР «Луганский государственный университет

имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск

Аннотация. В данной статье рассмотрено использование технологии социально-педагогической реабилитации для изучения личности подростков, склонных к правонарушениям на диагностическом этапе. Это позволило сделать следующие Заключение: психолого-педагогический портрет личности подростка, склонного к правонарушениям, оказался дисгармоничным и отражает, прежде всего, нарушение социальной адаптации, что имеет

постоянный, хронический характер.

Ключевые слова: диагностический этап, личность, социальная реабилитация, социализация подростков, технология социально-педагогической реабилитации.

USING THE TECHNOLOGY OF SOCIAL AND PEDAGOGICAL REHABILITATION TO STUDY THE PERSONALITY OF ADOLESCENTS PRONE TO OFFEND AT THE DIAGNOSTIC STAGE

Levochkina O.V.

*Department of Psychology and Conflictology,
Vladimir Dahl Lugansk State University», Russia, LPR, Lugansk*

Abstract. This article discusses the use of the technology of socio-pedagogical rehabilitation to study the personality of adolescents prone to delinquency at the diagnostic stage. This made it possible to draw the following conclusions: the psychological and pedagogical portrait of the personality of a teenager prone to delinquency turned out to be disharmonious and reflects, first of all, a violation of social adaptation, which is of a permanent, chronic nature.

Keywords: diagnostic stage, personality, social rehabilitation, socialization of adolescents, technology of socio-pedagogical rehabilitation.

Технология социально-педагогической реабилитации подростков, склонных к правонарушениям, в общеобразовательных организации представляет собой технологический комплекс, содержащий в себе формы, методы и приемы, которые направлены на достижение конечной цели социально-педагогической реабилитации подростков – социально-психологическому восстановлению социально дезадаптированного подростка; восстановлению функций личности, психического, физического и нравственного здоровья, социального статуса; формированию позитивного отношения к жизни и учебе [8].

В процессе внедрения социально-педагогической технологии социально-педагогической реабилитации подростков, склонных к правонарушениям, в практику работы общеобразовательных организаций необходимо решить следующие задачи:

– проверить эффективность социально-педагогической технологии социально-педагогической реабилитации подростков, склонных к правонарушениям, на основе внедрения комплексной коррекционной программы социально-педагогической реабилитации в условиях общеобразовательных организаций;

– проверить в условиях эксперимента гипотезу исследования и корректность теоретических положений о социально-педагогической работе с подростками, склонными к правонарушениям, в общеобразовательных организациях.

Первым этапом внедрения технологии социально-педагогической реабилитации подростков, склонных к правонарушениям, в деятельность общеобразовательных организаций является диагностический этап, цель которого предусматривает, прежде всего, изучение социальных, педагогических и психологических условий, которые стали предпосылкой формирования индивидуальных особенностей и причиной делинквентного (с отклонениями от социальных норм) поведения подростков.

Социально-демографическая характеристика подростков, склонных к правонарушениям, как одного из аспектов их социально-педагогического портрета, дают возможность выяснить объективные и субъективные факторы десоциализации личности, наметить направления по планированию и организации социально-педагогической реабилитации, направленной на достижение цели ресоциализации, предоставили возможность определить три сферы, характеризующие подростков, которые в дальнейшем были положены в основу критериев эффективности технологии социально-педагогической

реабилитации данной категории подростков в общеобразовательных организациях: когнитивную, ценностную и поведенческую [5].

В развитии когнитивной составляющей социально-педагогической реабилитации личности подростка, склонного к правонарушениям, были обнаружены следующие недостатки: абсолютное большинство из них не знает элементарных правовых норм, уровень их правовой грамотности находится на очень низком уровне. Большинство из них объясняют причины своих преступлений именно незнанием законов. Кроме того были выделены следующие три группы подростков, склонных к правонарушениям [7].

К первой группе (6,8%) относятся подростки, которые не только знают, но и эмоционально воспринимают социальные нормы, правила, установки. К совершению противоправного действия (кража, хулиганство и т.п.) их подтолкнули определенные жизненные обстоятельства, ситуация или группа сверстников. Это подростки со слабыми волевыми качествами личности, легко поддающиеся под негативное влияние. Ко второй группе (22,5% респондентов) – подростки, которые знают социальные нормы и правила, но эмоциональное принятие их значительно затруднено. Они, как правило, не уверены в соответствии собственного поведения общепринятым нормам, поэтому не знают как себя вести в той или иной ситуации, нуждаются в постоянном влиянии и жестком контроле со стороны взрослых за их поведением. Для подростков, отнесенных к третьей группе (70,7%) характерно полное неприятие социальных норм и ценностей, причем большинство подростков хорошо их знает, но игнорирует их выполнение, активно выражает несогласие с ними, проявляет устойчивое эмоциональное отторжение и негативизм к сверстникам и взрослым, которые окружают их.

Ошибочные представления о нормах морали и права, в свою очередь, приводят к нерациональной оценки подростками, склонных к правонарушениям, ситуации (вспыльчивость, упрямство), к психической

неустойчивости (неустойчивость настроения, действие по настроению, неумение сдерживать свои желания), до аффективной возбудимости (раздражительность, агрессивность, повышенная конфликтность, неуправляемость), низкой устойчивости к стрессам (повышенная тревожность, обидчивость, отстраненность); безвольности (леность, вялость, расторможенность) и т.п. [7].

Важным показателем когнитивной составляющей социально-педагогической реабилитации подростков, склонных к правонарушениям, является их представление о себе, знание определенных черт собственного характера, осознание «образа-Я» и т.п. Для изучения особенностей «образа-Я» использовались модифицированный вариант методики «опрос на наличие референтной группы» А.В. Петровского и модифицированный вариант теста Д. Катца «Я. Мы. Они.» [6]. Анализ данных, полученных в результате исследования показал, что главной особенностью «Образа-Я» подростков, склонных к правонарушениям, является их неадекватность, а низкий уровень самопознания приводит к нарушению конгруэнтности и конфликтов с окружением. У большинства подростков обнаруживается более жесткое сопоставление образов «мы» и «они».

Относительно ценностной составляющей процесса социальной реабилитации, было выяснено, что у значительного количества подростков (84,3%) отсутствуют четко определенные цели в жизни, наблюдается их ситуативность и разнообразие; характерными являются бездуховность, цинизм, равнодушие, эгоизм и жестокость к окружающим. В структуре ценностных ориентаций отмечается смещение акцента с творческой деятельности на развлекательно-потребительскую; последнее место в иерархии ценностей занимает образование (гуманистическая и социально-статусную роль образования ценят лишь декларативно), получения профессии (самовыражение и социально-статусная функция труда ценится лишь декларативно), получение

высокого социального статуса [4].

По результатам изучения ценностных качеств личности было выявлено, что подростки, склонные к правонарушениям, превыше всего ценят (в порядке предпочтения): друзей, здоровье, любовь, общественное признание и свободу (ценности-цели), жизнерадостность, смелость, честность, терпимость, рационализм (инструментальные ценности). Но в процессе проведения индивидуальных бесед, было выяснено, что в сознании несовершеннолетних большинство понятий о ценности (прежде всего, друзья, свобода, честность) являются искаженными [1].

По изучению поведения личности несовершеннолетнего наблюдались следующие отклонения: неумение положительно решать ситуации во взаимоотношениях с другими людьми (аргументировано доказывать свою точку зрения, конструктивно решать конфликты, просить помощи, противостоять давлению группы и тому подобное). Кроме того, абсолютное большинство подростков, склонных к правонарушениям, не имеет любимого дела и заинтересованности ни к одному виду деятельности; им свойственно отсутствие трудовой дисциплинированности и стремления к качественным результатам в общественно полезном труде; подростки не имеют желания использовать и развивать творческий потенциал в различных видах деятельности.

Определение основных причин и форм агрессивного поведения позволило установить что причиной агрессивного поведения для многих подростков, склонных к правонарушениям, является фрустрация (от лат. разочарование – обман, тщетное ожидание) – негативное психическое состояние человека, что проявляется в характерных переживаниях и поведении (тревога, раздражительность, разочарование, отчаяние, депрессия и др.), вызванных объективно непреодолимыми (или субъективно воспринимаемыми как непреодолимые) трудностями на пути к достижению цели, а также

расхождения реальности с ожиданиями субъекта [2].

Определено, что формами агрессивного поведения подростков, склонных к правонарушениям, является: аутоагрессия (агрессия, направленная на себя); физическая агрессия (использование физической силы против другого лица); вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму: крик, визг, так и через словесные ответы: проклятия, угрозы, злобные шутки); раздражение (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении: вспыльчивость, грубость); негативизм (оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов); подозрительность (в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к окружению к убеждению в том, что другие люди планируют и приносят вред); обида (зависть и ненависть к окружающим); чувство вины (убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что является носителем зла, а также чувство раскаяния), которые используются подростками, склонными к правонарушениям, как средство удовлетворения потребности в доминировании, самовыражении и самоутверждении. Основой такого поведения является повышенный уровень психопатизации личности.

По данным диагностики чаще всего в собственном поведении подростки, склонные к правонарушениям, применяют: вербальную и физическую агрессию – соответственно 98,8% и 57% респондентов; негативизм свойствен 72% респондентов; раздражение присуще 56,4% подросткам.

Было выяснено, что агрессивное поведение подростков, с одной стороны, является моделью родительского поведения, с другой, – результатом жестокого отношения родителей к детям. Итак, семья является одним из важнейших источников для получения детьми знаний о моделях агрессивного поведения [3].

Анализ данных позволил также установить взаимосвязь между

различными параметрами, выявленными в процессе исследования. Итак, существует определенная взаимосвязь между группами идентичности и особенностями «образа-Я»: то есть, чем более адекватным является выбор группы, с которой идентифицирует себя подросток, тем более дифференцированным и осознанным является его представление о себе.

Наивысшая степень взаимосвязи обнаруженной между особенностями «образа-Я» и формой социализации подростков является целостность, устойчивость образа-Я, что напрямую влияет на уровень социализированности подростков. Неотрефлексированность представлений о себе связана, либо с высокой степенью напряжения и тревожности, либо с открытым негативизмом и отрицанием норм и правил, транслируемых не только взрослыми, но и частью сверстников.

Изучение личности подростков, склонных к правонарушениям, на диагностическом этапе технологии социально-педагогической реабилитации происходило также с использованием индивидуальных бесед с подростками (продолжительностью около двух часов с каждым); бесед с учителями и классными руководителями, в которых выяснялись особенности личности подростка, его статус в группе сверстников, особенности и успехи процесса его перевоспитания и т.п. Существенным затруднением при диагностике личности с помощью индивидуальной беседы явилось отсутствие у подростков навыков самоанализа и самооценки; как правило, им было трудно назвать свои хорошие и плохие черты, определить, что нужно изменить в себе и т.п.

Заключение. Изучение личности подростков, склонных к правонарушениям, на диагностическом этапе с помощью технологии социально-педагогической реабилитации позволило сделать следующие **Заключение:** психолого-педагогический портрет личности несовершеннолетнего, склонного к правонарушениям, оказался дисгармоничным и отражает, прежде всего, нарушение социальной адаптации,

что имеет постоянный, хронический характер. Об этом свидетельствуют количественные и качественные показатели: деформированных и асоциальных социально-демографических характеристик несовершеннолетних, их отдельных наклонностей, способностей, состояния здоровья (особенно психического); преимущественно низкого уровня развития когнитивного, ценностного, поведенческого компонента личности подростка, склонного к правонарушениям; неадекватности самооценки, высокого уровня тревожности и агрессивности, низкого социального статуса подростков, что требует профессиональной психолого-педагогической и социально-педагогической реабилитации, коррекции и профилактики.

Литература / References

1. Бех И.Д. Ценности как ядро личности. Ценности образования и воспитания: научн.-метод. сб. / И.Д. Бех. – К., 1997. – С. 8-12.
2. Заверико Н.В. Особенности социализации подростков и молодежи в современных условиях / Н.В. Заверико // Социальная педагогика: теория и практика. – 2005. – №1.
3. Заверико Н.В. Теоретический основы социально-педагогической технологии работы с подростками / Н.В. Заверико // Научный журнал НПУ имени М.П. Драгоманова, Серия 11. Социология. Социальная работа. Управление: Сб. научных трудов. – К.: НПУ имени М.П. Драгоманова, 2004. – №2. – С. 80-86.
4. Иванов В.Н. Социальные технологии в современном мире / В.Н. Иванов. – М.: Славянский диалог, 1996. – 335 с.
5. Немов Р.С. Психология: Учебн. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3-х кн. / Р.С. Немов. – М.: ВЛАДОС, 1999. – Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 640 с.

6. Петровский А.В. Проблемы развития личности с позиции развития социальной психологии / А.В. Петровский // Вопросы психологии. – 1984. – №4. – С. 15-29.

7. Харченко С.Я. Социально-педагогические технологии / С.Я. Харченко, Н.П. Краснова, Л.П. Харченко. – Луганск: Альма-матер, 2005. – 552 с.

8. Шахрай В.М. Технологии социальной работы: учебное пособие / В.М. Шахрай. – М.: Центр учебной литературы, 2006. – 464 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЖИЛЫХ УЧАСТНИКОВ ПРОЕКТА «МОСКОВСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ», ОБУЧАВШИХСЯ ИНФОРМАЦИОННЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ

Максименко Л.В.¹, Витковская Е.Д.²

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены
Медицинский институт ФГБАОУ ВО «Российский Университет дружбы
народов», Россия, г. Москва*

*² ФГБУ Центральный Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения России,
Россия, г. Москва*

Аннотация. Старение населения - это глобальная тенденция. Информационные технологии могут решить некоторые проблемы, в том числе содействовать социализации пожилых людей, противостоять их эмоциональному одиночеству и, в конечном счете, оказывают позитивное воздействие на их здоровье и продолжительность жизни. Опрос москвичей 55+ (n=398) показал, что за 4 года существования проекта «Московское долголетие» 27,9% из них прошли обучение информационным технологиям. Жизненная активность это единственная шкала опросника качества жизни SF-36, положительно связанная с выбором пенсионерами обучения информационным технологиям: среди лиц с хорошей и отличной жизненной активностью доля

обучившихся составила около 35%, с более низкой - в 2 раза меньше. Разведенные и одиноко проживающие являются базовыми группами пожилых для обучения информационным технологиям, однако соответствие обучения потребностям пожилых для обеспечения активного долголетия требует дополнительного исследования.

Ключевые слова: проект «Московское долголетие», опросник качества жизни SF-36, жизненная активность, информационные технологии, пожилые, разведенные, одиноко проживающие.

**MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE ELDER
PARTICIPANTS OF THE PROJECT «MOSCOW LONGEVITY», WHO
HAVE STUDIED INFORMATION TECHNOLOGIES**

Maksimenko L.V.¹, Vitkovskaya E.D.²

¹*Department of Public Health, Healthcare and Hygiene Medical Institution Peoples Friendship University of Russia (RUDN University), Russia, Moscow*

²*Federal State Central Research Institution of Health Care Organization and Informatisation, Moscow, Russia*

Abstract. Population ageing is a global trend. Information technology can solve some problems, including promoting the socialization of older persons, confronting their emotional loneliness and ultimately having a positive impact on their health and life expectancy. A survey of Muscovites 55+ (n=398) showed that for 4 years of existence of the project «Moscow Longevity» 27.9% of them were trained in information technologies. Vitality is the only SF-36 quality-of-life survey scale positively associated with the choice of IT training: among people with good and excellent Vitality, the share of learners was about 35%, with a lower Vitality – in 2 times less. Divorced and living alone are the basic groups of elders for information technology training, but the relevance of education to the needs of older persons for active ageing requires further research.

Keywords: «Moscow Longevity» project, life quality questionnaire SF-36, vitality, information technologies, elderly, divorced, living alone.

Введение. Глобальный рост гериатрической популяционной группы требует разработки подходов к обеспечению здоровой и активной старости. Одиночество признано фактором, наиболее глубоко и пагубно влияющим на благополучие и здоровье пожилых и связано с повышенным риском утраты физической силы и подвижности, когнитивных нарушений и деменции. В публикациях, представленных в базах данных CINAHL, EBSCOhost, и PubMed, больше всего отведено внимания оценке социальных связей пожилых с соседями, с взрослыми детьми и влиянию физической структуры населенного места на социальные связи и развитию сетей интернет [1]. Длительное пребывание в помещении, особенно у горожан, привело к кардинальному изменению образа жизни, главной чертой которого является снижение двигательной активности, которая играет решающую роль в сохранении физического и психического здоровья.

Женщины в США с большей социальной изоляцией и более высоким уровнем одиночества имели на 13-27% более высокий риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [2]. У пожилых с высоким уровнем эмоционального одиночества в Китае на 32% выше риск когнитивных нарушений, на 39% - физической слабости при увеличении риска смерти, наблюдаемой в течение трех лет [3]. В Иране эмоциональное одиночество, чаще наблюдаемое у женщин старшего возраста и потерявших мужей, сопряжено с психическими расстройствами и низким качеством жизни [4].

Страдание пожилых от эмоционального одиночества, негативно влияющее на здоровье и укорачивающее жизнь, требует решения, причем наиболее рациональным на настоящий момент является их социализация путем поддержания социальных контактов, в том числе посредством интернета. По

данным Медиаскоп (Медиапотребление) в феврале-июле 2022 г. среднемесячная аудитория интернета в России составила 97,5 млн. человек (12+). Пожилые лица 55-64 лет в среднем находятся в интернете 2 часа 39 мин., 65+ - 1 час. 14 мин., что значительно меньше, чем в других возрастных группах, например, в предпенсионном возрасте 45-54 г. – 3 часа 37 мин.

Сегодня присоединение пожилых к цифровым технологиями - общемировая тенденция, развивающаяся с положительным эффектом для потребителей. Значительное число исследований проведено в Китае. В Панельном китайском исследовании семьи (China Family Panel Studies) 2020 г. подтверждено положительное влияние использования интернета на улучшение субъективного благополучия пожилых 60+ ($n=4463$, $68,07 \pm 5,75$ лет) и их социализацию [5]. Применение интернета для решения жизненных проблем на 37,19% снижает распространенность признаков депрессивного состояние пожилых людей [10]. Среди пожилых относительно более молодые, мужчины, имеющие хорошее образование, живущие в городских районах и имеющие небольшую семью чаще пользуются интернетом [6].

Среди лиц 60+ ($n=669$) 38,6% опрошенных пользуются интернетом, причем большинство из них (74,2%) практикуют онлайн-знакомства, ищут информацию о питании (63,1%) и физических упражнениях (47,1%). Пожилые, владеющие цифровыми технологиями, так же, получив из интернета информацию о такой возможности, выражают желание использовать смарт-браслеты мониторинга состояния с кнопкой экстренных вызовов.

Пол, возраст, образование, ежемесячный доход, качество жизни, количество друзей и участие в общественной жизни влияют на использование интернета [7]. Zhang и Li рассматривают результаты исследований как обоснованные для разработки государственной политики Китая, направленной на обеспечение условий для благополучного старения, учитывая необходимость преодоления межпоколенческого «цифрового разрыва» с целью

цифровой интеграции пожилых людей. «Пусть больше пожилых людей получают пользу от использования интернета, тем самым расширив социальные связи и улучшив качество жизни» [8] - заключают авторы.

В США среди пожилых лиц 55+ (n=200) 53% пользуются интернетом, среди них 49,1% имеют высокий уровень грамотности в области цифрового здравоохранения. «Необходимо развивать образовательные мероприятия, способствующие успешному использованию технологий и повышению цифровой грамотности в целом, в том числе в области электронного здравоохранения» [9].

В Москве с 2018 г. действует социальный проект «Московское долголетие». Все желающие пожилые москвичи принимают участие в различных активностях проекта по собственному выбору. Одна из активностей представляет собой освоение информационных технологий.

Целью данного исследования является выявление медико-социальных характеристик и качества жизни пожилых, участвовавших в освоении информационных технологий в рамках проекта Московское долголетие.

Объекты и методы исследования. Тип исследования - когортное, проспективное. Метод – опрос (проведен апреле-мае 2022 г. в одном из районов г. Москвы среди лиц 55+ для женщин и 60+ для мужчин). Анкета состоит из вопросов медико-социального блока, блока участия в программе «Московское долголетие» и рекомендуемого ВОЗ неспецифического опросника качества жизни SF-36 в российской версии. Качество жизни выражено баллами по 8 шкалам опросника КЖ: PF – физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VI – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье. Оценка качества жизни по скорю шкал основана на разбивке шкал по 20 баллов от отличного (81-100) до очень плохого (до 21).

Статистическая обработка данных проведена в программе SPSS. Достоверность связи изучаемых показателей оценена на 95%-ном уровне достоверности.

Характеристика выборки. Объем выборки составил 398 пожилых москвичей в возрасте 69,5 [95%ДИ: 68,6-70,3] лет в диапазоне от 55 до 96 лет. Удельный вес мужчин в выборке составил 46% (n=183) и женщин 54% (n=215). Более половины (55%) респондентов участвовали в проекте Московское долголетие (n=219).

Результаты и их обсуждение.

За 4 года существования социального проекта Московское долголетие обучились информационным технологиям (ИТ) 61 чел. из 219, что составило 27,9%, абсолютное большинство (60 чел. из 61) – в возрасте до 80 лет.

Сравнение средних скоров по шкалам опросника качества жизни SF-36 в зависимости от участия в активности ИТ показало, что жизненная сила VI (vitality) - единственная шкала на 95%-ном уровне ($0,1 > 0,07 > 0,05$) достоверности выше среди обучавшихся ИТ (табл. 1).

Таблица 1.

Скоры баллов по шкалам неспецифического опросника качества жизни SF-36 среди участников социального проекта Московское долголетие (2018-2022 гг.) в зависимости от участия в активности «Информационные технологии»

Участие пожилых (n)	Скор по шкалам опросника	Средняя и стандартное отклонение баллов по шкалам опросника качества жизни SF-36							
		PF	RP	BP	GH	VI	SF	RE	MH
Да (n=61)	Среднее	75,08	62,30	71,16	63,92	67,46	82,99	63,94	74,49
	Стандартное отклонение	25,96	35,83	23,65	20,64	17,86	19,10	35,12	16,89
Нет (n=158)	Среднее	76,55	58,70	67,42	62,81	62,50	84,18	71,94	70,20
	Стандартное отклонение	25,37	36,10	23,62	20,22	17,10	20,12	33,98	18,95

Достоверность отличия среднего, p		0,70	0,52	0,30	0,72	0,07	0,69	0,12	0,12
Всего (n=219)	Среднее	76,14	59,70	68,47	63,12	63,88	83,85	69,71	71,40
	Стандартное отклонение	25,48	36,63	23,64	20,30	18,05	19,81	34,41	18,46

Минимальный уровень жизненной активности выявлен среди пожилых москвичей, не участвовавших в проекте Московское долголетие, (n=179) – $52,51 \pm 17,86$ – удовлетворительный уровень. Среди обучавшихся ИТ доля обучавшихся ИТ в зависимости от оценки по шкале жизненная активность представлены в табл. 2.

Установлена линейная регрессионная зависимость доли участников проекта Московское долголетие в выборке пожилых москвичей от оценки жизненной активности (коэффициент детерминации $R^2=0,9612$):

$$Y = 13,55 * X + 11,47,$$

где Y – доля участников проекта Московское долголетие, %, X – оценка жизненной активности по шкале VI опросника SF-36 (5 – отличное, 4 – хорошее, 3 – удовлетворительное, 2 – плохое, 1 – очень плохое).

При этом, как видно из таблицы 2, увеличения доли обучившихся ИТ среди участников проекта с более высокой оценкой жизненной активности по группам активности не выявлено. Однако поисковый статистический метод – классификационные деревья - подтвердил связь жизненной активности VI и выбор пожилыми активности ИТ.

Классификационное дерево жизненной активности пожилых (количественная переменная), куда в виде независимых переменных введены пол, проживание (3 группы – одни, с супругом, с детьми/ внуками), семейное положение (4 группы – в браке, разведены, вдовы, не бывшие никогда в браке), участие в проекте Московское долголетие (да/ нет) и выбор активности, показало, что во всей выборке опрошенных пожилых москвичей (n=398)

жизненная сила VI наибольшая среди участников проекта Московское долголетие и особенно высока среди прошедших обучение ИТ (рис. 1).

Таблица 2.

Удельный вес участия пожилых москвичей в активности «Информационные технологии» социального проекта Московское долголетие в зависимости от оценки жизненной активности

Оценка по шкале жизненная активность VI	Участие в проекте Московское долголетие	N	Доля участников проекта Московское долголетие, %	Средний балл по шкале VI	Стандартное отклонение по шкале VI	Прошли обучение по активности Информационные технологии	
						n	Доля, %
Очень плохо	Да	5	30,0	19,0	2,236	2	40,0
	Нет	10		16,5	3,375		
	Всего	15		17,3	3,200		
Плохо	Да	25	32,1	33,8	6,000	5	20,0
	Нет	53		34,5	4,730		
	Всего	78		34,3	5,142		
Удовлетворительно	Да	60	52,5	53,5	5,312	9	15,0
	Нет	55		51,6	5,362		
	Всего	115		52,6	5,394		
Хорошо	Да	98	64,4	72,5	5,526	35	35,7
	Нет±	54		73,2	4,968		
	Всего	152		72,8	5,330		
Отлично	Да	31	81,6	88,2	4,924	10	32,3
	Нет	7		87,1	2,673		
	Всего	38		88,0	4,582		
Всего	Да	219	55,0	63,9	18,053	61	27,9
	Нет	179		52,5	19,244		
	Всего	398		58,8	19,418		

Как видно, в среднем число баллов из 100 по шкале жизненной активности составило для всех респондентов (n=398) $58,77 \pm 19,42$ [95%ДИ:56,86-60,68], что оценивается как удовлетворительный уровень; среди участников проекта Московское долголетие (n=219) уровень хороший

(63,88±18,05); среди прошедших обучение ИТ в рамках проекта (n=61) – хороший и самый высокий из рассмотренных групп (67,46±17,86), среди участников других активностей проекта (n=158) - хороший, но в среднем на 5 баллов ниже (62,50±17,995).

Классификационные деревья показали, что если все шкалы опросника SF-36 введены как независимые переменные, то метод CHAID связывает обучения ИТ только со шкалой VI, деля ее на 2 группы: в группе 1 (n=90), где VI≤60, обучились ИТ только 17,8% участников, в группе 2 (n=129), где VI>60, обучились ИТ 34,9%, то есть в 2 раза больше. Данная модель позволяет правильно предсказать 72,1% данных, что приемлемо, поскольку уровень правильного предсказания превысил 70% (рис. 2А).

Обозначения: ИТ – активность Информационные технологии проекта Московское долголетие.

Если в модель в качестве независимых переменных введены все активности проекта, то метод CRT связывает шкалу VI только с обучением ИТ, деля ее по признаку «ИТ да» (обучались) и «ИТ нет» (не обучались) и формирует 2 группы: в группе 1 (n=167), которая не обучалась ИТ, VI=62,904±17,753, в группе 2 (n=61), которая обучалась ИТ, VI=67,459±17,856. Данная модель позволяет правильно предсказать 62,90% данных, что менее значимо, чем модель CHAID (рис. 2Б).

Данный статистический подход и деление пожилых не на 5 оценочных групп по жизненной активности, а на две, действительно видится более обоснованным, поскольку численность участников проекта, прошедших обучение ИТ, не превышает 10 чел. по каждой группе (табл. 2), характеризующейся жизненной активностью не выше хорошей.

Отсюда, на 90%-ном уровне достоверности выявлена связь между обучением пожилых людей ИТ в проекте Московское долголетие и хорошей (60-80 баллов) или отличной (81-100) жизненной активностью, повышая долю

участия с 17,8% с очень плохой, плохой и удовлетворительной жизненной силой до 34,9% с хорошей и отличной жизненной активностью.

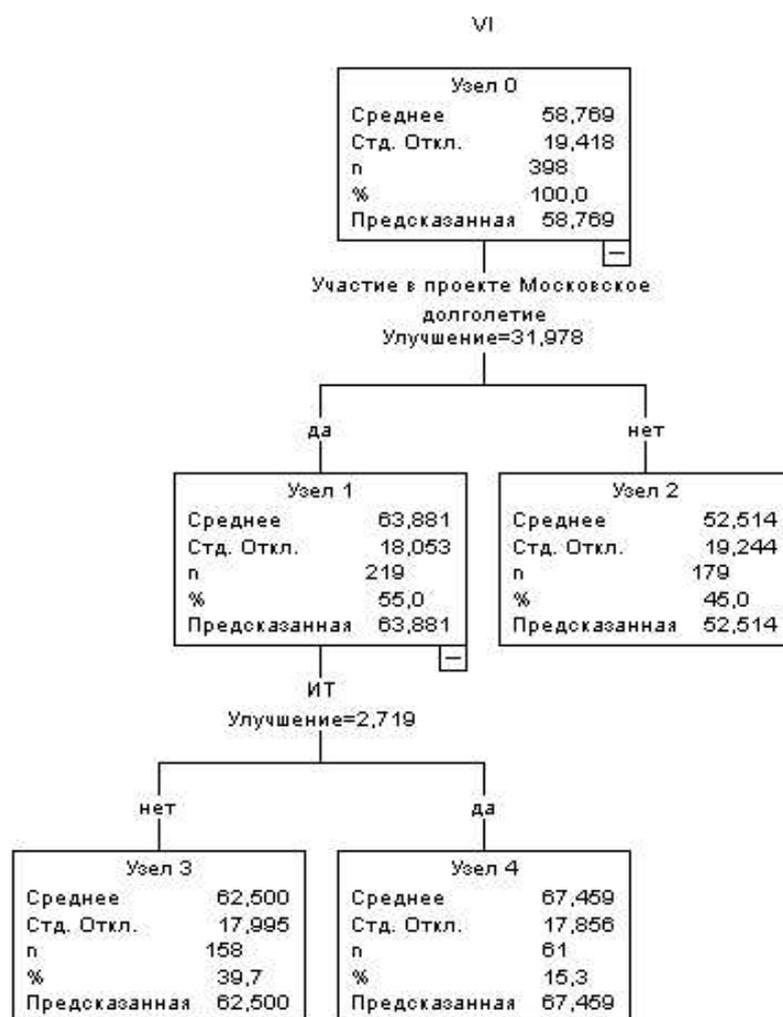


Рис. 1. Классификационное дерево жизненной силы по шкале VI опросника качества жизни SF-36 пожилых москвичей (метод CRT)

Проявлением более высокой жизненной активности обучавшихся ИТ стало участие в большем количества активностей проекта. Так, они участвовали максимум в 6-ти активностях против 4-х среди остальных участников проекта, не обучавшихся ИТ, что в среднем составило $2,44 \pm 1,04$ и $2,19 \pm 0,85$ соответственно. Среди обучившихся ИТ с отличной или хорошей жизненной

активностью максимальное число освоенных активностей составило 6 ($2,48 \pm 1,05$), с удовлетворительной, плохой или очень плохой – 4 ($2,27 \pm 1,00$).

Высокую потребность в обучении ИТ проявили разведенные пожилые люди (48,3%), что значительно выше, чем среди никогда не состоявших в браке (28,6%), вдовых (26,8%) и состоящих в браке на момент опроса (23,7%) ($p=0,066$). Вероятность пройти обучение ИТ среди разведенных в 2,8 раз выше, чем среди остальных по семейному положению:

ОШ=2,840 [95%ДИ: 1,277-6,316] ($p=0,008$)

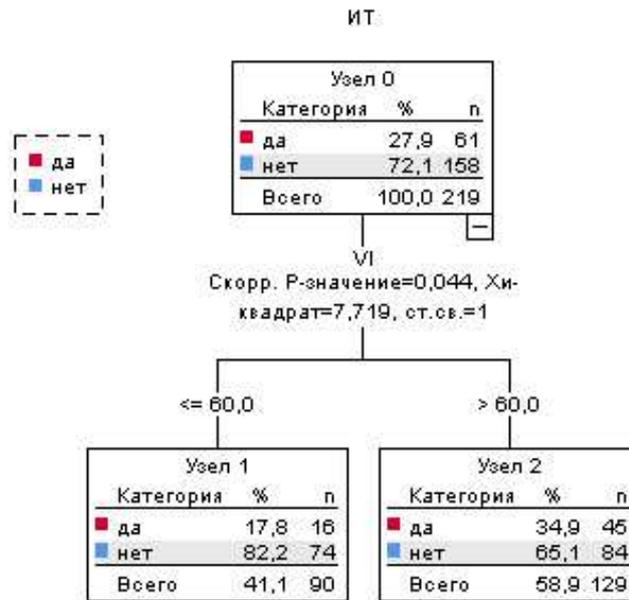
Разведенные среди женщин составляют 14,9%, мужчин – 6,6% ($p=0,006$); среди лиц до 70 лет – 14,3% против лиц в возрасте 70 лет и старше – 6,9% ($p=0,023$). Разведенные в 79,5% случаев проживают одни, 20,5% - с супругом или детьми/ внуками ($p=0,000$).

Обучились ИТ пожилые, проживающие одни, в 38,1% случаев против 23,7% остальных. Вероятность обучиться ИТ для одиноко проживающих почти в 2 раза выше, чем для проживающих в семье:

ОШ=1,979 [95%ДИ: 1,056-3,710] ($p=0,032$)

По полу, уровню образования, дополнительному уходу и возрасту не выявлено достоверной связи с обучением ИТ. Однако стоит заметить, что обучившиеся ИТ выявлены в основном в возрастных группах до 80 лет, а их доля варьировала от 23,8% до 40% по возрастным группам с пятилетним интервалом.

Обучение ИТ связано так же с тем, как участники оценивают эффект своего участия в проекте Московское долголетие, что важно для разработки и организации обучения ИТ. Среди обучившихся ИТ 60,7% против 43,3% остальных оценивают участие в проекте как прекрасное проведение досугового времени ($p=0,024$). Вероятность такой оценки в 2 раза выше, чем среди участников других активностей:



А

Б

Рис. 2. Классификационные деревья, отражающие связь обучения информационным технологиям участников социального проекта Московское долголетие и их жизненной силой по шкале опросника качества жизни SF-36: А – метод SHADID, Б - метод CRT

ОШ=2,018 [95%ДИ:1,104-3,687] (p=0,024).

Вместе с тем обращает на себя внимание, что об улучшении физического и эмоционального состояния заявили только 37,7% обучившихся ИТ против 52,5% участников других активностей проекта (p=0,034), да и отношение к собственному здоровью в лучшую сторону у них менялось реже, а именно, у 36,1% против 51,3% остальных (p=0,030). Причина, видимо, связана с характерными особенностями предлагаемых проектом активностей, а именно, другие активности непосредственно направлены на поддержание физического состояния (общая физическая подготовка, скандинавская ходьба, танцы и пр.) или развивают художественное творчество (художественно-прикладное искусство, рисование), что более значимо для преодоления физической слабости, психологической/ социальной изоляции и депрессии пожилых, сопровождающих старение.

Программы обучения ИТ пожилых должны иметь специфическую направленность, учитывающую потребности пожилых. Потребность пожилых включает (1) необходимость он-лайн социальных связей при условии безопасности контактов; (2) поиск надежной информации о здоровом образе жизни (питании, физических нагрузках и психологических приемах, улучшающих настроение и психологическое состояние); (3) освоение «интернета вещей», в том числе заказа с доставкой на дом вещей, продуктов питания и лекарств; (4) исполнение социальных обязанностей гражданина, в том числе онлайн участия в выборах, своевременной оплаты коммунальных услуг и прочее; (5) знакомство с цифровым здравоохранением. Кроме того, региональные программы обучения должны согласовываться с условиями населенного места.

Таким образом, среди пожилых москвичей – участников социального проекта Московское долголетие за 4 года обучились информационным технологиям всего 27,9%. Единственная шкала качества жизни по опроснику

SF-36, связанная с потребностью обучения информационным технологиям, это жизненная сила или жизненная активность. Среди лиц с хорошей и отличной жизненной активностью обучились информационным технологиям около 35%, а с более низкой - в 2 раза меньше. Опорными социальными группами для обучения информационным технологиям являются разведенные и проживающие в одиночестве. Однако пожилые москвичи чаще расценивают обучение лишь как проведение досуга и реже признают его позитивное влияние на здоровье. Это указывает, с одной стороны, на необходимость исследования соответствия программы обучения потребностям пожилых в сохранении здоровья, обеспечении позитивного и активного долголетия, с другой, на возможность освоения цифровых технологий с учетом возрастных изменений памяти, внимания и здоровья.

Литература/ References

1. Woods T, Nies MA, Shirley AM. Social Networks in Retirement and Assisted Living Communities: A Literature Review. *J Gerontol Nurs.* 2022 Jan; 48(1):42-46. doi: 10.3928/00989134-20211207-01. Epub 2022 Jan 1. PMID: 34978489.
2. Golaszewski NM, LaCroix AZ, Godino JG, et al. Evaluation of Social Isolation, Loneliness, and Cardiovascular Disease Among Older Women in the US. *JAMA Netw Open.* 2022; 5(2):e2146461. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.46461.
3. Wei K, Liu Y, Yang J, Gu N, Cao X, Zhao X, Jiang L, Li C. Living arrangement modifies the associations of loneliness with adverse health outcomes in older adults: evidence from the CLHLS. *BMC Geriatr.* 2022 Jan 17;22(1):59. doi: 10.1186/s12877-021-02742-5. PMID: 35038986; PMCID: PMC8764854.
4. Moshtagh M, Salmani F, Moodi M, Miri MR, Sharifi F. A perspective on the sense of loneliness and its determinants in Iranian older people.

Psychogeriatrics. 2022 Mar; 22(2):252-258. doi: 10.1111/psyg.12809. Epub 2022 Jan 19. PMID: 35048470.

5. Yang Y, Zeng D, Yang F. Internet Use and Subjective Well-Being of the Elderly: An Analysis of the Mediating Effect Based on Social Capital. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 24; 19(19):12087. doi: 10.3390/ijerph191912087. PMID: 36231387; PMCID: PMC9564528.

6. Guo H, Feng S, Liu Z. The temperature of internet: Internet use and depression of the elderly in China. *Front Public Health*. 2022 Dec 21; 10:1076007. doi: 10.3389/fpubh.2022.1076007. PMID: 36620285; PMCID: PMC9811204.

7. Sun X, Yan W, Zhou H, Wang Z, Zhang X, Huang S, Li L. Internet use and need for digital health technology among the elderly: a cross-sectional survey in China. *BMC Public Health*. 2020 Sep 11;20(1):1386. doi: 10.1186/s12889-020-09448-0. PMID: 32917171; PMCID: PMC7488462.

8. Zhang Q, Li Z. The Impact of Internet Use on the Social Networks of the Elderly in China-The Mediating Effect of Social Participation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 4;19(15):9576. doi: 10.3390/ijerph19159576. PMID: 35954933; PMCID: PMC9367896.

9. Arcury TA, Sandberg JC, Melius KP, Quandt SA, Leng X, Latulipe C, Miller DP Jr, Smith DA, Bertoni AG. Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. *J Appl Gerontol*. 2020 Feb;39(2):141-150. doi: 10.1177/0733464818807468. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30353776; PMCID: PMC6698430.

10. Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. Вопросы первичной профилактики инсульта у взрослых и детей // *Лечащий врач*. 2019. № 10. С. 30-35.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и психотерапии

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые свидетельствуют, что семья, стили родительского руководства, типы воспитания, семейный микроклимат являются значимыми факторами в формировании гармонично развитой личности и при неблагоприятном негативном влиянии способствуют риску развития аутоагрессивных тенденций у подростков. Семейные взаимоотношения и факторы микро-социального окружения оказывают значительное влияние на формирование ребенка в личностном плане, способствуют развитию аддиктивного поведения, в частности, на склонность к развитию самоповреждающих действий.

Ключевые слова: стили воспитания; семья; подростки; личностные особенности.

STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS, TAKING INTO ACCOUNT FAMILY RELATIONSHIPS

Muhtorov B.O., Babarakhimova S.B.

Department of Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. This article discusses the results of the study, which indicate that the family, parental leadership styles, types of upbringing, family microclimate are significant factors in the formation of a harmoniously developed personality and, with an unfavorable negative influence, contribute to the risk of developing auto-

aggressive tendencies in adolescents. Family relationships and factors of the micro-social environment have a significant impact on the formation of the child in the personal characteristics; contribute to the development of addictive behavior, in particular, the tendency to develop self-damaging actions.

Keywords: parenting styles; family; adolescents; personal characteristics.

Введение. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [1, 13]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [4 11].

В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения [6,8,9]. Возникновению несуйцидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами [3, 12]. По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов [2, 5]. По данным зарубежных психологов, микросоциальное окружение способствует риску развития деструктивных тенденций, аутоагрессивного поведения у подростков [7, 10].

Цель исследования: изучить особенности аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста с учётом типов семейных взаимоотношений

для оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10–Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуйцидального генеза. В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Структурированный личностный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержал перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования несуйцидального самоповреждающего поведения с учетом личностных особенностей.

Результаты исследования и обсуждения: согласно данным научных исследований, семья, стили родительского руководства, типы воспитания, семейный микроклимат являются значимыми факторами в формировании гармонично развитой личности и при неблагоприятном негативном влиянии способствуют риску развития суицидальных тенденций у подростков.

Семейные взаимоотношения и факторы микро-социального окружения оказывают значительное влияние на формирование ребенка в личностном плане, и в том числе, в какой-то мере способствуют развитию аддиктивного поведения, в частности, на склонность к развитию суицидальных тенденций. Одной из задач нашего исследования явилось изучение семейных

взаимоотношений, как предикторов формирования несуицидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения - 76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам - воспитание одним родителем - в 36,1% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии) - у 5 (8,2%) подростков, воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжем) - у 4 (6,6%) подростков (рис. 1).

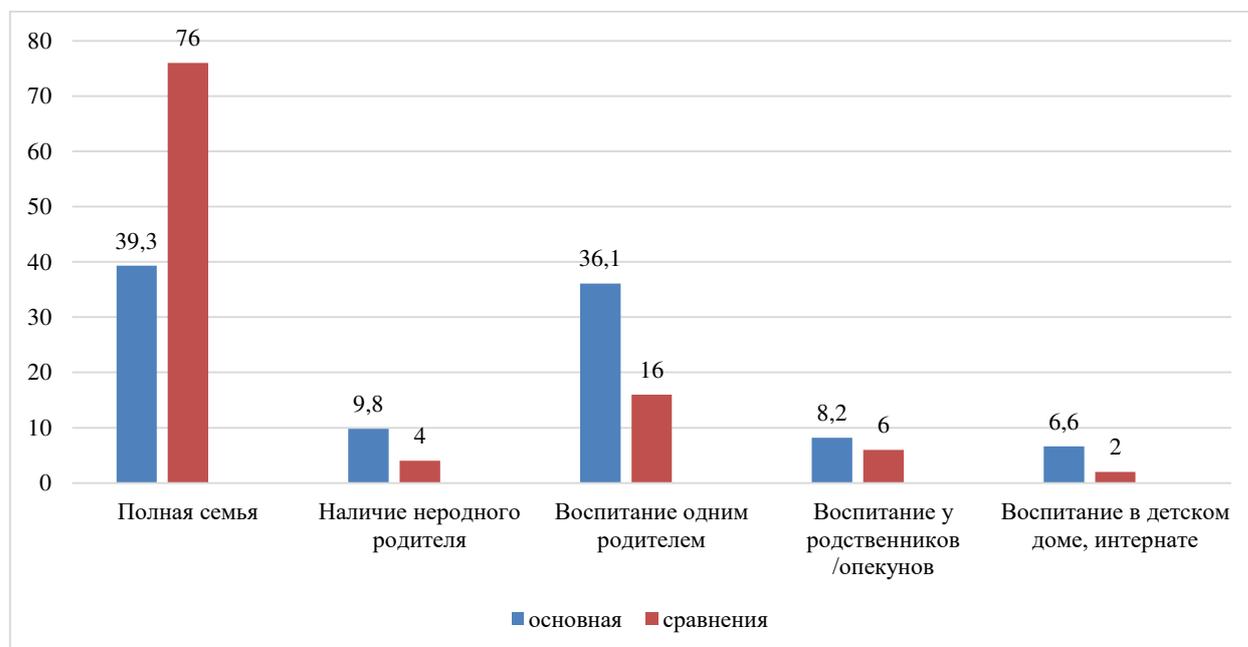


Рис. 1. Распределение подростков в зависимости от микросоциального окружения.

Таким образом, обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения, определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи.

Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей, страдал психическим заболеванием.

Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между родителями, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагополучный микроклимат, и родители не выполняют основных своих предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребёнке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Как видно из рис.2.- распределения подростков по видам семьи, в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи

установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения.



Рис. 2. Виды семей.

Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования.

Как видно из рис. 3, в основной группе высокие показатели подростков из деструктивных семей-24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей.

При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А. Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания.

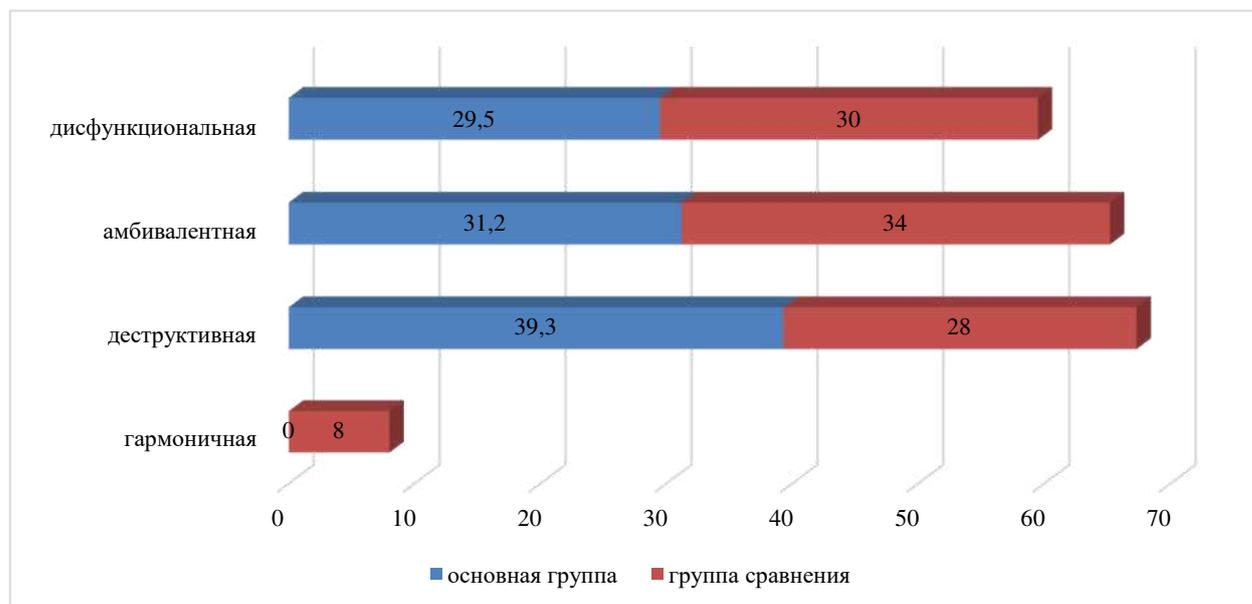


Рис. 3. Виды семьи у обследуемых подростков.

Как видно из рисунка 4, в основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев).

Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил, преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гиперпротекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

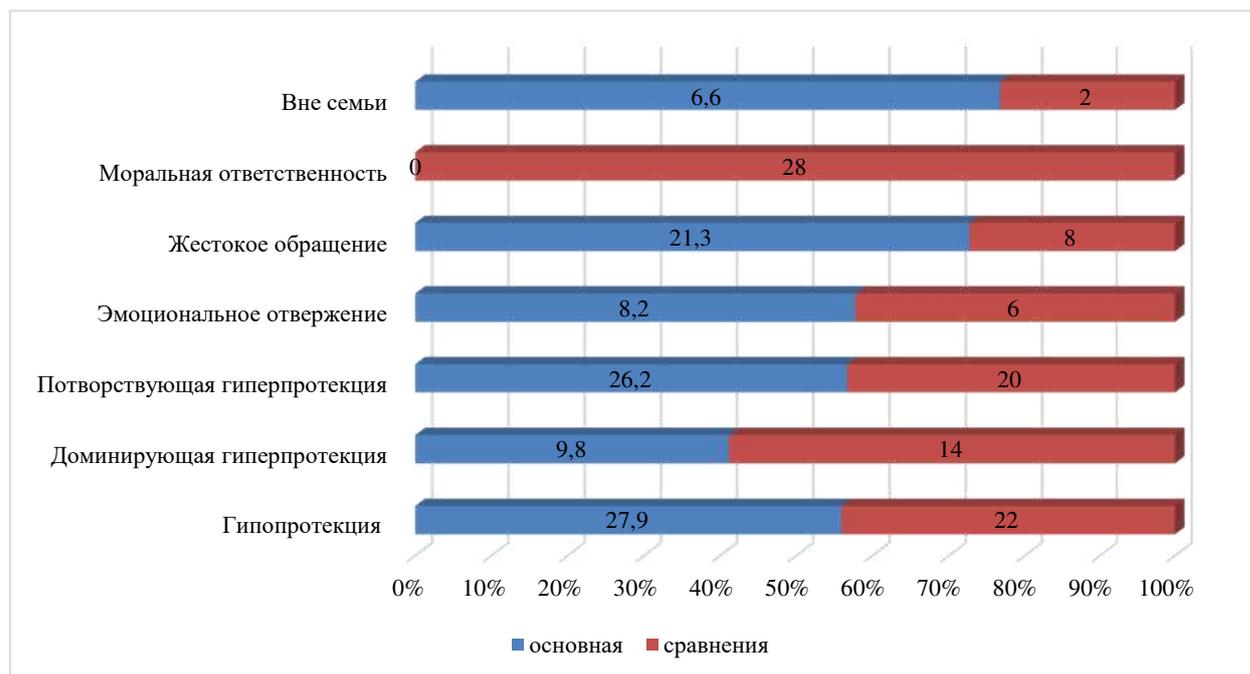


Рис. 4. Типы родительского воспитания.

Заключение. Проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

Литература/ References

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153.
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков/ 2020.- №2(17). – С.23-28.
3. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом бродяжничества с учётом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков/ 2020.- №4(19). – С.4-10.
4. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Роль конфликтных ситуаций в формировании несуйцидального самоповреждающего поведения у мальчиков подростков допризывного возраста // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 3 (136), С. 67-71
5. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Психоэмоциональные изменения у мальчиков подростков допризывного возраста // Медицинская психология в здравоохранении: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, Курск, 2022 г. С. 72-75
6. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. Психофизиологические особенности подростковых депрессий / Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы: материалы I Международной научно-практической конференции. Кемерово, 28 апреля 2022 г, С. 199-202
7. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents”/Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.

8. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019
9. Abdullaeva V.K., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55.
10. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020) pp. 19-22
11. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18
12. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-27
13. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.

**ВЛИЯНИЕ ПРОЦЕССА ЦИФРОВИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА
НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

Носова Т.В.³, Першина Е.Е.³, Кирина Ю.Ю.^{2,3}, Лопатин А.А.^{1,2}

^{1,3}ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

²Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Проведен анализ особенностей влияния процесса цифровизации общества на психологическое здоровье населения.

В статье рассмотрены основные проблемы и возможные пути их решения. Отменить процесс цифровизации общества невозможно, следовательно, требуется выработка подходов, позволяющих выявлять и нивелировать негативные эффекты.

Ключевые слова: цифровое общество, цифровизация, психологическое состояние, психологическое здоровье.

THE IMPACT OF THE PROCESS OF DIGITALIZATION OF SOCIETY ON THE PSYCHOLOGICAL STATE OF THE POPULATION

Nosova T.V.³, Pershina E.E.³, Kirina Y.Y.^{2,3}, Lopatin A.A.^{1,2}

^{1,3}*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

²*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The purpose of the study is to analyze the features of the impact of the process of digitalization of society on the psychological health of the population.

The article discusses the main problems and possible ways to solve them. It is impossible to cancel the process of digitalization of society, therefore, it is necessary to develop approaches that allow identifying and leveling negative effects.

Keywords: digital society, digitalization, psychological state, psychological health.

Тотальная цифровизация, явившаяся следствием информационной революции, вызвала проникновение информационных технологий в повседневную жизнь человека. Глобальная сеть практически стерла межнациональные, культурные и географические границы. В условиях постоянно развивающихся технологий темп жизни увеличивается, и, как следствие, требования к человеку также возрастают. Современный человек должен быть более эффективным, инициативным, продуктивным, как в своей

профессиональной деятельности, так и личной жизни [12, С. 51]. В условиях цифрового общества информация не только определяет направления развития общества, но и диктует человеку эталоны идентификации, образцы поведения, что неизменно сказывается на его психологическом состоянии [3, С. 79]. Указанные тенденции определяют необходимость изучения последствий воздействия цифровизации общества на психологическое состояние личности, с точки зрения выявления возможных негативных явлений цифровизации и определения направлений по преодолению последствий, отрицательно влияющих на психическое здоровье человека.

Цифровые технологии являются неотъемлемой частью современного общества в развитых и развивающихся странах. Цифровизация, трансформируя способ взаимодействия людей с окружающей действительностью, одновременно оказывает влияние на внутренний мир человека, его психологическое состояние [9, С. 3].

Процесс цифровизации общества тесно взаимосвязан с глубокими изменениями в личной и социальной жизни человека, оказывает влияние практически на все ее аспекты: особенности коммуникации с другими людьми, специфику учебной и профессиональной деятельности, выбор досуга, вопросы сохранения и поддержания здоровья, участие в общественной жизни и т.д. При этом, несмотря на то, что введение цифровых технологий предполагает значительные преимущества для улучшения состояния здоровья, расширения возможностей в профессиональной и общественной деятельности, такая фундаментальная социальная трансформация вызывает определенные сложности. Цифровизация, преобразуя общество через цифровые технологии, лишает его личностной субъектности, эмоциональности [6, С. 185].

Постоянное развитие цифровых технологий, появление новых технических устройств на их базе вызывают инновации в различных сферах жизни человека и общества в целом. При этом такие технологии, с одной

стороны, предоставляют человеку значительные возможности и саморазвития. С другой стороны, чрезмерная включенность в цифровую среду вызывает ряд ограничений: человек, оказавшись в естественной среде, становится совершенно беспомощным. Вследствие повсеместного распространения и огромного значения техники в жизни человека ситуация выхода ее из строя или отсутствия оказывается фактором, способным дезорганизовать всю жизнь современного человека [12, С. 52]. Возникает определенная степень зависимости человека от технических средств связи. В познавательной сфере большинство людей довольствуются поверхностным уровнем знаний, они настроены исключительно на потребление информации, исключая этап ее критического анализа [6, С. 187]. Кроме того, цифровое общество подразумевает нивелирование психической и биологической специфики человека, его ценностных и общечеловеческих установок [1, с. 54].

Наиболее подвержены негативным эффектам цифровизации пожилые люди, у которых столкновение с чуждыми им стремительными технологическими изменениями усиливает чувство тревоги, негативно сказывается на их самочувствии. Переход большинства социальных процессов на цифровые онлайн-платформы выступает ограничением для многих пожилых людей к получению этих услуг, вследствие отсутствия опыта и зачастую возможности воспользоваться этими ресурсами [8, С. 417; 13, С. 43].

Еще одна угроза психическому здоровью со стороны стремительных процессов цифровизации общества заключается в том, что человек в социальных сетях неизбежно сталкивается со сравнением себя с другими людьми, как реальными, так и эталонными, в отношении физических особенностей, социального положения, экономического благополучия и т.д. Как следствие, такое сравнение, зависимость от мнения окружающих, зачастую незнакомых в реальной жизни людей (так называемая «лайкомания»), может

негативно отражаться на самочувствии и самооценке индивида [7, С. 34; 2, С. 25].

В то же время, цифровое общество способно предоставить практически любому человеку многочисленные возможности по его развитию и саморазвитию, в том числе в отношении установления новых социальных и профессиональных контактов, проявить свою индивидуальность и гражданскую активность, приобрести новые желаемые знания и реализовать их на практике. Использование социальных сетей для общения предоставляет возможность человеку в условиях ограниченного временного ресурса реализовывать свою потребность в социальных контактах, стремление к принятию и принадлежности [10, С. 153]. Кроме того, виртуальное пространство позволяет человеку создавать множество различных самопрезентаций, при желании оставаясь при этом анонимным, что в ряде случаев способствует улучшению субъективного самочувствия индивида, повышает у него уверенность в себе. С другой стороны, возможность виртуальных контактов создает предпосылки для прекращения общения между людьми в реальном мире, что может явиться причиной развития синдрома рассеянного внимания, а также разнообразных психических расстройств, вплоть до развития депрессивных состояний [11, С. 349].

Среди детской аудитории наиболее тревожными являются возможные негативные последствия в отношении негативного воздействия цифровых устройств на их когнитивное, социально-эмоциональное, вербальное развитие. Малоподвижный образ жизни, которому способствует цифровизация всех ее аспектов, в глобальном масштабе провоцирует увеличение числа заболеваний сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, зрения, эндокринной и дыхательной систем. Необходимо также учитывать вредное воздействие на организм электромагнитного излучения от цифровых устройств [5, С. 147]. Кроме того, нельзя отрицать и факт появления нового вида

зависимости – зависимости от гаджетов, что особенно актуально в вопросах сохранения психического здоровья детей и подростков. Так, в настоящее время активно изучаются вопросы сохранения психического здоровья несовершеннолетних в условиях цифровизации, разрабатываются программы сохранения психологического комфорта [4, С. 2].

Заключение. Сама по себе цифровизация общества рассматривается как новые условия существования людей, обладающие определенным набором возможностей и угроз для психического здоровья человека. Следовательно, выявление возможных негативных и позитивных эффектов цифровизации общества является актуальным направлением современных исследований в различных областях науки, в том числе в психологии. Поиск возможностей оптимального использования эффектов цифровизации и нивелирования его негативных влияний на личность и общество в целом требует проведения дополнительных исследований, касающихся выявления факторов, определяющих развитие негативных для психического здоровья последствий.

Литература/ References

1. Ершова-Бабенко И. В. Проблема новой научной картины мира. Мир «цифры» и «цифро-субъекта». *Norwegian Journal of Development of the International Science*. 2020; 44-2: 53-60.
2. Лядова А. В. Психическое здоровье современной российской молодежи в условиях цифровизации: социологический анализ. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2022; (7): 22-27. <https://doi.org/10.24158/spp.2022.7.2>.
3. Марцинковская Т. Д. Информационное пространство транзитивного общества: проблемы и перспективы развития. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019; 27(3): 77-96. DOI: 10.17759/cpp.2019270306.
4. Плешаков В. А., Куликова О. Е. Модель программы сохранения психологического здоровья детей раннего подросткового возраста в ситуации

цифровизации школы. Homo Cyberus. Электронный научно-публицистический журнал. 2020; 2 (9). [Электронный ресурс]. URL: http://journal.homocyberus.ru/Pleshakov_VA_Kulikova_OE_2_2020.

5. Шевченко О. М., Штофер Л. Л. Влияния цифровой парадигмы социального развития на структуры здоровья человека. Гуманитарий Юга России. 2022; 11(5): 145-155.

6. Andrushchenko V., Yershova-Babenko I., Kozobrodova D., Seliverstova A., Lysakova I. Digitalization of society: implications and perspectives in the context of the psycho-dimensionality of social reality / psychosynertics. Amazonia Investiga. 2022; 11(56): 183-195. <https://doi.org/10.34069/AI/2022.56.08.19>.

7. Clark J. L., Algoe S. B. Green M. C. Social Network Sites and Well-Being: The Role of Social Connection. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2018; (27): 32–37.

8. Hill R., Betts L. R., Gardner S. E. Older adults experiences and perceptions of digital technology: (Dis)empowerment, wellbeing, and inclusion. Comput. Hum. Behav. 2015; (48): 415–423.

9. Kryzhanovskij O. A., Baburina N. A., Ljovkina A. O. How to make digitalization better serve an increasing quality of life? Sustainability. 2021; (13): 611. <https://doi.org/10.3390/su13020611>.

10. Lee G., Lee J., Kwon, S. Use of social-networking sites and subjective well-being: A study in South Korea. Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2011; (14): 151–155.

11. Shilko R., Egorov S., Zinchenko Y. Digitalization of education and mental health. European Psychiatry. 2021. 64(S1): S349 - S350. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.937>.

12. The psychological health of the personality and society: the challenges of today. Monograph. Eds. Małgorzata Turbiarz & Hanna Varina. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. 242 p.

13. Vilpponen H., Leikas J., Saariluoma P. Designing digital well-being of senior citizens. In Proceedings of the International Conference on Human System Interaction, HIS, Tokyo, Japan, 6–8 June 2020; 40–44.

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ
ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА РПО В СРАВНЕНИИ СО СТРУКТУРОЙ
ЗАРУБЕЖНЫХ ЭТИЧЕСКИХ КОДЕКСОВ**

Пазенко Д.А., Петров Е.Д., Купча Н.В., Шайдуллина Е.В.

Кафедра клинической психологии ИКПСР

*ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
Россия, г. Москва*

Аннотация. В данной работе исследуется структура этических кодексов Российского Психологического Общества, Азиатской Федерации Психотерапии и Европейской Федерации Психологических Ассоциаций. Цель статьи — исследовать деонтологическую составляющую кодексов разных стран и предложить пути возможного развития отечественного кодекса. Были выделены следующие пути развития структур кодексов и, в частности кодекса Российского Психологического Общества: укрепление связи этических кодексов и правовых структур, создание единой системы понятий, ужесточение регламентации работы психолога-консультанта и психотерапевта в неоднозначных этических ситуациях.

Ключевые слова: этический кодекс, РПО, АФП, ЕФПА, этика психотерапии, этика психологического консультирования, этические принципы работы психолога, структура этического кодекса.

POTENTIAL WAYS OF DEVELOPMENT OF THE RPS CODE OF ETHICS IN COMPARISON WITH THE STRUCTURE OF FOREIGN ETHICAL CODES

Pazenko D.A., Petrov E.D., Kupcha N.V., Shaidullina E.V.

Department of Clinical Psychology

Pirogov Russian National Research Medical University, Russia, Moscow

Abstract. This article examines the structure of the ethical codes of the Russian Psychological Society, the Asian Federation of Psychotherapy and the European Federation of Psychological Associations. The purpose is to study the deontological component of the codes of different countries and suggest ways for the possible development of the Russian Psychological Society ethical code. The following ways of developing the structures of codes and, in particular, the code of the Russian Psychological Society were identified: strengthening the connection between ethical codes and legal structures, creating a unified system of concepts, tightening the regulation of the work of a counseling psychologist and psychotherapist in uncertain ethical situations.

Keywords: ethical code, RPS, ASSP, EFPA, ethics of psychotherapy, ethics of psychological counseling, ethical principles of work of a psychologist, structure of the code of ethics.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования является структура этических кодексов Российского Психологического Общества, Азиатской Федерации Психотерапии и Европейской Федерации Психологических Ассоциаций. В качестве метода использовался анализ литературы.

В связи с возрастанием актуальности таких областей практической психологии, как психологическое консультирование и психотерапия в рамках биопсихосоциоэтнической модели возникает необходимость углубленного

рассмотрения этического кодекса Российского Психологического Общества (РПО). Этот кодекс является вторичным и уступает аналогам в подробности и структурированности, несмотря на то, что он был утвержден позже других. Потребность в обсуждении недостатков кодексов возникает вследствие важности поддержания высокого качества профессиональных услуг, а также для защиты интересов как клиентов, так и психологов. Для выявления спорных моментов, требующих дополнительного обсуждения, мы решили воспользоваться опытом зарубежных коллег, а именно Азиатской Федерации Психотерапии (АФП) и Европейской Федерации Психологических Ассоциаций (ЕФПА).

Сравнительная характеристика кодексов АФП и ЕФПА. В преамбуле европейского кодекса указывается, в первую очередь на то, каким образом специалист должен оказывать психологическую помощь. Психолог обязан опираться на надежную и валидную систему знаний, основывающуюся на исследованиях, должен помогать информировать общественность. Следовательно, в данном кодексе главное условие проведения психотерапии – опора на научные сведения и доказанные феномены. В азиатском кодексе такая часть отсутствует: преамбула состоит из целей и задач предложенного ими кодекса. Также в обеих преамбулах есть положения о том, что психолог обязан следовать этическим принципам, что является одним из главных условий членства в ассоциациях.

Всего в европейском кодексе выделено 4 принципа, в азиатском – 7. Первым в кодексах указан принцип уважения (в азиатском кодексе он называется принципом профессионального отношения). Положения этого принципа в разных кодексах отличаются. В европейском кодексе стоит акцент на понимании прав и свобод личности клиента, на конфиденциальность данных, полученных в ходе терапии, а также на уважение особенностей клиента, которые могли бы стать поводом для дискриминации. В азиатском кодексе

прописаны подобные положения, но они также добавляют обязательное уважение к коллегам и к психологам других областей, в отличие от европейского кодекса. Также в азиатском кодексе посвящены 3 положения запрету на интимные отношения с клиентами, в европейском же кодексе на это выделено одно положение, которое в целом запрещает психологам устанавливать личные связи с клиентами, двойные отношения, которые могут стать поводом для эксплуатации клиента (данное положение из принципа честности). Интересно, что в китайском кодексе рассматривается ситуация, когда интимная связь с клиентом все-таки установлена, тогда они призывают к расторжению именно профессиональных отношений и обращению к супервизору [7, с. 8]. Также, по этическому кодексу АФП интимная связь с клиентами разрешена только спустя 3 года после окончания терапии, в европейском кодексе есть подобная отсылка, которая не указывает на время, но утверждает, что конфликт интересов сохраняет за психологом ответственность даже после окончания терапии. В азиатском кодексе к принципу профессионального отношения также относится положение о том, что психолог должен брать плату за предоставленные услуги, размеры не указаны, в европейском ни в одном из пунктов указаний на оплату нет.

Кроме того, в китайском кодексе прописана ответственность терапевта за отказ от клиента, и в целом, запрет на прекращение терапевтической помощи без должных оснований (основания не указаны). Также если психолог из Азии намерен взять отпуск, он должен заключить договоренность о продолжении терапии с клиентом. В европейском кодексе не указаны подобные условия и границы, но есть пункт, весомо отличающий его от азиатского кодекса — «Максимизация автономии и самостоятельности клиента, включая его общее право на участие в профессиональных отношениях с психологом и их окончание». То есть психолог в странах Европы дает клиенту большую свободу, тогда как в Азии ответственность за окончание терапии лежит исключительно

на психологе. Также в странах Азии клиент может сам прекратить сеансы, но учитывая, что психолог полностью отвечает за продолжительность терапии, в случае неспособности ее продолжать он должен найти альтернативную помощь своему клиенту в виде другого консультанта [7, с. 26].

Отдельный принцип в китайском кодексе — принцип тайны частной жизни и конфиденциальность, в европейском кодексе правила конфиденциальности указаны в принципе «Уважение». В европейском кодексе указаны только особенности конфиденциальности в случае записи сессий, а также право клиента иметь доступ ко всем данным. В китайском кодексе указаны те же пункты. В европейском кодексе оговорено, что психолог имеет право на разглашение информации в случае нарушением клиента законов государства, также указывается на то, что психолог обязан сообщить клиенту о возможности разглашения информации в случае правонарушений [3, с. 183].

В китайском кодексе прописаны те обстоятельства, которые влекут за собой разглашение. Интересно, что в данном кодексе добавлен пункт о наличие инфекционного заболевания клиента, так как данное заболевание может передаваться третьим лицам. Кроме того, в китайском кодексе указывается на обязательство психолога сообщить третьим лицам, опекунам или самому клиенту о возможных угрозах со стороны его клиента.

Затем в китайском кодексе следует принцип ответственности, который включает в себя положения двух принципов европейского кодекса: ответственности и компетентности. Здесь указано, что психологи должны оказывать только эффективную помощь, нести ответственность за возможный вред, обращаться за помощью к коллегам в трудных ситуациях, знать о развивающихся научных теориях, следовать подтвержденным данным, вести практику в рамках своей компетенции, а также вести непрерывное образование. В европейском кодексе указано на обязанность психолога вести непрерывное образование, в китайском кодексе это прописано как «открытость новым

знаниям и поддержание уровня профессиональной осведомленности», что не требует от психолога постоянного обучения.

В европейском кодексе, в отличие от другого, прописан точный запрет на оказание помощи не в рамках своей компетенции и должного образования. При этом только в китайском кодексе есть указания на самочувствие не только клиента, но и психолога. То есть консультант должен следить за своим личными, физическими и психическими проблемами, в случае если таковые могут навредить клиенту, терапия должна быть приостановлена или прекращена. Также только в китайском кодексе прописано, что психолог должен предоставлять информацию о своих профессиональных достижениях, образовании честно и без фальсификации, как в случае работы с клиентами, так и в случае запросов информации о нем судебными органами. Также положение об ответственности психолога при публичных выступлениях обязывает высказывать только подтвержденную и научную информацию в европейском кодексе это положение отнесено к принципу честности. Можно сделать вывод, что в европейском кодексе акцент делается на рамках компетенции психолога, в китайском кодексе большее внимание уделено честности психолога о своем образовании и своих навыках [2, с. 129]. Оба кодекса провозглашают ответственность именно психолога за свою деятельность и своих клиентов. Говоря о принципе честности, в европейском кодексе он выделен отдельно и там также прописаны обязанности психолога в честном предоставлении данных об образовании, научных достижениях [1, с. 92]. В китайском кодексе, как было написано раньше акцент делается на обязательствах психолога, его четких правах и профессиональной самокритике.

Этические требования в отечественных и западных кодексах.

Этические положения качественно не отличаются – кодексы всех стран основываются на Декларации о правах человека, на нормативных этических

документах ООН. Разница, по большей части, в отношении специалистов к самим этическим кодексам и в юридической стороне их соблюдения.

Во-первых, за нарушение Этического кодекса РПО психолог-консультант лишается сертификата членства. Тем не менее, за последние несколько лет, не было ни одного иска в сторону специалистов, и последующего лишения членства РПО, в то время как за рубежом суды происходят постоянно.

Во-вторых, различия в приложении этических кодексов: например, в Канадском психологическом обществе существуют разделы «Определение используемых понятий», «Использование кодекса» и «Процесс принятия решений». В отечественном же кодексе есть схема взаимодействия участников психологической деятельности, которая не вносит ясность относительно базовых понятий для использования людьми, не являющимися психологами, в том числе в судах.

В-третьих, структура построения текста кодекса РПО и западных психологических обществ также отличается. Ключевым отличием является наличие одноступенчатой или многоступенчатой иерархии, что позволяет увидеть причинно-следственную связь между положениями и в то же время распределить их по приоритетности [5, с. 98].

Итак, современная регламентация деятельности психолога в Российской Федерации уступает многим зарубежным аналогам, где кодексы постоянно дополняются прецедентами и совершенствуются согласно запросам практики.

Сопоставление этических кодексов АФП и РПО.

В результате анализа этического кодекса психолога в Российской Федерации и этического кодекса Азиатской Федерации Психотерапии выявлено следующее:

Большинство пунктов совпадают. Например, целями обоих кодексов является как внутренняя, так и внешняя регуляции отношений психолога с клиентами и профессиональным сообществом. Также оба кодекса выделяют

основополагающие принципы уважения, ответственности, конфиденциальности и компетентности.

Различия обнаруживаются в следующих пунктах и принципах кодексов:

Во-первых, в этическом кодексе психолога в Российской Федерации не указаны случаи ограничения конфиденциальности, в то время как в этическом кодексе АФП данному аспекту уделено больше внимания. Во-вторых, в этическом кодексе АФП требуется письменное разрешение от тех, кто обращается к психологу за профессиональными услугами любого вида, тогда как в РФ это необходимо только при проведении исследований. В-третьих, различаются способы действия психолога в случае нарушения им или коллегой установленных этических принципов: этический кодекс психолога РФ предусматривает подачу жалобы в этическую комиссию, общественное порицание, приостановление членства в профессиональном сообществе, привлечение к суду [6, с. 233]. В этическом кодексе АФП данные санкции не прописаны и способы действия в случае нарушения начинаются с самокоррекции своей рабочей деятельности. В-четвертых, в этическом кодексе АФП указан точный срок запрета на вступление в интимные отношения в течение 3 лет с момента последнего профессионального контакта, что, возможно, облегчает регуляцию взаимоотношений психолога и клиента после окончания психотерапии. В-пятых, в этическом кодексе АФП не встречается термин «клиент», в то время как уже в преамбуле этического кодекса РФ этому термину дано определение. В данной особенности можно найти положительную сторону, состоящую в отсутствии акцента на «деловых отношениях» психолога и обратившегося за помощью, не сопоставляя психологическую помощь со сферой услуг.

Подводя итоги, этический кодекс АФП шире охватывает области профессиональной деятельности, например, больше внимания уделено преподаванию, обучению и супервизии. При этом он точнее указывает

некоторые особенности деятельности психолога, такие как ограничение конфиденциальности, запрет на вступление в интимные отношения в течение установленного срока и т.д. Этический кодекс психолога в Российской Федерации, наоборот, уделяет внимание не сферам профессиональной деятельности, а раскрытию основополагающих ценностей и моральных норм, на которых выстраиваются этические принципы [4, с. 253]. Таким образом, рассмотренные кодексы раскрывают особенности этических принципов с разных сторон, и поэтому, за исключением небольших различий, могут дополнять друг друга.

Заключение. Одними из важнейших путей коррекции Этического кодекса РПО являются: необходимость регламентации работы психолога-консультанта и психотерапевта в процессе взаимодействия с клиентом; развитие правового обеспечения этических стандартов и юридической защиты как психолога, так и клиента; расширение сферы применения правил этики с учетом изменения жизненных реалий и культурных норм. Несмотря на сходства в виде наличия моральных принципов компетентности, добровольности, уважения и т.д., их регламентация отличается. Тем не менее, мы считаем важным обсуждение и нахождение точек соприкосновения нравственных сторон психологического процесса между разными странами.

Литература/ References

1. Karen L. Parsonson, Luz M. Alquicira. International Psychology Ethics Codes: Where Is the «Culture» in Acculturation? Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2019; 20(2): 86-99. DOI: 10.1891/1559-4343.20.2.86
2. Lindsay G. Transnational Ethical Guidance and the Development of the EFPA MetaCode of Ethics. European Psychologist. 2011; 16(2): 121-131. DOI:10.1027/1016-9040/a000090.

3. Mark M. Leach, J. Judd Harbin. Psychological Ethics Codes: A Comparison of Twenty-four Countries. International Journal of Psychology. 1997; 32(3): 181-192. DOI:10.1080/002075997400854.
4. Газизова Р.Р. Этика психологического консультирования в России: проблемы и возможности формирования профессиональной этики у будущих психологов. Ученые записки. 2021; 1(57): 248-254.
5. Гарбер И. Е. Этика психотерапии и психологического консультирования в России: постановка проблемы. Теория и практика психотерапии. 2014; 1(1): 96-100
6. Протанская Е. С. Профессиональная этика психолога: учебник и практикум для вузов. Москва: Издательство Юрайт, 2023: 233 с
7. Юньшэн Цзюй, Матвеев М.О. Обзор истории китайской психологии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2022. № 2. С. 3-31

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК СПОСОБ СНЯТИЯ СТРЕССА ВО ВРЕМЯ УЧЕБЫ У СТУДЕНТОВ КЕМГМУ

Пантилеева К.М., Соломатина А.А.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Основной целью исследования было: изучение влияния физической активности на стрессоустойчивость у студентов Кемеровского Государственного медицинского университета, и какой именно спорт наиболее распространен. В результате исследования, в котором приняло участие 100 студентов (65 девушек и 35 мужчин), было выявлено, что стресс – это самая распространенная проблема в повседневной жизни студентов медиков, которая преследует их практически каждый день. Самым распространенным и безопасным методом борьбы со стрессом является именно физическая

активность, а именно, как показали результаты социального опроса, занятия в тренажерном зале.

Ключевые слова: стресс, стрессоустойчивость, физическая активность, распространенность, работоспособность.

PHYSICAL ACTIVITY AS A WAY TO CONTROL STRESS IN KEMSMU STUDENTS DURING STUDY

Pantileeva K.M, Solomatina A.A.

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The main purpose of the study was to study the effect of physical activity on stress resistance among students of the Kemerovo State Medical University, and what kind of sport is most common. As a result of a study in which 100 students (65 girls and 35 men) took part, it was revealed that stress is the most common problem in the daily life of medical students, which haunts them almost every day. The most common and safest method of dealing with stress is physical activity, namely, as the results of a social survey showed, classes in the gym.

Keywords: stress, stress resistance, physical activity, prevalence, working capacity.

Введение. В современном мире очень сложно найти человека, который никогда не испытывал стресс. Люди постоянно сталкиваются с проблемами на работе, учебе и даже в самой обычной повседневной жизни. Изначально он кажется незначительным, безобидным. Но длительное и тяжелое восприятие стресса может привести к возникновению психосоматических заболеваний, что влияет на ухудшение общего состояния здоровья.

Для того, чтобы избежать ненужных последствий, необходимо иметь адекватный уровень стрессоустойчивости. Стрессоустойчивость — это

защитное свойство, позволяющее легче или же вовсе не реагировать на внешние раздражители. Она позволяет человеку пережить стрессовую ситуацию с наименьшими потерями для его здоровья. Если периодически развивать стрессоустойчивость, то можно значительно повысить работоспособность и качество жизни в целом. [1, С.17]

Стрессоустойчивость как официальный термин введен в 1973 г. канадским ученым К. Холлингом и на начальном этапе развивалась в рамках исследования экологии. Термин создавался с целью объяснить способность природных экосистем восстанавливаться после вредоносных воздействий внешних факторов (например, лес после пожара). Позже Холлинг и его соавторы начали оперировать понятием стрессоустойчивости как социальной и экологической систем: человек и общество мыслились как часть природы в некоем едином комплексе. Активно использовалась концепция стрессоустойчивости и в психологии: влияния на человека и его мысли различных факторов, способность человека противостоять вредоносным факторам. [5, С. 672]

Спорт – неотъемлемая часть жизнедеятельности каждого человека. Совсем не обязательно заниматься профессиональными видами спорта, для поддержания физического и психологического здоровья достаточно индивидуальных упражнений (занятие в тренажерном зале) или даже прогулки в парке. [2, С.235] Обменные процессы ускоряются, высвобождается гормон счастья – эндорфин. [3,С.368] Но самая большая сложность – это начать. Зато какой эффект получаем после занятий физической активностью! Настроение значительно улучшается и снижается уровень тревожности, стресса. Поэтому так важно заниматься физической активностью, особенно когда человек постоянно обучается такой сложной науке как медицина. [4, С.583]

Результаты и обсуждение. В современном мире, существует достаточно большое количество факторов, которые могут привести к возникновению стресса. Особенно подвержены стрессам студенты медицинских ВУЗов. На этот фактор влияет множество причин: неполноценный сон; высокие учебные нагрузки; постоянные отработки; сдача сессии; большая загруженность, связанная с объемами домашних заданий; конфликты с другими студентами, преподавателями; личные причины (состояние здоровья, взаимоотношения в семье).

Предполагается, что вероятность возникновения стресса возникает у людей с повышенным чувством тревожности и в дальнейшем приводит к таким реакциям организма, как депрессия, страх, постоянное чувство напряжения (в том числе и в мышцах), головные боли. [6, С.544]

Если вовремя не справляться со стрессом, это может пагубно сказаться на организме студент, и привести ко многим заболеваниям, как нервной системы, так и снижению функций отдельных органов (желудочно-кишечного тракта, в сердечно - сосудистой системе).

Специалисты из разных областей предлагают достаточно много способов борьбы со стрессом: психологических, медикаментозных и многих других, но как показывает практика, именно физическая нагрузка помогает эффективно справиться с психологическим стрессом.[7,С. 480]

С этой целью мы решили провести социальный опрос среди студентов КемГМУ, «Как влияют физические нагрузки на стрессоустойчивость?». В этом опросе добровольно приняли участие 100 студентов (65 девушек и 35 мужчин).

Таблица 1.

Результат ответа на вопрос: «Каким видом спорта любите заниматься чаще всего?»

	фитнес	баскетбол	йога	волейбол	лыжи	Тренажерный зал
Количество испытуемых ответивших на этот вопрос	24 студента	11 студентов	10 студентов	13 студентов	11 студентов	31 студент

Таблица 2

Результат ответа на вопрос «Влияет ли данный вид спорта на ваше настроение?»

	Влияет положительно	Влияет отрицательно	Никак не влияет
Количество испытуемых ответивших на этот вопрос	86 студентов	Нет таких студентов	14 студентов

Таблица 3.

Результат ответа на вопрос «Влияет ли данный вид спорта на стрессоустойчивость в учебе?»

	Влияет положительно	Влияет отрицательно	Не чувствую разницу
Количество испытуемых ответивших на этот вопрос	67 студентов	Нет таких студентов	33 студента

Наиболее распространены среди студентов занятия физическими упражнениями в тренажерном зале. Такие упражнения способствуют наилучшему снятию мышечного напряжения в дальнейшем и ощущению спокойствия, умиротворения после проделанной интенсивной работы мышц. [8,С.380] А также позволяют проработать конкретные группы мышц, подтянуть тело, что является дополнительным плюсом. Ведь возможность видеть в зеркале стройное и рельефное тело после проделанной работы в тренажерном зале, приносит также много позитивных эмоций.

Таблица 4.

Результат ответа на вопрос «Как влияет данный вид спорта на ваш сон?»

	Глубокий, спокойный сон	Тревожный, неспокойный (часто просыпаюсь)	Не меняется сон
Количество испытуемых ответивших на этот вопрос	83 человека	Нет таких студентов	17

По результатам нашего опроса, любой вид физической активности помогает справиться студентам в борьбе со стрессом и перегрузками на учебе. Больше 60% студентов отмечают повышение стрессоустойчивости на учебе, на фоне занятий любимым видом спорта. Таким образом спорт влияет положительно не только на физические данные студентов, но и на ментальное здоровье учащихся.

Заключение. Обучающиеся в КемГМУ, так же как студенты других вузов подвергаются стрессам, которые связаны с многими факторами, главным из которых является учебный процесс. Одним из наиболее результативных методов, с целью снятия стрессовой ситуации, считается физическая

активность, которую выбирают студенты медицинского вуза. Именно она дает возможность увеличить работоспособность, а также укрепить состояние здоровья обучающгося

Ежедневные физические упражнения позволяют избавиться от напряжения, сжигая избыток стрессовых гормонов и повышая в крови уровень поднимающих настроение веществ - эндорфинов. И самым лучшим видом физических нагрузок для этого, по результатам опроса студентов КемГМУ, является тренажерный зал.

Литература/ References:

1. Брушлинский А. В. Стресс и тревога - что это такое и как с ними справиться? / М.: Знание. – 2001. - № 9. – С.17.
2. Визитей Н.Н., Образ жизни. Спорт. Личность. / Кишинев: Штиинца. - 1980. – С. 235.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. / М.: Наука. - 1983. – С. 368.
4. Маклаков, А.Г. Общая психология. / СПб.: Питер. - 2007. – С.583.
5. Мещеряков .Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. / М.: АСТ. - 2003. - С.672.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. / М.: Прогресс. - 1979. – С.544.
7. Анфиногенова О.Б., Шмакова О. В., Рудаева Е. Г. Организация воспитательной работы среди студентов VI курса лечебного факультета // В сборнике: Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. 2016. С. 6-8.
8. Головки О. В., Шмакова О. В. Значение волонтерства для студентов медицинского вуза // В сборнике: Воспитательный процесс в медицинском университете: традиции и инновации. Материалы I международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. 2020. С. 71-74.

9. Щекина Е. Г., Дроговоз С. М. Как бороться со стрессом? / М.: Прогресс. - 2005. – С.120.
10. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / СПб.: Питер. - 2006. – 256 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Помыткина Т.Е., Ворлакова Е.Б., Чечин А.А.

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки
и сестринского дела*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В период пандемии COVID-19 значительно ухудшилось психическое здоровье людей, так как возник страх заражения коронавирусной инфекцией и появилась неуверенность в завтрашнем дне, обусловленная спадом в экономике. Отмечена самая высокая частота возникновения тревожных и депрессивных расстройств у больных, страдающих новой коронавирусной инфекцией.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, тревога, депрессия, стресс, анкетирование, психическое здоровье.

PATIENTS' EMOTIONAL DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Pomytkina T.E., Vorlakova E.B., Chechin A.A.

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. During the COVID-19 pandemic, people's mental health deteriorated significantly, as there was a fear of contracting a coronavirus infection and uncertainty about the future caused by a downturn in the economy. The highest

incidence of anxiety and depressive disorders was noted in patients suffering from a new coronavirus infection.

Keywords: coronavirus infection, anxiety, depression, stress, questionnaire, mental health.

Введение. Всемирная организация здравоохранения в январе 2020 года объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в связи с ростом заболеваемости во всем мире. Введенный режим самоизоляции, излишняя навязчивая осведомленность или неосведомленность благодаря СМИ, нарастание в обществе страха заразиться COVID-19, потеря работы и финансовые трудности, непривычный образ жизни, а также кризис в межличностных отношениях, оказали значительное влияние на психологическое здоровье людей. Когнитивная, эмоциональная и поведенческая составляющие населения сильно изменились и на первый план выступила тревога, как основной показатель отношения к ситуации [1, С. 122-124; 2, С. 1-2; 3, С. 64-65].

Пандемия в той или иной форме коснулась каждого человека во всех сферах его жизнедеятельности, независимо от места проживания. Само по себе ограничение свободы передвижения, карантинные меры явились фактором усиления психопатологической симптоматики [4, С. 2; 5, С. 110-111; 6, С. 192-196; 7, С. 16-18; 8, С. 14-16; 9, С. 155-156].

Цель исследования: оценить выраженность клинических проявлений тревоги и депрессии у пациентов ГАУЗ «Кемеровской городской клинической поликлиники № 5 и мени Л.И. Темерхановой» в период пандемии COVID-19.

Методы и материалы исследования. У 100 пациентов поликлиники в возрасте $41,1 \pm 2,3$ лет (62 женщины и 38 мужчин) определяли степень выраженность тревоги и депрессии, для чего использовалась валидизированная

госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), ситуативной и личностной тревожности - шкала Спилбергера-Ханина, негативного/позитивного отношения субъекта к собственному будущему - шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale) [10, С. 89-99]. С помощью онлайн-тестирования проводилось анкетирование. Для статистической обработки результатов использовалась программа Microsoft Excel.

Пациентам было предложено заполнить 3 анкеты:

1. Валидизированная госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) применялась для оценки выраженности тревоги и депрессии.

2. Шкала Спилберга-Ханина - для оценки ситуативной и личностной тревожности. Ситуативная тревожность характеризуется состоянием беспокойства в какой-либо ситуации, а личностная тревожность - особенность человека воспринимать большинство ситуаций как стрессовые.

3. Шкала безнадежности Бека - для оценки выраженности негативного отношения субъекта к собственному будущему.

Результаты. У 65 из 100 пациентов отмечен высокий уровень тревоги (из них у 35 человек (53,8%) - клинически выраженная тревога, у 15 человек (23,1%) - субклинически выраженная), 15 человек (23,1%) не имели признаков тревоги). У пациентов отмечен повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности.

Ситуативная тревожность у 50 участников (50%) была высокой, у 42 (42%) - умеренной, и лишь у 8 (8%) - низкой. У 62 человек (62%) определен высокий уровень личностной тревожности, у 35 (35%) - умеренный, у 3 (3%) - низкой. У 56 человек (56%) выявлены признаки депрессии (из них у 34 (60,7%) - клинически выраженная, у 22 (39,3%) - субклинически выраженная), 44 участника (44%) не имели признаков депрессии. Негативная окраска ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего (по шкале безнадежности Бека) отмечена у 38 человек (38%) (из них у 24 (63,2%) - легкая, у 10 (26,3%) -

умеренная, у 4 (10,5%) – тяжелая). У 62 пациентов (62%) – безнадежности не выявлено.

Из 100 человек, участвующих в опросе, было выявлено, что 72 человека (72%) инфицированы и/или являются контактными (инфицированы друзья/родственники), остальные 28 пациентов (28%) – не инфицированы (то есть не болели сами, не болели члены семьи).

Из числа инфицированных и/или контактных (72 человека) имеют подтвержденные тесты (обнаружение вируса – ПЦР-тесты; обнаружение антител (IgE, IgG) - 43 человека (59,7%), 29 человек (40,3%) имеют характерные симптомы коронавирусной инфекцией. Надо отметить, что из 43 человек с подтвержденной инфекцией у 25 пациентов (58,1%) наблюдалось легкое течение болезни, у 15 человек (34,9%) – среднетяжелое, у 3 человек (7,0%) - тяжелое течение. Среди пациентов с подтвержденными тестами (43 человека) проходили лечение амбулаторно: 25 человек (58,1%), 12 человек (27,9%) - лечились в стационаре и лишь 6 человек (14,0%) занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью. 50 респондентов (50%) постоянно соблюдали дистанцию и другие меры защиты и профилактики от COVID-19; 30 человек (30%) - соблюдали их иногда, 20 участников (20%) - не соблюдали совсем и являлись ковид-диссидентами.

По данным нашего опроса 60 респондентов (60%) часто (каждый день/несколько раз в день) получали информацию из СМИ о течении коронавирусной пандемии, 30 человек (30%) - интересовались ей 1-2 раза в неделю, остальные 10 (10%) - 1-2 раза в месяц.

Заключение. Пандемия COVID-19 стирает стереотипы поведения, приводит к увеличению беспокойства и перенапряжения, существенно влияет на повседневную эмоциональную жизнь и психическое здоровье людей, увеличивает уровень стресса. У пациентов в период пандемии выявлены эмоциональные расстройства: тревожные и депрессивные; установлен

повышенный уровень не только ситуативной, но и личностной тревожности; у многих участников присутствует негативные перспективы в ближайшее и отдаленное время.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции стоит серьезно относиться к сложным обстоятельствам и стараться сохранять психическое здоровье. Чтобы снять психоэмоциональное напряжение, сгладить эмоциональный фон, пациентам рекомендуются различные методы психотерапии (аутогенная тренировка, мышечная релаксация, арт-терапия) и психологическое самообразование.

Литература/ References

1. Первичко Е. И., Митина О. В., Степанова О. Б., Конюховская Ю. Е., Дорохов Е. А. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9, № 2. С. 119–146. doi:10.17759/cpse.2020090206.

2. Первичко Е. И., Конюховская Ю. Е. Эмоциональное благополучие населения и пациентов в условиях пандемии COVID-19: обзор зарубежных исследований // Психическое здоровье. 2021. № 5. С. 29-42. doi: 10.25557/2074-014X.2021.05.29-42.

3. Соколовская Т. А., Бахадова Е. В. Тревожность и самоактуализация личности как эмоциональный когнитивный поведенческий ответ на самоизоляцию в период COVID-19: новые вызовы для общественного здоровья // Научное обозрение. Медицинские науки. 2020. № 3. С. 64-70. Доступно по: <httpsscience-medicine.ru/ru/article/view?id=1117>. Ссылка активна на 18.12.2022.

4. Котова Е. В. Covid-19: профилактика поведенческих и эмоциональных нарушений // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8, №3. Доступно по: <https://mir-nauki.com/PDF/11PDMN320.pdf>. Ссылка активна на 18.12.2022.

5. Ениколопов С. Н., Бойко О. М., Медведева Т. И., Воронцова О. Ю., Казьмина О. Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе

пандемии COVID-19 // Психолого-педагогические исследования. 2020. Т. 12, № 2. С. 108–126. doi:10.17759/psyedu.2020120207.

6. Помыткина, Т. Е., Коваль А. П. Встречаемость тревожных расстройств у студентов медицинского ВУЗа // Материалы XIX междунар. науч.-практ. конф.: «Современный мир , природа и человек». Кемерово, 2020. С. 192-196.

7. Помыткина, Т. Е., Селедцов А. М., Коваль А. П. Выявление и профилактика синдрома эмоционального истощения в условиях пандемии COVID-19 // Материалы междунар. науч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, октябрь 2021). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 16-18.

8. Помыткина Т. Е., Штернис Т. А., Селин И. И. Проблема синдрома эмоционального выгорания у врачей первичного звена // Материалы междунар. науч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, октябрь 2022). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2022. С.14-16.

9. Помыткина, Т. Е., Буторина Е. В., Недосеев С. С., Уткина Е. В. Связь личностной тревожности с развитием психосоматических заболеваний // Материалы междунар. науч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, июнь2021). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 155-156.

10. Щербатых Ю. В. Методики диагностики тревоги и тревожности–сравнительная оценка // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2021. №. 2. С. 85-104. doi:10.24412/2303-9744-2021-2-85-104.

ОДНА ИЗ ПРИЧИН КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Помыткина Т.Е.

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки
и сестринского дела*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Серьезной проблемой, которая во время пандемии COVID – 19 в 2020 году спровоцировала образование кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения, явился «Синдром эмоционального выгорания» у работников амбулаторно – поликлинических учреждений. Он проявлялся ростом симптомов депрессии, дистресса, тревоги, профессионального выгорания у медицинского персонала и отсутствием желания работать в медицинском учреждении.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, кадры, дефицит, амбулаторный прием, первичное звено здравоохранения.

ONE OF THE REASONS FOR THE STAFF DEFICIT IN PRIMARY HEALTH CARE

Pomytkina T.E.

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. A serious problem that, during the COVID-19 pandemic in 2020, provoked the formation of a shortage of personnel in primary healthcare was Burnout Syndrome among employees of outpatient clinics. It was manifested by an increase in symptoms of depression, distress, anxiety, professional burnout among medical personnel and a lack of desire to work in a medical institution.

Keywords: emotional burnout, personnel, deficit, outpatient appointment, primary health care.

Актуальность. В результате анализа актуальных международных данных было выявлено, что у медицинских работников в период пандемии COVID-19 были значительно увеличены показатели симптомов дистресса, тревоги, депрессии и профессионального выгорания [1].

В сентябре 2022 года в государственной думе были зарегистрированы законопроект о внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и материалы к нему из системы автоматизированного делопроизводства и документооборота. Законопроектом, в частности, предусматривается продление срока действия положений частей 27 и 28 Федерального закона на 2025 год в связи с реализацией национального проекта «Здравоохранение» в части ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также в целях реализации поручений Правительства в части осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения [2].

Цель исследования. Выявление синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей амбулаторно – поликлинического звена, как одной из основных причин формирования дефицита кадров в практическом здравоохранении.

Методы и материалы исследования. Теоретический анализ современной научной и научно-методической литературы.

Результаты и их обсуждения. Основными причинами СЭВ являются несоответствие между внутренним состоянием человека и работой, несоответствие между растущими требованиями работодателя к работнику и реальными способностями работника [3, С. 313–316; 4, С. 157–158; 5, 16–18; 6, С. 155-156].

Часто причиной СЭВ является несоответствие между желанием работников иметь большую степень независимости в своей работе и находить собственные пути и методы достижения результатов, за которые они несут ответственность, и нередко нерациональной политикой руководства, которое регулирует и контролирует трудовую деятельность работника. Результатом такого контроля является чувство выгорания и отсутствие ответственности за проделанную работу. Индивидуальные особенности также способствуют возникновению СЭВ. Как правило, врачи первичного звена более склонны к эмоциональному истощению, поскольку им приходится много и интенсивно общаться с самыми разными людьми [7, С. 47; 8, С. 171–176].

Пандемия COVID – 19 привела к большому количеству пациентов, ожидающих приема, из-за чего были дестабилизированы потоки людей в организации. Это привело к тому, что спрос на медицинские услуги превышал ресурсы в течение длительного периода времени, приводя к возникновению СЭВ у врачей амбулаторно – поликлинического звена [9]. Следует отметить, что молодые специалисты испытывают дефицит компетенций бережливой личности, включая проблемы в общении с коллегами и пациентами. Они не могут организовать свое рабочее место, определить свои задачи, развиваться профессионально и личностно, наметить путь самообразования и профессионального развития. Эти недостатки могут быть связаны с наличием СЭВ. Изучив результаты последних научных исследований, мнение работодателей, преподавателей, обучающихся и используя инструмент бережливого производства «Пять Почему», можно сформировать научную гипотезу о том, что одна из коренных причин кадрового дефицита может быть связана с эмоциональным выгоранием медиков, начиная с этапа довузовского образования. Можно выделить два критерия, а также факторы, которые вызывают СЭМ, что в свою очередь приводит к образованию кадрового дефицита [10, С.14-16]:

- 1) По каким причинам вы не хотите работать в медицинской организации?
 - a) Низкая успеваемость, страх не пройти первичную аккредитацию
 - b) Отсутствует мотивация к обучению
 - c) Думают, что ошиблись с выбором профессии
 - d) Низкая осведомленность о профессии до поступления в ВУЗ
- 2) Причина увольнений из медицинской организации?
 - 1) Разочарование в профессии
 - 2) Не нравится место работы
 - 3) Плохой социальный и психологический климат в коллективе
 - 4) Высокая социальная и психологическая нагрузка

Заключение. Профилактика развития синдрома эмоционального выгорания у врача первичного звена является одним из ведущих факторов в уменьшении образовании кадрового дефицита в практическом здравоохранении. Знание предвестников синдрома эмоционального выгорания практикующими врачами, студентами медицинских вузов позволит освоить компетенции бережливой личности и умению правильно структурировать свои рабочие процессы, чтобы избежать ненужных потерь в своей профессиональной деятельности.

Литература/ References

1. №201626–8 Законопроект: Система обеспечения законодательной деятельности (duma.gov.ru). – URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/201626-8> (дата обращения: 19.10.2022)
2. Помыткина Т. Е., Коваль А.П. Психологические аспекты тревожных расстройств у студентов в современной поликультурной среде медицинского вуза //Материалы междун. науч. конф «Поликультурное образование в вочременном вузе: вызов и перспектива». Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 313–316.

3. Помыткина Т. Е., Селедцов А.М., Коваль А. П., Центер И.М. Синдром эмоционального выгорания среди сотрудников полиции в условиях пандемии COVID-19// Т. Е. Помыткина, // Материалы междунауч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, июнь 2021). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 157–158.
4. Помыткина Т. Е., Селедцов А.М., Коваль А. П. Выявление и профилактика синдрома эмоционального истощения в условиях пандемии COVID-19 // Материалы междунауч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, октябрь 2021). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 16–18.
5. Помыткина Т.Е., Буторина Е. В., Недосеев С. С., Уткина Е. В. Связь личностной тревожности с развитием психосоматических заболеваний // Материалы междунауч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, июнь 2021). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2021. С. 155-156.
6. Добрынина Е. А. и др. Особенности синдрома эмоционального выгорания у среднего медперсонала скорой медицинской помощи // Образование и наука в современных условиях. – 2016. – № 1. – С. 47.
7. Лазарева Н. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания // Школьные технологии. 2009. № 1. С. 171–176.
8. Улумбекова Г. Э., Худова И. Ю. Технологии организации медицинской помощи во время и после эпидемии covid-19 // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2020. - №4 (22). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-organizatsii-meditsinskoj-pomoschi-vo-vremya-i-posle-epidemii-covid-19> (дата обращения: 22.10.2022).
9. Помыткина Т.Е., Штернис Т.А., Селин И.И. Проблема синдрома эмоционального выгорания у врачей первичного звена // Материалы междунауч. конф «Психология. Спорт. Здравоохранение» (Санкт-Петербург, октябрь 2022). СПб: ГНИИ «Нацразвитие», 2022. С.14-16.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОИДЕНТИЧНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОТРАСЛИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Прихода И.В.

*Кафедра индустриально-педагогической подготовки
ГОУ ВО ЛНР «Луганский государственный университет
имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск*

Аннотация. В статье осуществляется научное обобщение и системный анализ теоретико-методологических основ формирования профессиональной самоидентичности будущих специалистов отрасли практической психологии. Акцентируется внимание на необходимости учета особенностей профессиональной самоидентичности в процессе профильной подготовки будущих специалистов отрасли практической психологии.

Ключевые слова: теоретико-методологические основы, формирование, профессиональная самоидентичность, будущие специалисты отрасли практической психологии.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS FOR THE FORMATION OF PROFESSIONAL SELF-IDENTITY OF FUTURE SPECIALISTS IN THE FIELD OF PRACTICAL PSYCHOLOGY

Prikhoda I .V.

*Department of Industrial and Pedagogical Training
Vladimir Dahl Lugansk State University, Russia, LPR, Lugansk*

Abstract. The article provides a scientific generalization and a systematic analysis of the theoretical and methodological foundations of the formation of professional self-identity of future specialists in the field of practical psychology. Attention is focused on the need to take into account the features of professional self-identity in the process of profile training of future specialists in the field of practical psychology.

Keywords: theoretical and methodological foundations, formation, professional self-identity, future specialists in the field of practical psychology.

Введение. В последние десятилетия произошло много изменений в общественном сознании и в индивидуальном сознании каждого человека, которые становятся предметом все более пристального внимания ученых, прежде всего, психологов. Появилась относительно новая для нашей страны отрасль профессиональной деятельности – практическая психология, которая получает реальное воплощение в создании многочисленных социально-психологических служб, психоконсультативных и психотерапевтических центров в различных сферах деятельности. Соответственно возрастает теоретическая и практическая значимость проблем профессионального становления будущих специалистов по практической психологии.

Причиной этого, с одной стороны, является неудовлетворительное состояние системы профессиональной подготовки указанных специалистов, ее несоответствие запросам современного общества, обусловленным стремительным ростом потребностей психологической практики. При этом отечественная психология и по сей день основные усилия сосредоточивает на подготовке специалистов-психологов преимущественно в теоретически-экспериментальном направлении.

С другой стороны – необходимо решение комплекса задач по повышению профпригодности студентов, которое будет способствовать верному выбору профессии, учету их индивидуальных особенностей, разработке и эффективному использованию механизмов профессиональной мотивации, особенностей профессиональной самоидентификации будущих практических психологов. Ведь, выяснение этих особенностей является неременной предпосылкой и существенной составляющей процесса профессиональной

подготовки таких специалистов, одной из действенных форм обеспечения эффективности указанного процесса профессионалами-психологами.

В литературе пока отсутствуют публикации, которые содержали бы научное обобщение и системный анализ проблемы профессиональной самоидентичности будущих специалистов по практической психологии. В то же время следует отметить, что отдельным вопросам, которые касаются этой проблемы, уделяется определенное исследовательское внимание. Однако, несмотря на многоплановость психолого-педагогических исследований профессионального становления как такового, проблема профессиональной самоидентичности будущих практических психологов до сих пор не стала предметом специального исследования.

В то же время уже имеют место разработки, создающие необходимые предпосылки такого исследования. Существуют исследования, посвященные различным проблемам профессиональной подготовки будущих специалистов по практической психологии (некоторым методическим и технологическим вопросам профессиональной подготовки будущих специалистов по практической психологии, различным моделям структуры личности практического психолога, условиям личностного развития практического психолога и пр.). Стратегическая цель вышеуказанных исследований заключается, прежде всего, в привлечении внимания к поиску путей и подходов, методов и средств, методик и технологий преодоления существующего ныне разрыва между теоретическим обучением и практической деятельностью будущих специалистов по практической психологии.

Первичные результаты получены и при исследовании проблемы становления профессиональной самоидентичности будущих практических психологов, задачей которого является выявление предпосылок, основ, факторов и составляющих эффективного профессионального становления, различных, прежде всего, психологических критериев, определяющих ее

эффективность. При этом в психологической проблематике профессионального становления будущих практических психологов практически отсутствуют фундаментальные исследования, в которых раскрывались бы психологические критерии и условия приобретения профессиональной компетентности в ходе практической деятельности. Эти исследования, на наш взгляд, создают необходимую основу для системной разработки вопроса о специфике профессиональной самоидентичности будущих практических психологов.

Объект исследования – процесс профильной подготовки будущих специалистов отрасли практической психологии.

Предмет исследования – теоретико-методологические основы формирования профессиональной самоидентичности будущих специалистов отрасли практической психологии.

Цель исследования – научно обобщить и системно проанализировать теоретико-методологические основы формирования профессиональной самоидентичности будущих специалистов отрасли практической психологии.

Методы исследования: научное обобщение и системный анализ специализированных литературных источников и электронных информационных ресурсов.

Результаты исследования.

Понятия «идентичность», «идентификация», «самоидентификация» тесно связаны. С помощью процесса самоидентификации и за счет изменения идентификаций формируется идентичность. Идентичность определяется актуальным состоянием, текущим переживанием Я-целостности на срезе жизненного пути. При сопоставлении идентификации и идентичности, идентификация характеризует процессуальную сторону, а идентичность – качественную определенность развертывания «Я» в человеческом бытии. Идентичность – это ответ на вопрос об отношении предмета к самому себе. А

самоидентичность (личная идентичность) – это ответ на вопрос об отношении личности к самой себе [17].

Впервые в социально-психологическом плане проблематика идентичности разрабатывалась Дж. Мидом и Ч. Кули. Под идентичностью Дж. Мид понимал способность человека воспринимать свое поведение и жизнь в целом как единое целое. Широкое распространение термина «идентичность» и его введение в научный обиход связано с именем Э. Эриксона, который определил идентичность как внутреннюю непрерывность и тождественность личности, как важнейшую характеристику ее целостности и зрелости, как интеграцию переживаний человеком своей неразрывной связи, отождествления себя с определенными социальными группами. Это определяет систему ценностей, идеалы, жизненные планы, социальную роль индивида, его потребности и способы их реализации [16].

Для более глубокого понимания, как формируется идентичность человека, следует сосредоточить внимание на том, какую роль играет личность в этом процессе и как происходит процесс идентификации.

Идентификация в общем понимании – это феномен отождествления себя с образцом. В психологическом словаре под редакцией В.П. Зинченко и Б.Г. Мещерякова идентификация определяется как уподобление (как правило, бессознательное) себя значимому другому как образцу на основе эмоциональной связи с ним [9].

А.В. Петровским и М.Г. Ярошевским указанное понятие представлено как уподобление, отождествление с кем-либо или чем-либо; как процесс сопоставления одного объекта с другими на основе определенных свойств, в результате чего возникает установление их сходства или различия [10].

Идентичность является характерной чертой личности, у которой внутреннее тождество и непрерывность синтезируется со стремлением ее интеграции с социальными структурами. Идентификация – это отождествление,

несознательный процесс, благодаря которому человек ведет себя так, как человек, с которым он себя идентифицирует (например, психолог-консультант, психолог-ментор, психолог-тьютор, психолог-тренер и пр.). В психоанализе процесс идентификации интерпретируется как неосознанное подражание поведению или определенным качествам конкретной личности.

Самоидентичность личности выражается в отношении последней к самой себе. Первыми в социально-психологическом направлении проблемой самоидентичности занимались Дж. Мид и Ч. Кули. В своих работах они использовали более традиционный термин «самость» (self), самоидентичность рассматривалась этими авторами и как результат социальной интеракции, и как фактор, обуславливающий социальную интеракцию. Под самоидентичностью Дж. Мид и Ч. Кули понимали также способность человека воспринимать свое поведение и жизнь в целом как единое и неделимое целое.

Таким образом, с одной стороны, социум определяет идентичность человека (задавая нормы и законы его существования), а с другой – индивид создает свое собственное окружение в выборе цели, задач, мотивов, ценностей, потребностей. Неосознанная идентичность содержит в себе комплекс ожиданий, которые усваиваются личностью в процессе взаимодействия с социальной группой (имидж, стиль общения, сленг, типичные способы коммуникации, ожидаемые предпочтения и т.п.).

Формирование самоидентичности обеспечивается процессом самоидентификации и за счет изменения идентификаций. В психологии самоидентификация – это уподобление себя какому-то конкретному человеку или образу человека [10].

По психологическим критериям, такая «самоидентифицированная» личность может быть рассмотрена как психологически непрерывная, поэтому она остается той же самой личностью, если сохраняет те же представления, убеждения, опасения, то же поведение и т.п., если она может понять свою

жизнь. Как только появляется какая-то разница (или какое-либо расхождение) между психологическими составляющими в разных моментах жизни, тогда так и субличности не являются одной и той же личностью [19].

Такая идентичность состоит из того, что делает личность индивидуальной и отличной от других. Это может быть путь, который видит личность или она находится в поиске себя, или это может быть набор ценностей ее структуры жизни [16].

Формирование личности профессионала, его самоидентичности неразрывно связано с процессом самоидентификации с профессией. Под профессиональной самоидентификацией Дж. Марсиа, С. Московичи и Г. Теджфел рассматривали стремление субъекта овладеть знаниями, умениями и навыками самодиагностики, своеобразной «примерки на себя» профессионально значимых особенностей характера, поведения, общения [17; 18; 20].

Согласно концепции Э. Эриксона, установление своей идентичности в профессиональной деятельности – важнейшая задача, которая встает перед человеком в период юношества и ранней зрелости. Формирование идентичности – непрерывный процесс, целью которого на этом возрастном этапе является достижение генеративности – осознания определенной жизненной продуктивности. Активная профессиональная деятельность является для молодого человека одним из наиболее достижимых путей к самореализации [15].

Учеба в высшем учебном заведении является важнейшим этапом освоения профессии, началом профессионального становления. Оно заключается в активном, сознательном утверждении человека в профессиональной позиции на основе усвоения определенной системы знаний, норм, мотивов, ценностей, потребностей, овладения профессиональными умениями и навыками, что происходит с участием процессов идентификации,

самоидентификации, конечным результатом которого является профессиональная самоидентичность личности будущего специалиста.

Профессиональная идентичность является составной частью профессионального самосознания и связана с процессами профессионального самоопределения, профессиональной адаптации, профессиональной самодиагностики, познанием, анализом и оценкой себя как субъекта собственной деятельности, а также профессиональным саморазвитием и самосовершенствованием человека, формированием его индивидуальной личностно-профессиональной позиции.

Научное обобщение и системный анализ трудов отечественных и зарубежных ученых показал, что вопрос теоретико-методологического обеспечения профессиональной подготовки будущих практических психологов всегда занимал видное место среди актуальных психолого-педагогических эмпирических исследований. Ключевыми в изучении проблемы формирования профессионализма практического психолога являются «личностно-ориентированная» методология (И.Д. Бех, И.С. Булах, К. Роджерс, В. Франкл, Э. Фромм, И.С. Якиманская и др.), представители которой утверждают, что профессиональный рост возможен через развитие личностных черт и «деятельностная» (К.А. Абульханова-Славская, С.Л. Рубинштейн, П.И. Зинченко, Г.С. Костюк, В.И. Слободчиков, Г.А. Цукерман и др.) – в которой отмечается повышение эффективности профессионализма через формирование профессионально значимых качеств личности.

Учение С.Л. Рубинштейна о развитии личности в деятельности [11] сохранило свою актуальность и до сих пор, но, по нашему мнению, для сферы формирования личности в рамках профессионального обучения более значимыми оказываются положения динамического подхода Л.И. Анциферовой о том, что личность склонна к саморазвитию и самосовершенствованию, выступает инициатором и исполнителем своей деятельности [1].

Профессиональная идентификация как процесс профессиональной идентичности связана с профессиональным самоопределением, что является эмоционально окрашенным отношением личности к своему месту в профессиональном мире и важной характеристикой социально-психологической зрелости личности, потребности в самоактуализации и самореализации [4].

Отношение человека к выбору оказывается в его профессиональных интересах, которые будут сопровождаться профессиональным призванием, то есть специфическим отношением к определенному виду деятельности, при котором работа становится более продуктивной и соответствует реальным и потенциальным возможностям личности [2].

Э. Клапаред, рассматривая профессиональную идентичность, отмечает, что «на каждом месте должен стоять человек, наиболее подходящий для этого», при этом главный упор в решении такой задачи должен делаться на диагностике его оригинальных способностей, а не на полученных знаниях, умениях и навыках.

Е.П. Ермолаева трактует профессиональную идентичность как компонент личностной идентичности, обеспечивающий успешную профессиональную адаптацию, и как доминантный фактор профессиональной карьеры, базирующийся на компетентности, профпригодности, интересе к работе и их балансе с окружением [3].

В рамках предыдущих приведенных позиций находятся научные взгляды Л.Б. Шнейдер, которая полагает, что профессиональная идентичность имеет разные источники формирования. Одним из них являются объективные границы профессиональной идентичности, которые определены нормативными государственными документами об образовании. Так, тот, кто учился на определенном факультете и получил диплом о высшем образовании, воспринимается как профессионально идентичный своей профессии. В этом

случае, ключевыми составляющими профессиональной идентичности, по мнению автора, выступают образовательно-профессиональная «общность судьбы» и профессиональная осведомленность. С другой стороны, автор исходя из результатов научных исследований отмечает, что ученые подчеркивают необходимость разработки профессиограммы личностных качеств профессионала, то есть в становлении профидентичности определенную роль играет выраженный личностный радикал. К внутренним источникам формирования профессиональной идентичности автор относит эмоционально-положительный фон, на котором происходило получение информации о выбранной профессии; положительное восприятие себя в качестве субъекта профессиональной деятельности; эмоционально-позитивное принятие своей принадлежности к профессиональной общности; успешное усвоение прав и обязанностей, норм и правил профессиональной деятельности [14].

Учитывая вышеприведенные характерные показатели профессиональной идентичности, Л.Б. Шнейдер дает определение профессиональной идентичности практического психолога как проявление характерных для «нормативного» психолога черт в соответствии с его базовым образованием, владение определенными профессиональными знаниями, умениями и навыками. А под профессиональной самоидентичностью практического психолога понимает процесс личностного принятия профессии, то есть понимания, что он психолог, положительно к этому относится, нарабатывает систему профессионально-нравственных оценок, определяется («воспроизводится», «выстраивается», «подтверждается», «выверяется», «доопределяется» – В.И. Слободчиков, Г.А. Цукерман и др.) в своих профессиональных позициях, осознает и выделяет характерные черты людей своей профессии и других профессий [14].

В.Л. Зливков, например, в профессии педагога разработал схему становления профессиональной идентификации, которая включает четыре

последовательных этапа: начальный – предопределенность, следующий – диффузия, затем – мораторий и конечный этап, характеризующий полностью сформированную идентификацию, – достижение идентичности. В определении самоидентификации преподавателя – субъекта педагогической коммуникации, как психологического механизма сознательного восприятия профессии педагога, автор ориентируется, прежде всего, именно на концепцию Дж. Мида. А именно: неосознанная идентичность содержит в себе комплекс ожиданий, которые усваиваются индивидом в процессе взаимодействия с социальной группой: имидж, стиль общения, сленг, типичные техники беседы и аргументации, ожидания, вкусы и т.п. Осознанная идентичность является результатом анализа индивидом того, насколько поведение педагога соответствует существующим образцам педагога-мастера [5].

Принимая во внимание вышепредставленные подходы к интерпретации профессиональной идентичности личности, профессиональной самоидентификации педагога, идентичности и самоидентичности практического психолога, мы дадим свою формулировку профессиональной самоидентичности практического психолога: комплекс усвоенных профессиональных знаний, приобретенных умений, навыков, качеств, интересов, мотивов, ценностей, потребностей, представлений и убеждений личностью специалиста.

Исходя из положений концепции социальной идентичности Г. Теджфела [20], концепции личностной готовности как детерминанта овладения профессией В. А. Моляко [13] и концепции профессиональной самоидентичности Л. Б. Шнейдер [14] дадим свое определение профессиональной самоидентификации практического психолога.

Под профессиональной самоидентификацией практического психолога мы понимаем процесс личностного принятия профессии, подчинения себя ожиданиям социума в соответствии с требованиями социально-

функциональных ролей, составляющих суть практической психологической деятельности.

Также важной внутренней предпосылкой формирования профессиональной идентичности, по мнению Ю. К. Стрелкова, выступает профессиональный опыт (его смысловые и временные структуры) личности [12].

Кроме того, по мнению Л. Г. Матвеевой, достойным внимания является фактор своевременности, учета сенситивных периодов развития профессиональной идентичности, одним из которых является юношеский и первый зрелый возраст [7].

Этот перечень факторов можно дополнить факторами, что, по мнению Н. И. Пилат, занимают важное место в формировании значимой профессиональной идентичности молодежи, а именно: переживание ценности профессии, ее престижности в современном обществе [8].

Важным, по мнению Н.И. Кривоконь, для выделения и как можно более полной характеристики факторов профессиональной самоидентификации является выделение ее этапов, среди которых ученый приводит следующие: профессиональное самоопределение; готовность к выполнению профессиональных функций; наличие потребности в самодиагностике, самопознании, самоактуализации и т.п. [6].

Исходя из вышеприведенных составляющих, показателей профессиональной идентичности, мы разработали собственную структуру профессиональной самоидентичности будущих практических психологов, которая содержит пять составляющих:

1. Когнитивная составляющая (представления о профессии – собственные, своих педагогов и профессиональных предшественников; знание определенного профессионального лексикона, мотивов, ценностей,

потребностей, представлений и убеждений, норм и правил; принятый эталон профессиональной деятельности).

2. Эмоциональная составляющая (эмоционально-положительный фон в процессе выбора профессии; положительное восприятие себя в качестве субъекта профессиональной деятельности; эмоционально-позитивное принятие своей принадлежности к профессиональной общности).

3. Профессионально-важные качества специалиста (внимательность, энергичность, сила воли; умение замечать детали вербального и невербального поведения; актерские и режиссерские, организационные и управленческие качества; склонность к разноплановости мышления, психологическая смелость, эрудированность; профессионально-психологическая рефлексия и саморефлексия; профессиональный интеллект, интуиция; умение сохранять конфиденциальность психологической информации; стремление к системному подходу в работе).

4. Опыт (самопрезентация, потребностный рост, профессиональное общение студентов со специалистами – профессионалами).

5. Профессиональные функции (оказание психологической помощи человеку в сложных жизненных обстоятельствах или в условиях затрудненного общения или сотрудничества с окружающими).

Заключение. В результате исследования профессиональной идентичности, самоидентичности и процессов их формирования, установлено, что последние являются определяющим условием профессионального самоопределения, формирования личности практического психолога. Ведь целью формирования идентичности в юношеском и первом зрелом возрасте является осознание определенной жизненной продуктивности, которая проявляется в активной профессиональной деятельности и является для молодого человека одним из наиболее достижимых путей к самореализации.

Перспективы дальнейших исследований видим в изучении и анализе формирования профессиональной самоидентичности специалистов отрасли практической психологии в системе непрерывного образования.

Литература/ References

1. Анциферова Л.И. Принцип связи психики и деятельности и методология психологии [Текст]: монография / Л.И. Анциферова // Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1969. – 117 с.

2. Верная Ж.П. Основы профессиональной ориентации [Текст]: учебное пособие / Ж.П. Верная. – Луцк: РИО «Башня», 2003. – 156 с.

3. Ермолаева Е.П. Психология социальной реализации профессионала [Текст]: монография / Е.П. Ермолаева. – М.: Институт психологии РАН, 2008. – 345 с.

4. Зеер Э.Ф. Психология профессии [Текст]: монография / Э.Ф. Зеер. – М.: Академический проект, 2003. – 336 с.

5. Зливков В.Л. Становление личностно-ролевой идентификации современного педагога: проблемы и перспективы [Текст] / В.Л. Зливков // Вестник НТУУ «КПИ». Философия. Психология. Педагогика. – 2001. – Вып. 1. – С. 99–104.

6. Кривоконь Н.И. Социально-психологические факторы профессиональной самоидентификации специалистов системы социальной защиты населения [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.05 «Социальная психология» / Н.И. Кривоконь. – Киев, 2002. – 20 с.

7. Матвеева Л.Г. Становление профессионального сознания клинических психологов [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / Л.Г. Матвеева. – Москва, 2004. – 24 с.

8. Пилат Н.И. Особенности формирования социальной идентичности у студенческой молодежи [Текст] / Н.И. Пилат // Вестник ЛНУ. Философские науки. – 2003. – Вып. 5. – С. 542–547.

9. Психологический словарь [Текст]: словарь / авт.-сост. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещеряков. – М.: Педагогика; Пресс, 1996. – 440 с.

10. Психология. Словарь [Текст]: словарь / авт.-сост. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.

11. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии [Текст]: учебное пособие / С. Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 1998. – 705 с.

12. Стрелков Ю.К. Инженерная и профессиональная психология [Текст]: учебное пособие / Ю.К. Стрелков. – М.: Академия, 2001. – 360 с.

13. Трудовая подготовка учащихся в межшкольных комбинатах. Психологический аспект [Текст]: учебно-методическое пособие / под ред. В.А. Моляко. – К.: Советская школа, 1988. – 166 с.

14. Шнейдер Л.Б. Профессиональная идентичность: теория, эксперимент, тренинг [Текст]: учебное пособие / Л.Б. Шнейдер. – М.: МСПИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2004. – 600 с.

15. Эриксон Э.Г. Детство и общество [Текст]: монография / Э.Г. Эриксон. – СПб.: Психол. центр «Ленато»; Балашиха: Фонд «Унив. кн.», 1996. – 589 с.

16. Субботин А.В., Семенов В.А., Федосеева И.Ф., Этенко Д.А.

Академическая история болезни как форма самостоятельной работы студентов медицинского университета. В сборнике: Технологии организации самостоятельной работы обучающихся // Материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции: сборник трудов. 2016. С. 149-151.

17. Marsia J. Identity adolescent psychology [Text] / J. Marsia. – N.Y.: Methuen, 1980. – 228 p.

18. Moskovici S. Notes towards a description of Social Representation [Text] / S. Moskovici // European Journal of Social Psychology. – 1988. – V. 18. – P. 137–142.
19. Nozick R. Personal Identity Through Time, Personal Identity [Text] / R. Nozick. – Blackwell: Martin & Barresi, 2006. – 555 p.
20. Tajfel H. Social identity and intergroup relations [Text] / H. Tajfel. – Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1982. – 405 p.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Райманова И.А., Игнатова Т.Н., Михайловский А.М., Ген М.Б.
*ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулезный
диспансер», Россия, г. Оренбург*

Аннотация. Целью исследования явилось изучение особенностей когнитивных нарушений у больных туберкулезом детей в процессе стационарного лечения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза различных локализаций. В исследовании участвовали 10 ВИЧ-инфицированных пациентов от 1,5 до 17 лет, госпитализированных в детское отделение Оренбургского областного клинического противотуберкулезного диспансера по поводу впервые выявленного заболевания туберкулезом, обследованные согласно современным требованиям постановки диагноза. Для оценки особенностей развития когнитивных функций была разработана анкета, содержащая основные параметры, отражающие особенности внимания, памяти, мышления, речи, гнозиса и праксиса. У большинства данных пациентов, впервые поступающих на длительное лечение, отмечены различные когнитивные нарушения.

Ключевые слова: дети, когнитивные нарушения, туберкулез, ВИЧ инфекция.

FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN CHILDREN WITH TUBERCULOSIS AND HIV-INFECTION

Raimanova I.A., Ignatova T.N., Mikhailovsky A.M., Ten M.B.

Orenburg Regional Clinical Tuberculosis Dispensary

Russia, Orenburg

Abstract. The aim of the study was to study the features of cognitive impairment in children with tuberculosis in the process of inpatient treatment of HIV-associated tuberculosis of various localizations. The study involved 10 patients from 1.5 to 17 years old who were hospitalized in the children's department of the Orenburg Regional Clinical Tuberculosis Dispensary for the first time diagnosed with tuberculosis, examined according to modern requirements for the diagnosis of combined tuberculosis and HIV infection. To assess the features of the development of cognitive functions, a questionnaire was developed containing the main parameters reflecting the features of attention, memory, thinking, speech, gnosis and praxis. Most of these patients, who are being admitted for long-term treatment for the first time, have various cognitive impairments. Conclusion. HIV-infected children with tuberculosis need comprehensive psychological and pedagogical correction with the use of psychotherapeutic techniques.

Keywords: children, cognitive impairment, tuberculosis, HIV infection.

Введение. ВИЧ-инфекция является одной из самых серьезных проблем современного здравоохранения [1]. Актуальность всестороннего изучения заболевания ВИЧ-инфекцией детей и подростков обусловлена увеличением количества женщин репродуктивного возраста с ВИЧ-инфекцией. Большинство случаев инфицирования происходит в результате передачи ВИЧ от матери к ребенку во внутриутробном периоде, родах, а также при грудном вскармливании [1]. Доказано, что ВИЧ-инфекция влияет не только на иммунную систему, но и на весь организм и, что особенно важно, на

центральную нервную систему ребенка. Таким образом, отмечается значительное негативное влияние вируса на формирование нервной системы детей, у которых вещество мозга, а также его функции находятся в состоянии постоянного развития [1, 5]. Проявляется это в том числе и в отставании организации когнитивной сферы [2].

Когнитивные функции относятся к наиболее сложно организованным функциям головного мозга, с помощью которых осуществляются процессы познания окружающей действительности и обеспечивается взаимодействие с ней. К когнитивным функциям относят: внимание, память, мышление, речь, гнозис и праксис [6]. О наличии или прогрессировании когнитивных нарушений говорят следующие признаки: задержка развития головного мозга, а также умственного развития, подтвержденные результатами соответствующих тестов [4].

Цель исследования - определение когнитивных нарушений у больных туберкулезом ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов клинического и психодиагностического обследования 10 больных туберкулезом ВИЧ-инфицированных детей, поступивших на длительное лечение туберкулеза в отделение для больных туберкулезом органов дыхания детского и подросткового возраста Оренбургского областного клинического противотуберкулезного диспансера в период 2018-2020 гг.

Для оценки использовались данные анамнеза заболевания, жизни и эпидемиологического анамнеза, результаты клинического, инструментального и лабораторного обследования согласно Приказу МЗ РФ №951 от 2014 г., а также Федеральным клиническим рекомендациям «Туберкулез у детей» от 2020 г., индивидуального психодиагностического обследования и тестирования детей, направленные на определение уровня развития когнитивных функций. При поступлении все дети проходили обследование рабочей группой, в

которую входили узкие специалисты, а также медицинский психолог. Психодиагностическое обследование и тестирование проводилось с применением стандартных методов:

1. ШТУР — 2 (Школьный тест умственного развития);
2. Корректурная проба Б.Бурдона;
3. Проба Джекобса;
4. Запоминание 10 слов.

5. Тест Векслера (детский вариант: Субтесты №1 «Осведомленность, №3 «Арифметический», №4 «Сходство», №6 «Повторение цифр», №7 «Недостающие детали», №9 «Кубики Косса») [4, 7].

Выбор данных субтестов основывается на представлении в них качестве измеряемых характеристик основных когнитивных функций: внимания, памяти, мышления, речи, гнозиса и праксиса [5, 7].

Результаты и обсуждение. В исследовании принимали участие больные туберкулезом ВИЧ-инфицированные дети в возрасте 1,5 - 17 лет. Возраст детей при выявлении туберкулеза: дошкольники – 6, младшие школьники – 1, подростки - 3 пациента. Всего среди больных было 4 мальчика и 6 девочек. Все дети являлись жителями Оренбургской области.

Большинство детей (90%) не были привиты БЦЖ - противопоказанием к вакцинации оказалась ВИЧ – инфекция матери. В одном из случаев у ВИЧ-инфицированного ребенка, мать не имела ВИЧ положительного статуса. У всех детей была установлена 4В стадия ВИЧ-инфекции.

Девять больных (90%) проживали в очагах туберкулезной инфекции и имели семейный контакт с бактериовыделителями, которыми являлись ближайшие родственники (мать, отец или оба родителя). В 1 случае контакт с больными туберкулезом в окружении ребенка установить не удалось. Важно отметить, что у четверых больных(40%) был установлен контакт с источником

инфекции с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза.

В структуре клинических форм туберкулеза, в 6 случаях был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В 4 случаях основной диагноз был осложнен: генерализацией процесса с поражением почек (2), селезенки (1) и бронхолегочным поражением (1). Очаговый туберкулез легких диагностирован в 2 случаях у пациентов подросткового возраста. Диссеминированный туберкулез легких в 1 случае. Первичный туберкулезный комплекс у 1 пациента.

Основной курс стационарного лечения в среднем составил 188 дня. (от 2 месяцев до 2 лет). Все дети выбыли из стационара с положительным эффектом лечения туберкулеза в виде значительного улучшения состояния в санаторно-курортные отделения для последующей реабилитации. Летальных исходов не было.

Проведенное исследование показало, что больные туберкулезом ВИЧ-инфицированные дети имеют следующие когнитивные нарушения:

1. Во время проведения заданий большинство детей обращались за помощью и поддержкой к психологу, при этом 50% детей не сохраняли инструкцию испытания до конца обследования.

2. У четверых из десяти детей (40%) выявлено отставание в речевом развитии. Установлены различные патологические состояния: дизартрия, дислалия и алалия.

3. Ведущим типом мышления у исследуемых дошкольников и школьников было наглядно-образное. У подростков было сформировано логическое и теоретическое мышление. Важно отметить, что дети более успешно справлялись с заданиями на классификацию объектов и недостающие их детали. Тесты на умозаключения, кубики Косса вызвали небольшие затруднения.

4. Исследование памяти у детей показало, что они испытывают трудности опосредованного запоминания. Диагноз умственная отсталость был установлен у 1 ребенка.

5. Внимание было истощено у всех детей, так же как и трудности переключения внимания.

6. У всех младших школьников и подростков отсутствовала мотивация к учебной деятельности.

Заключение. Таким образом, у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом детей и подростков, впервые поступающих на длительное лечение, определяются различные когнитивные нарушения. Таким пациентам необходима комплексная психолого-педагогическая коррекция с применением психотерапевтических методик. Ведущей задачей медицинского психолога, работающего с больными туберкулезом ВИЧ – инфицированными детьми, следует считать сохранение и определение методов развития психического и интеллектуального здоровья, способностей и интересов.

Литература/ References:

1. Астаева А.В., Астахов Л.В. Особенности развития высших психических функций детей старшего школьного возраста с ВИЧ-инфекцией/ Вестник ЮурГУ. - 2009. – с.80-85.

2. Золотова Н.В., Петракова И.Ю., Хохлова Ю.Ю., Стерликова С.С. Оценка терапевтического сотрудничества родителей пациентов детского возраста в процессе противотуберкулезной химиотерапии в условиях стационара/ Вестник ЦНИИТ. - 2019 №3(8). - с.31-39.

3. Холодов, А. А., Захарова, Ю. В., Отдушкина, Л. Ю., & Пьянзова, Т. В. (2022). Факторы риска развития диспептического синдрома у пациентов фтизиатрического стационара и состояние микрофлоры кишечника больных до начала противотуберкулезной терапии. Туберкулез и болезни легких, 100 (4), 46-51.

4. Волков Б.С. Методология и методы психологического исследования: Учебное пособие для вузов/Науч. редактор Б.С. Волков - М.: Академический Проект, 2020. - 382 с.

5. Глухова Е.Д., Гайсина А.В., Кольцова О.В., Ястребова Е.Б. Когнитивные функции у детей, инфицированных ВИЧ, воспитывающиеся в домашних условиях/ ВИЧ – инфекция и иммуносупрессия. - 2013г., том 5, №4. С.62-72.

6. Пиаже Ж.Ж. Речь и мышление ребенка. –М.: Римис, 2008. – 416 с

7. Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. М.: ЦОЛИУВ, 1983.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Ральникова И.А.¹, Малегонова С.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет»,
Россия, г. Барнаул

² Алтайская Краевая Клиническая Психиатрическая Больница
им. Ю.К. Эрдыманова, Россия, г. Барнаул

Аннотация. Представлены результаты исследования адаптационных возможностей человека в кризисных ситуациях и условия их психологической оптимизации. Предложена апробированная групповая психокоррекционная программа, направленная на оптимизацию уровня адаптации, которая основана на гештальт терапевтических, когнитивно-поведенческих, проективных, арт терапевтических техниках, нарративной, релаксационной терапии, элементах психодрамы, НЛП, наглядных и практических методах, эмоционально-образных упражнениях. Результаты могут быть использованы в коррекционно-развивающей работе для усиления копинг-ресурсов личности в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: адаптационные возможности; адаптивность; кризисные ситуации; кризисная поддержка; личностные ресурсы; психологическая коррекционная работа; совладание; копинг-стратегии, психокоррекционная программа.

HUMAN ADAPTABILITY IN CRISIS SITUATIONS

Ralnikova I.A., Malegonova S.A.

Institution of Higher Education Altai State University, Russia, Barnaul

Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital them. Yu.K. Erdman, Russia, Barnaul

Abstract. The results of a study of the adaptive capabilities of a person in crisis situations and the conditions for their psychological optimization are presented. An approved group psycho-correctional program aimed at optimizing the level of adaptation is proposed, which is based on gestalt therapeutic, cognitive-behavioral, projective, art therapeutic techniques, narrative, relaxation therapy, elements of psychodrama, NLP, visual and practical methods, emotional-figurative exercises. The results can be used in correctional and developmental work to strengthen the coping resources of the individual in crisis situations.

Keywords: adaptive possibilities; adaptability; crisis situations; crisis support; personal resources; psychological correctional work; coping; coping strategies, psycho-corrective program.

Введение. Сложные социальные проблемы и потрясения в жизни человека являются причиной многих кризисных переживаний, которые влекут за собой его нестабильное, неопределенное и незащищенное состояние. Данный феномен, характеризуя специфику каждой эпохи, сказывается на психике людей, что в свою очередь требует от ученых и практиков современных способов психологической помощи в различных кризисных ситуациях.

Исторически исследования, направленные на изучение кризисов раскрывают типы адапционных проблем населения, мотивацию достижения, подходы к циклам жизни, процессы совладания с экстремальными ситуациями [1-12]. В рамках нашего исследования мы будем опираться на характеристику кризиса личности, как проявление критического момента и поворотного пункта на ее жизненном пути, который сопровождается внутренним нарушением эмоционального баланса, наступающим под влиянием угрозы, создаваемой внешними обстоятельствами» [8].

Современная личность ориентирована на освоение способов самообладания в кризисных ситуациях, которые в психологии рассматриваются через психические процессы и поведение, направленные на контроль стрессовых (кризисных) ситуаций, особенно психосоциального характера. Преодоление трудных жизненных ситуаций предполагает выбор копинг-стратегий совладания со стрессом. Данный подход на сегодняшний день основывается на специфике личностных характеристик человека, переживающего кризис и уровне психотравмирующих воздействий трудной ситуации [13].

Учтем, что процесс психологической адаптации в нынешнем социуме является не пассивным приспособлением к окружающей действительности, а активными действиями преобразования и саморазвития, которые изучаются в традициях субъективного, системного и комплексного подходов, экопсихологии развития. Адаптационные возможности личности характеризуют ее на уровне стойких индивидуальных способностей адаптироваться к различным жизненным событиям на телесном, психологическом уровнях, а также быстро и эффективно устранять или восполнять влияние отрицательных внешних факторов [14, с. 59]. Самообразование, профилактика психологического здоровья посредством овладения навыков саморегуляции, стрессоустойчивости в данный период

развития общества достаточно актуальны. Сформированность указанных возможностей позволяет не допускать серьезных изменений в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах психической деятельности, что является значимым функциональным фактором качественной жизни.

Однако, неожиданность кризисных ситуаций и появление психологических проблем, связанных с их переживанием не всегда позволяет человеку с ними справиться самостоятельно и часто требует сопровождения психолога. Так как наше исследование носит прикладной характер, изучение и понимание нами направлений деятельности практического психолога в кризисной психологической помощи, предусматривающей активное целенаправленное влияние на личностный, поведенческий и интеллектуальный уровни функционирования человека, позволило выделить наиболее успешный вид психологической помощи – психологическую коррекцию (психокоррекцию) клинически здоровых людей. Традиционно, психокоррекция отождествляется с «системой мер, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия или влияния» [15, с. 40; 16, с. 64; 17; 18], целью которой является исправление отклонений процессов его психического и личностного развития, оказывая влияние не только на личность, но и на ее окружение, организацию ее жизнедеятельности» [19, с. 60; 20, с. 124].

Изучение основополагающих принципов и видов психокоррекции позволило нам остановиться на определении ее цели в кризисных ситуациях – устранение недостатков в развитии личности. В то же время, задачи кризисной психокоррекции могут формулироваться исходя из адресата содержания коррекционной работы:

1. «кризисная поддержка, включающая: установление терапевтического контакта; раскрытие переживаний; мобилизацию психологических механизмов защиты; заключение терапевтического договора»;

2. «кризисное вмешательство, включающее: рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы; выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса; коррекцию неадаптивных установок; активизация терапевтической установки»;

3. «расширение адаптационных возможностей: тренинг неопробованных способов адаптации; выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок» [21].

На этом основании ожидаемым результатом использования психокоррекционных мероприятий в кризисных ситуациях можем считать формирование новых адаптационных моделей функционирования личности, и, что примечательно, с выстраиванием конструктивных поведенческих паттернов.

Особый интерес для нас представляет обоснование оптимальной формы организации психокоррекции в кризисных ситуациях, так как она должна быть направлена на последствия изменений в когнитивной, эмоциональной, поведенческой сферах психической деятельности.

Остановимся на групповой психотерапии, как методе оптимального психологического воздействия на адаптационные возможности человека в кризисной ситуации, которая нашла отражение в трудах Л. Бурлачука, Б. Карвасарского, Р. Кочюнаса, И. Ялома и др. Данная форма групповой кризисной психотерапии отличается высокой результативностью, способна удовлетворять необходимость в содействии со стороны окружающих, усиливает адаптационные возможности, что подтверждает актуальность нашего исследования [4; 20; 22].

В групповой психотерапии выделим тренинги навыков совладания, направленные на развитие саморегуляции, асертивности или уверенного

поведения, социального взаимодействия, самоконтроля, обучение релаксации, решение социальных проблем [23].

В групповом тренинге по работе в ГКП выделим основные кризисные стратегии:

- внимание к эмоциям, а не к содержанию;
- изучение проблемы сейчас: сосредоточение на настоящем времени, выявление ключевых событий, вызывающих эмоции человека и переживание им кризиса; подведение итогов, формулировка проблемы психологом;
- сосредоточение на решение проблемы: советы и убеждения психолога; привязка возможных решений проблем к поведенческим навыкам, которые осваивает клиент; прогнозирование последствий различных планов действий; прямая конфронтация психолога с неадаптивными идеями или поведением группы; подкрепление психологом адаптивных реакций группы; выявление психологом факторов, препятствующих осуществлению продуктивных планов действий;
- сосредоточенность на перенесение аффекта;
- помощь группе в принятии на себя обязательств по определенному плану действий;
- оценка суицидального риска членов группы (если это необходимо);
- предвидение возможности повторения кризисной ситуации (М. Линехан) [24].

Проблемная ориентация групповой кризисной терапии (ГКП) подразумевает наличие фокусировки занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от традиционной групповой психотерапии, в определенной степени является директивной. Психолог в кризисной группе часто прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссии и способы решения проблем. Принято полагать, что особенно успешными методами кризисной психотерапии являются поддержка, вмешательство, повышение

уровня адаптации. Причем, эти методы производятся поэтапно в отношении каждого участника группы. Одновременно с этим в процессе одного занятия преимущественно используются различные методы ГКП в зависимости от кризисного состояния участника.

Теоретический анализ дает основание формулировать основные положения психологической коррекционной работы по оптимизации адаптационных возможностей личности в кризисной ситуации. Так, психологическая коррекция по адаптации личности должна учитывать следующее:

1. Модель адаптации основана на активном преобразовании личности и среды для создания более эффективной системы их взаимодействия.

2. Развитие адаптационных возможностей содействует обогащению и стабилизации потенциала человека, за счет возникновения новых его образований личности.

3. Наличие или отсутствие значимых или нейтральных качеств в человеке для адаптации имеет основание определять сложность индивидуальной адаптации и особенностей развития адаптивности в процессе всей жизни. Значимы в адаптивном поведении социально-опосредованные характеристики.

4. Потенциал человека в процессе адаптации характеризуется ее способностью использования производительных стратегий и умением их сознательно и свободно использовать в различных жизненных ситуациях. Адаптивность определена возможностью человека равнозначно использовать стратегии активного изменения среды и себя, которые в сочетании дают высокий эффект адаптации.

В соответствии с этим, коррекция социально-психологической дезадаптации ориентирована непосредственно на проработку внутренних страхов личности, а также изучение ее сомнений и выявление болезненных

мыслей, разработку эффективной копинг-стратегии, способствующей успешной адаптации личности в условиях кризиса.

Методологическими и методическими основаниями оптимизации адаптационных возможностей человека в кризисе в рамках проводимого исследования стали фундаментальные направления практической психологии, которые подтверждаются своей высокой результативностью в работе с клиентами в кризисных ситуациях. Так, метод кризисной интервенции или психотерапии кризисных состояний Е.И. Крукович, В.Г. Ромек [25] базируется на принципах логики, анализа состояния, разьяснения причин, симптоматики и течения, прогноза. Данный вид терапии устраняет неопределенность в представлениях клиента, способствует уменьшению характерных для психологического кризиса элементов психического напряжения и тревоги. Методы экзистенциальной психотерапия, основанные на работах Ф.Е. Василюка, Л.А. Пергаменщика и других авторов, ориентированы на определение человеком, который непосредственно оказался в кризисной ситуации, своей жизненной стратегии. С позиции методологии субъектно-деятельностного подхода помощь в осознании особенностей собственного совладающего поведения, совокупности копинг-стратегий, их конструктивности или деструктивности достигается комплексом психодиагностических средств и рассмотрением копинг-поведения в моделирующих играх.

Представляется возможным заключить, что психокоррекция в кризисных ситуациях раскрывает направление практической психологии, которое дает возможность оказывать психологическую помощь людям в условиях кризиса на основе обоснованных способов положительных изменений по устранению или минимизации выявленных недостатков индивидуально-психологических особенностей, системы потребностей, мотивов, интересов, понимания себя личностью. Наиболее оптимальными методами совладающего поведения в

кризисной психотерапевтической поддержке являются «модифицирующие предшествующие копингу виды поведения, которые используются в групповой работе и индивидуально. Известно, что когнитивный подход считает детерминантами стрессовых реакций индивидуальную оценку человеком события (Р. Лазарус) или его систему убеждений beliefs – рациональных или иррациональных» [13].

Теория фундаментальных эмоций Е.Е. Изарда ориентирована на рассмотрение эмоций в качестве мотивационной системы человека, личностных процессов, которые придают смысл и значение человеческому существованию. Автор указывал на то, что психолог, учитывая основные требования к условиям оптимизации адаптационных возможностей человека в кризисной ситуации, может использовать или создать психокоррекционную программу, направленную на формирование способов совладающего поведения в кризисе, стабилизацию, поддержку, усиление психосоциальной адаптации личности в период воздействия неблагоприятных кризисных ситуаций [26].

В результате реализации коррекционных мероприятий преодолевающее поведение личности в состоянии кризиса определяется успешным, если оно соответствует следующим позициям: преодолевает физиологические проявления и минимизирует проявления психологического напряжения; дает возможность человеку войти в состояние активности до стресса; повышает общий уровень адаптационных возможностей.

Итак, основная гипотеза нашего исследования: развитие нервно-психической устойчивости, саморегуляции снижение показателей тревоги, депрессии, улучшение когнитивных функций, расширение диапазона копинг-стратегий, могут выступать в качестве предикторов оптимизации адаптационных возможностей человека, переживающего кризисную ситуацию в результате участия в психокоррекционной программе по оптимизации уровня адаптации. Проверка данной гипотезы, на наш взгляд, способна не только

подтвердить данный вид психологической помощи в преодолении кризисных ситуаций, а также показать через нее процесс расширения диапазона реагирования человека на различные раздражители, формирования навыков гибкого поведения, повышения его адаптационных возможностей.

Материалы и методы исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 60 человек (50% – мужчин, 50% – женщин в возрасте 25 – 35 лет, преимущественно здоровых, впервые обратившихся за помощью к психологу с кризисными переживаниями: необратимая утрата значимого другого – объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей), развод, увольнение, наличие тяжелого заболевания, внезапный переезд, финансовые долги, измена, авария и другие.

Выборка представляет собой 2 группы по 30 человек в каждой:

1) первая группа – женщины и мужчины с нарушением адаптационных возможностей при проживании кризисной ситуации, участвующие в психологическом эксперименте в реализации психолого-педагогической коррекционной программы «Кризис: как обрести опору и стойкость», направленной на оптимизацию уровня адаптации;

2) вторая группа – женщины и мужчины с нарушением адаптационных возможностей при проживании кризисной ситуации, не участвующие в реализации психолого-педагогической коррекционной программы.

Эмпирическое исследование, направленное на выявление адаптационных возможностей человека в кризисных ситуациях, базировалось на теоретических положениях о том, что человек, переживающий кризис, характеризуется ослаблением адаптационных возможностей. При этом успешность психологической адаптации личности определяется способностью осуществлять конструктивные стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях.

Основная работа заключалась в разработке специализированной групповой психолого-педагогической коррекционной программы по оптимизации уровня адаптации человека, переживающего кризисную ситуацию. Программа основана на следующих формах и методах: гештальт терапевтические техники (фокусировка энергии, принятие ответственности, работа с полярностями), когнитивно-поведенческие техники (решение проблем, принятие решений, рефокусирование, расслабление и осознанность, копинг-карточки, техника последовательного приближения и так далее), нарративная терапия, проективные техники, элементы психодраматического подхода, релаксационная терапия, НЛП, наглядные и практические методы, в том числе имитационные игры и упражнения, групповое обсуждение, мини лекции, работа в подгруппах, парах, эмоционально-образные упражнения, арт терапевтические техники.

В качестве показаний для участия в ГКП для участников были:

1) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;

2) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем. Неотложность кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия.

Ключевой целью психокоррекционной работы являлась непосредственно коррекция адаптационных возможностей личности, находящейся в кризисной ситуации через оптимизацию ее представлений о собственной жизни до и после кризиса; активизацию способов и расширение стратегий преодоления кризиса.

Задачи психокоррекционной работы:

1. Активизировать рефлексивные процессы, направленные на овладение способами анализа индивидуальных интересов, потребностей.

1. Расширять видение критической ситуации.

2. Восстановить целостность временной перспективы.

3. Повысить уровень мотивированности к поставленным целям.

4. Скорректировать эмоциональное состояние и поведение человека.

5. Формировать конструктивные способы решения кризисных ситуаций, адаптивных копинг-стратегий.

6. Создавать внутренний «Я образа» (соединение тела и эмоций, соединение «Я – плохого» и «Я-хорошего», «Я» и травматическое событие), как ресурс восстановления личности в кризисе.

На первом – психодиагностическом этапе [27] были проведены следующие методики: многоуровневый тест «Адаптивность» (А.Г. Маклаков, С.В Чермянин) [28], выявляющий адаптивные способности, нервно-психическую устойчивость, моральную нормативность, определение уровня развития показателей адаптивности; тест опросник депрессии (В.А. Жмуров) [29], определяющий уровень выраженности (глубину, тяжесть) депрессивного состояния человека на момент обследования; тест на стрессоустойчивость (Т. Холмс и Р. Раге) [29], выявляющий степень устойчивости к стрессу (большая, высокая, пороговая, низкая (ранимость); методика диагностики тревожности (Д. Тейлор) [29]; опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус) [30], для определения копинг-механизмов, способов преодоления жизненных трудностей; миссисипская шкала (МШ) посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Н.М. Кеан, Дж.М. Кэддел, К.Л. Тэйлор) [31].

По результатам диагностического этапа участники групп подбирались на основе схожих проблем, что дало возможность осуществлять им взаимную поддержку на занятиях и после них (важно, что традиционная групповая

терапия пограничных состояний не приветствует такого рода коммуникацию). В основе ГКП находится характер взаимоотношений участников группы с людьми из их реальной жизни.

У клиентов, принимающих участие в психолого-педагогической коррекционной программе, было выявлено у мужчин и у женщин наличие повышенной тревожности, беспокойства, навязчивых мыслей, склонности к нервно-психическим срывам. Было выяснено, что наличие у испытуемых психотравмирующей симптоматики, такой как: повышенная раздражительность, проблемы со сном, гнев, затруднения концентрации и др. свидетельствует о существенном снижении психологической устойчивости: происходит потеря смысла жизни, ломаются защитные барьеры, изменяется структура самосознания, меняется отношение к окружающим и к себе, рушатся основополагающие структуры личности.

Нами было предположено, что изменение стратегии поведения в кризисной ситуации и формирование активно-деятельностных копинг-стратегий, способствующих преодолению кризисных ситуаций у испытуемых, требует включения внутренней установки на активное преодоление кризисных ситуаций, которая связана с применением больших личностных усилий, что возможно при помощи психокоррекционных занятий. После завершения реализации программы с участниками была проведена диагностическая работа, подтверждающая ее результативность.

На втором этапе психокоррекционной групповой работы был проведен психолого-педагогический тренинг, который включал: рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы; выявление неадаптивных установок, блокирующих выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса; коррекцию неадаптивных установок; расширение адаптивных возможностей; тренинг неопробованных способов адаптации; выработку навыков самоконтроля и

самокоррекции в отношении неадаптивных установок. Групповые занятия проводились до 5-ти раз в неделю, их длительность составляла 1,5-2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 6-12 недель, курс ГКП занимает, в среднем, от 1 до 2 месяцев. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем. В кризисной группе сплочение ее участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисной ситуации. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно запрещается.

Проблемная ориентация ГКП требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от традиционной групповой психотерапии, в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссии и способы решения проблем. Описанные методы кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) были реализованы поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия использовались, как правило, различные методы (этапы) ГКП в зависимости от психологического состояния участника.

Задачи ГКП нами представлены в основных программных блоках:

Блок 1. «Кризисная поддержка».

Цель: снятие эмоциональной напряженности, освоение и развитие навыков саморегуляции, способов активного совладания.

Задачи:

- развить умение самоанализа, рефлексии и преодоление барьеров, мешающих психологически здоровому проживанию;

- развить способности рефлексии и понимания своих чувств и своего состояния, а также состояния других людей;
- восстановить внутреннее равновесие;
- научить способам снижения ситуационной тревожности;
- повышение психологической компетентности, формирование знаний о причинах стресса и о способах преодоления тревожности;

В блоке реализованы следующие этапы:

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие кризисных травматических переживаний.
3. Мобилизация личностной защиты.

Блок 2. «Кризисное вмешательство».

Цель: развитие стремления активности при решении проблемных ситуаций, способности к планированию действий.

Задачи:

- корректировать иррациональные установки, собственный «Я-образ»;
- формировать умения объективной оценки различных жизненных ситуаций;
- развивать навыки конструктивного принятия решений;
- обучать и корректировать навыки сопротивления стрессам, устранения стереотипов поведения;
- развивать активную мотивацию, в частности на достижение успеха, установку к совладению, конструктивное решение возникающих трудностей.

В блоке реализованы следующие этапы:

1. Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса.
3. Коррекция неадаптивных установок.
4. Активизация терапевтической установки.

Блок 3. «Повышение уровня адаптации».

Цель: формирование навыков самонаблюдения, развитие навыков самоконтроля с опорой на внутренние резервы.

Задачи:

- вырабатывать эффективное стресс-совладающее поведение;
- формировать основные компоненты когнитивного, эмоционального и поведенческого копинг-поведения (копинг-ресурсов и копинг-стратегий).

При индивидуальной консультации, которая может входить в комплекс групповых занятий, особое внимание было обращено на наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами. Также была выявлена сфера актуального конфликта, уточнены позиция в этом конфликте самого участника и лиц из его ближайшего окружения, учтены высокозначимые потребности личности, подавленные в результате конфликта и препятствия на пути удовлетворения данных потребностей; оценивалась значимость для личности тех или иных антисуицидальных факторов.

Кроме того, был учтен и уровень терапевтической установки:

- 1) конструктивный – с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации;
- 2) симптоматический – с мотивацией лишь к ликвидации симптомов;
- 3) манипулятивный – с попыткой использовать влияние психолога для улучшения отношения к себе участников конфликта;
- 4) демобилизующий – с отказом от психотерапии.

Эффективное применение кризисной психотерапии являлось возможным при наличии или мобилизации у клиента:

- 1) достаточно выраженной потребности к возвращению на докризисный уровень функционирования, а при необходимости – и к расширению своих адаптационных возможностей;

2) достаточно высокого уровня критичности, обеспечивающего пациенту возможность исследовать совместно с психологом кризисную ситуацию в свете собственного участия в развитии кризиса;

3) внутриличностных ресурсов, нужных для рассмотрения рекомендаций психолога, терапевтической перестройки, принятия и выполнения решений, направленных на разрешение кризиса.

На третьем этапе была проведена посттренинговая психодиагностика.

Результаты исследования. При выявлении эффективности психолого-педагогической коррекционной программы индикаторами оценки адаптационных возможностей человека определены: адаптивность (отсутствие адекватности самооценки и адекватного восприятия действительности, уровень поведенческой регуляции, склонность к нервно-психическим срывам), уровень депрессии, тревожности, стрессоустойчивость. В ходе посттренинговой психодиагностики была выявлена положительная динамика, свидетельствующая о правильности подобранного инструментария в психокоррекционной работе. Статистическая обработка проводилась с помощью: коэффициента ранговой корреляции Спирмена; U-критерия Манна-Уитни; t-теста с использованием пакета «SPSS Statistics 22.0». После проведения психолого-педагогической коррекционной программы улучшилось психоэмоциональное состояние испытуемых. Результаты Т - Уилкоксона подтверждают:

- значимое снижение показателей депрессии (на 39,97; $p=0,00$), стресса (на 40,83; $p=0,00$) и тревожности (на 16,63; $p=0,00$) в первой группе. Во второй группе участников, проживающих кризис самостоятельно, наблюдается значимое снижение показателей депрессии (на 13,8; $p=0,00$), стресса (на 14,86; $p=0,00$) и тревожности (на 5,67; $p=0,00$), что свидетельствует об улучшении их психоэмоционального состояния, однако, имеет меньшую динамику выраженности, так как человек, самостоятельно проживающий кризис

использует все резервы организма на максимум для поддержания адекватного баланса со средой;

- существенное повышение показателей коммуникативных способностей (на 1,27; $p=0,00$) и личностного адаптивного потенциала (на 0,24; $p=0,02$) в первой группе. В процессе психокоррекционного воздействия произошло повышение уровня объективности воспринимаемой информации, улучшился навык адекватного слушания и восприятия ситуации, объективизировалось умение видеть себя глазами партнера по общению (рефлексия) и как следствие, произошло повышение уровня социально-психологической адаптивности, расширился диапазон адаптивных стратегий поведения. Во второй группе наблюдается значимое увеличение нервно психической устойчивости (НПУ) (на 1; $p=0,000$) и коммуникативных способностей (на 0,86; $p=0,001$), что свидетельствуют о способности людей к восстановлению регулирования своего взаимодействия со средой, но в значительно меньшей степени, так как их усилия ориентированы преимущественно на компенсацию психофизиологических потерь, либо на смягчение вреда травмирующего события;

- значимое снижение показателей самоконтроля (на 3,7; $p=0,000$), конфронтации (на 4,8; $p=0,000$), дистанцирование (на 1,33; $p=0,009$), бегство – избегание (на 5,96; $p=0,000$); значимое повышение показателей поиска социальной поддержки (на 1,83; $p=0,001$), планирования решения проблем (на 7,67 при $p=0,000$) и положительной переоценки (на 9,64; $p=0,000$) в первой группе. Данные подтверждают, что в ходе участия в психокоррекционной программе у ее участников произошли значимые положительные изменения в сторону проактивного копинга – снизилось влияние деструктивных, дезадаптивных стратегий. Во второй группе отмечилось значимое снижение показателей самоконтроль (на 1,06; $p=0,007$), конфронтация (на 1,34; $p=0,005$), и принятие ответственности (на 0,84; $p=0,01$). Наблюдается значимое

повышение показателя положительная переоценка (на 0,14; $p=0,046$). Тем не менее, важные в преодолении кризиса коппинг-стратегии не претерпели значимых изменений: показатель избегания – бегство, дистанцирование остаются на высоком уровне, а параметры планирование решения проблем и поиск социальной поддержки сохранили низкие баллы, согласно тестовым нормам.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лица, не участвующие в психокоррекционной программе, в целом справляются с кризисным состоянием за счет использования низкой прогностической компетентности, неконструктивных форм поведения в стрессовых ситуациях, применяемых ими с целью снижения эмоционального напряжения.

Результаты Т - Уилкоксона показывает, что в первой группе наблюдается значимое снижение показателя ПТСР (на 8,87; $p=0,000$), что свидетельствует о наличии эффективности психокоррекционных мероприятий, в результате которых человек возвращается в более сбалансированное психоэмоциональное состояние: улучшается сон, аппетит, настроение, снижается уровень возбуждения, беспокойства, раздражительности, неудовлетворенности. Во второй группе также наблюдается значимое снижение показателя ПТСР (на 1,83; $p=0,002$), что свидетельствует о том, что состояние человека под воздействием временного фактора и процесса адаптации идет на восстановление, однако же степень затрачиваемых усилий на балансировку психофизиологического компонента и стратегий преодоления не является вполне конструктивной.

Таким образом, психолого-педагогическая коррекционная программа «Кризис: как обрести опору и стойкость» оказала на участников первой группы комплексное влияние и позволила оптимизировать адаптационные возможности. Снизились показатели: тревоги, депрессии, повысился уровень стрессоустойчивости, произошла активизация конструктивных «способов

совладающего поведения: поиск социальной поддержки, планирование решения проблем, положительная переоценка». Во второй группе важные в преодолении кризиса коппинг-стратегии сохранили низкие баллы согласно тестовым нормам.

На следующем этапе для подтверждения гипотезы о взаимосвязи особенностей переживания психологического кризиса человека и уровня развития его адаптивных возможностей в рамках исследования был проведен корреляционный анализ. В результате проведенного анализа нами была выявлена прямая тесная взаимосвязь между особенностями переживания человека и уровнем развития его адаптивных возможностей: взаимосвязь личностного адаптивного потенциала и стрессоустойчивости (0,684**), нервнопсихической устойчивостью (0,736**) (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) (таблица).

Корреляционный анализ по Спирмену

Параметры	Депрессия	Стрессоустойчивость	Тревожность	Нервно-психическая устойчивость	Моральная нормативность	Коммуникативные способности	Личностный адаптивный Потенциал
Депрессия	1,000	0,692*	0,336	0,675**	0,376	0,471**	-0,782**
		0,000	0,052	0,000	0,000	0,005	0,000
	60	60	60	60	60	60	60
Стрессоустойчивость	0,692**	1,000	0,540**	0,830**	-0,691**	0,462**	0,684**
	0,000	.	0,001	0,000	0,000	0,006	0,000
	60	60	60	60	60	60	60

Тревожно сть	0,336	0,540 [*]	1,000	0,541 ^{**}	-0,273	0,332	-0,326
	0,052	0,001		0,001	0,119	0,055	0,060
	60	60	60	60	60	60	60
НПУ	0,675 ^{**}	0,830 [*]	0,541 ^{**}	1,000	-0,708 ^{**}	0,576 ^{**}	0,736 ^{**}
	0,000	0,000	0,001		0,000	0,000	0,000
	60	60	60	60	60	60	60
МН	0,376	- 0,691 [*]	-0,273	0-,708 ^{**}	1,000	-0,502 ^{**}	0,750 ^{**}
	0,000	0,000	0,119	0,000		0,002	0,000
	60	60	60	60	60	60	60
КС	0,471 ^{**}	0,462 [*]	0,332	0,576 ^{**}	-0,502 ^{**}	1,000	0,258
	0,005	0,006	0,055	0,000	0,002		0,001
	60	60	60	60	60	60	60
ЛАП	- 0,782 ^{**}	0,684 [*]	-0,326	0,736 ^{**}	0,750 ^{**}	0,258	1,000
	0,000	0,000	0,060	0,000	0,000	0,001	
	60	60	60	60	60	60	60

Выявлена обратная взаимосвязь между показателем развития личностного адаптивного потенциала и уровнем депрессии (-0,782^{**}), уровнем тревожности (-0,326) на уровне тенденции. Подтверждено, чем выше личностный

адаптационный потенциал человека, тем выше у него уровень стрессоустойчивости и нервнопсихической устойчивости.

Обратная взаимосвязь между формированием ЛАП и уровнем тревожности и депрессии свидетельствует о том, что чем ниже личностный адаптивный потенциал, тем более выражены показатели тревожности и депрессии у человека. Исходя из этого следует заключить, что существует взаимосвязь особенностей переживания психологического кризиса и уровня развития его адаптационных возможностей подтвердилась. Согласно данным первичной диагностики у испытуемых в стрессовом состоянии было выявлено нарушение адаптивных возможностей, снижение стрессоустойчивости, наличие ПТСР и формирование неадаптивных копинг-стратегий. Разработанная и апробированная нами психолого-педагогическая коррекционная программа по оптимизации адаптационных возможностей человека в кризисе «Кризис: как обрести опору и стойкость» подтвердила свою результативность.

Обсуждение результатов. В исследовании раскрыто, чем выше адаптационные возможности человека в кризисных ситуациях, тем выше уровень стрессоустойчивости и нервно-психической устойчивости в ситуации кризиса. Обнаруженная обратная взаимосвязь между формированием адаптивного личностного потенциала и уровнями тревожности и депрессии свидетельствует о том, что чем ниже личностный адаптивный потенциал, тем более выражены показатели тревожности и депрессии у человека в кризисе.

В результате эмпирического исследования адаптационных возможностей человека в кризисных ситуациях в процессе пилотного исследования нами было выявлено:

1. Результаты диагностики показателей уровня депрессии и тревожности свидетельствуют о том, что у представителей обеих групп испытуемых (участвующих в реализации психолого-педагогической

коррекционной программы и проживающих кризис самостоятельно) они находятся на высоком уровне.

2. Уровень стрессоустойчивости в обеих группах находится на пороговом уровне и свидетельствует о том, что человек в кризисе вынужден большую часть своей энергии и ресурсов тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса. Статистика U-критерия Манна-Уитни подтвердила, что испытуемые, которые самостоятельно справляются с кризисной ситуацией, имеют значимо более низкий уровень сопротивляемости стрессу, чем лица в кризисе, которые обратились за помощью к психологу.

3. Результаты диагностики показателей адаптивности свидетельствуют о том, что до психокоррекционного воздействия испытуемые из обеих групп имели низкий уровень поведенческой регуляции и личностного адаптационного потенциала. При этом, средние значения результатов диагностики и выявленные различия в группах свидетельствуют о том, что люди, попавшие в кризисную ситуацию и обратившиеся за профессиональной помощью, имеют более высокий уровень адаптированности, чем люди, которые преодолевают кризисные проявления самостоятельно.

4. Результаты проведенной диагностики формирования копинг-стратегий у людей, находящихся в состоянии кризиса свидетельствуют о том, что у испытуемых из обеих групп развиты деструктивные стратегии поведения в кризисной ситуации (конфронтация, дистанцирование, избегание). Были выявлены статистически значимые различия между показателями формирования копинг-стратегий: конфронтационный копинг, принятие ответственности. Различия U-критерия Манна-Уитни по фактору конфронтационный копинг и принятие ответственности свидетельствуют о том, что лица, самостоятельно преодолевающие кризисные ситуации более склонны к стрессу, чем обратившиеся за профессиональной помощью предпринимать

«попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности», показывают недостаточную целенаправленность и рациональную обоснованность поведения в проблемной ситуации. При этом, испытуемые обратившиеся за профессиональной помощью более склонны к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовы анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей и предпринимать действия, способствующие конструктивному разрешению трудностей в кризисной ситуации.

5. Итоговый балл по Миссисипской шкале ПТСР, полученный при подсчете результатов и отражающий степень воздействия травматического опыта на испытуемых находящихся в кризисной ситуации свидетельствует о выраженном влиянии кризисной ситуации на испытуемых.

6. В результате реализации психолого-педагогической коррекционной программы в группе обратившихся за психологической помощью лиц в кризисе наблюдается значимое повышение адаптационных возможностей (снижение уровня депрессии и тревожности, повышение стрессоустойчивости, усиление личностного адаптивного потенциала, уменьшение степени воздействия травматического опыта-показателя ПТСР). Испытуемые изменили свои копинг-стратегии и сформировали конструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях (планирование решения проблемы, положительная переоценка). Можно отметить, что проактивный копинг, выявленный в процессе повторной диагностики у большинства испытуемых первой группы обеспечивает объединение планирования и превентивных стратегий с активным целеполаганием, направлен на активное привлечение социальных ресурсов, включает в себя проактивные установки способные снизить негативное влияние кризисных явлений.

7. Посредством психокоррекционной работы у обратившихся за помощью к психологу испытуемых была включена внутренняя установка на

активное преодоление кризисных ситуаций и повышение адаптационного потенциала. В подгруппе лиц, преодолевающих кризис самостоятельно, значимых изменений выявлено не было.

Заключение. Групповая психокоррекционная программа была ориентирована на то, чтобы помочь испытуемым совладать с кризисными проявлениями личности, возникшими вследствие травмирующей ситуации. Копинг-стратегии позволили снизить тревожность, беспокойство, волнение. Программа также помогла снять эмоциональную напряженность, поспособствовала освоению и развитию навыков саморегуляции, способов активного совладания. Пройденные психолого-педагогическую коррекционную программу испытуемые изменили свои копинг-стратегии и сформировали конструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях (планирование решения проблемы, положительная переоценка). Можно отметить, что проактивный копинг, выявленный в процессе повторной диагностики у большинства испытуемых, прошедших психолого-педагогическую коррекционную программу:

- обеспечивает объединение планирования и превентивных стратегий с активным целеполаганием;
- направлен на активное привлечение социальных ресурсов;
- включает в себя проактивные установки способные снизить негативное влияние кризисных явлений.

Посредством психокоррекционной работы у обратившихся за помощью к психологу испытуемых была включена внутренняя установка на активное преодоление кризисных ситуаций и повышение адаптационного потенциала. В группе лиц, преодолевающих кризис самостоятельно, без участия в психологическом коррекционном процессе, значимых изменений выявлено не было. Исходя из этого, нами были выявлены различия и вынесено подтверждение того, что развитие нервно-психической устойчивости,

саморегуляции, снижение показателей тревоги, депрессии, улучшение когнитивных функций, расширение диапазона копинг-стратегий, могут выступать в качестве предикторов оптимизации адаптационных возможностей человека, переживающего кризисную ситуацию в результате участия в психокоррекционной программе по оптимизации адаптации.

Литература/ References:

1. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Наука, 2001. 456 с.
2. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996. 344 с.
3. Rogers Carl R., Rosalind F. Dymond, eds. Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach. Chicago: University of Chicago Press, 1954.
4. Yalom Irvin D. Existential Psychotherapy. N.Y.: Basic Books, 1980.
5. Ассаджиоли Р., Гроф С., Гроф К. Духовный кризис. Когда преобразование личности становится кризисом. Ганга, 2018. 468 с.
6. Морено Я.Л. Психодрама. М.: Психотерапия, 2008. 496 с.
7. Утлик Э.П. Психология личности. М.: Академия, 2018. 448 с.
8. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Инфра-М, 2017. 214 с.
9. Юнг К.Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: её теория и практика. М: АСТ, 2009. 252 с.
10. Yacobson G. Programs and techniques of crises intervention. N.Y., 1974.
11. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. 3-е изд. М.: Мысль, 2011. 297 с.
12. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. №1. С. 3-18.
13. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Л.: Лениздат, 1970. С. 178 – 208.

14. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. М.: Наука, 2010. 186 с.
15. Абрамова Г.С. Практическая психология. Москва: Прометей, 2018. 538 с.
16. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. 315 с.
17. Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е. Психологическое консультирование и психологическая коррекция. М.: Юрайт, 2013. 432 с.
18. Панфиленко З.Н. Понятие о психологическом кризисе // Альманах современной науки и образования. 2014. № 12. С. 81-83.
19. Кочарян А.С., Бурлачук Л.Ф., Жидко М.Е. Психотерапия / под ред. Л.Ф. Бурлачука. СПб.: Питер, 2012. 496 с.
20. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. Москва: Гаудеамус, 2015. 464 с.
21. Формы и методы кризисной психотерапии: методические рекомендации. М.: 1987. 21 с.
22. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998. 263 с.
23. Forman J. The essentials of trading: from the basics to building a winning strategy. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2006. 321 p.
24. Линехан М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. СПб.: Диалектика, 2020. 336 с.
25. Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство: учеб. метод. пособие. Минск: ЕГУ, 2003. 92 с.
26. Изард Е.Е. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2012. 464 с.
27. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2001. 142 с.

28. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина // Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: Бахра-М, 2006. С. 549-672.

29. Бодров В.А. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности: учебное пособие. М.: ПЕР СЭ, 2016. 768 с.

30. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93-112.].

31. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

ПРОБЛЕМЫ ОТГРАНИЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА И ПСИХОЗОВ ИНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рохмистрова Н.С., Федорова Ю.С.

*Центральная научно-исследовательская лаборатория
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Расстройства психотического характера (психозы) являются наиболее грубыми нарушениями психической деятельности. Большой процент от всех психозов составляют расстройства психики на фоне злоупотребления алкоголем. На данный момент актуальной проблемой психиатрии и наркологии является дифференцировка алкогольных психозов и психозов иной этиологии.

Ключевые слова: психоз, экзогенный психоз, эндогенный психоз, интоксикационный психоз, органические нарушения, анамнез, дифференциальная диагностика.

PROBLEMS OF DIFFERENTIATION OF ALCOHOLIC PSYCHOSIS AND PSYCHOSIS OF OTHER ETIOLOGY

Rokhmistrova N.S., Fedorova Y.S.

*Central Research Laboratory
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. Psychotic disorders (psychoses) are the most severe disorders of mental activity. A large percentage of all psychoses are mental disorders due to alcohol abuse. At the moment, the actual problem of psychiatry and narcology is the differentiation of alcoholic psychoses and psychoses of a different etiology.

Keywords: psychosis, exogenous psychosis, endogenous psychosis, intoxication psychosis, organic disorders, anamnesis, differential diagnosis.

Введение. Алкогольная зависимость является одним из ведущих факторов смертности и инвалидизации населения [16, С. 6413]. Алкоголизм является хроническим заболеванием, которому характерны стадии ремиссии и рецидивов [14, С. 1689]. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя, входят в число наиболее распространенных психических расстройств во всем мире и преимущественно поражают мужчин [15, С. 10; 17]. Лица с такими расстройствами имеют нарушения контроля над потреблением количества и качества алкоголя, тяжелую и часто нарастающую тягу к употреблению, нестабильное эмоциональное состояние, социальные, физиологические и поведенческие последствия [8, С. 781].

Причин злоупотребления алкоголем множество. Это может быть и поиск острых ощущений в подростковом возрасте [12, С. 443], и распространенность в культурных группах, где алкоголь широко доступен и относительно низок в цене [9, С. 87]. Важную роль играет и генетическая предрасположенность [10, С. 862]. Также употребление алкоголя может являться как следствием наличия психических расстройств, например, депрессия, тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, так и причиной данных заболеваний [5, С.48, 6, С. 58].

Нередко на фоне злоупотребления алкоголем и его суррогатами возникают алкогольные психозы, являющиеся одними из самых частых последствий употребления спиртного. Алкогольные психозы – это группа

заболеваний, которые сопровождаются нарушением психики, неврологическими и соматическими расстройствами. Такие нарушения часто ведут к утрате работоспособности и, как следствие, инвалидности. Очень часто больные в состоянии алкогольного психоза могут совершать социально опасные действия и попытки суицида, что представляет большую проблему как для окружающих, так и для самого больного [4, С. 29].

Сложностью отграничения алкогольного психоза от психозов иной этиологии является, то, что злоупотребление алкоголем и его суррогатами, а также нередко психоактивными веществами, часто наблюдается на фоне других психических расстройств.

Целью данной работы было изучить и выделить особенности алкогольного психоза и психозов иной этиологии, рассмотреть методы диагностики и лечения алкогольного психоза.

Материалы и методы.

Материалами и методами данного исследования являлся анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

Результаты и их обсуждение. Для начала постараемся привести краткую классификацию психозов. На данный момент нет общепризнанной классификации, поэтому мы приведем классификацию по этиопатогенетическому признаку.

1. Эндогенные психозы. Для них характерно отсутствие внешних факторов и причин возникновения болезни. Сюда можно отнести шизофрению и подобные ей заболевания, а также маниакально-депрессивный психоз.

2. Экзогенные. Для таких психозов характерно наличие какой-либо внешней причины, но нет существенных изменений в головном мозге. Сюда относятся психозы, которые являются лишь симптомом какого-либо соматического расстройства, и психозы в результате употребления психоактивных веществ, в том числе и алкоголя.

3. Эндогенно-органические психозы – по аналогии с первыми двумя: отсутствует внешняя причина возникновения, но можно выявить нарушения в головном мозге нейрофизиологического или структурного характера. Причинами могут служить нейродегенеративные заболевания головного мозга, либо различные виды эпилепсии.

4. Экзогенно-органические психозы. Для них характерно наличие и органических изменений и какая-либо внешняя причина. Например, в следствие черепно-мозговой травмы, сосудистых заболеваний головного мозга, последствия нейроинфекции или опухоли мозга.

5. Также к этой классификации можно отнести и психозы в результате психогенного расстройства (например, в результате психологической травмы) и психозы, связанные с нарушением развития (например, в результате задержки развития интеллекта) [1, С. 107-155].

Алкогольных психозов также существует множество. Классифицировать их можно по симптоматике:

1. Острый параноид. Возникает, как правило, в первые дни резкого прекращения употребления алкоголя. Сопровождается бредом преследования и физического уничтожения, но в отличие от шизофрении не сопровождается кататонией, деперсонализацией, депрессией и галлюцинациями. После окончания психоза отсутствуют изменения личности, характерные для шизофрении [2].

2. Острый галлюциноз с преобладанием бреда преследования (небольшие слуховые галлюцинации и бред преследования, помрачнения сознания нет).

3. Острый галлюциноз с преобладанием тоскливости (преобладает тоскливый аффект, признаков помрачнения сознания нет).

4. Острый галлюциноз с обманом восприятия (бред колдовства, постороннего воздействия, небольшое помрачнение сознания).

Далее идут психозы, занимающие пограничное положение между типичным галлюцинозом и делирием.

5. Острый галлюциноз эпизодическими зрительными галлюцинациями.

6. Острый галлюциноз, на высоте которого возникает делириозное или онейроидное помрачение сознания. В основном проявляется ночью и длится несколько часов, может сопровождаться частичной амнезией.

7. Психозы в виде чередования галлюциноза и делирия. Обычно характерно наличие зрительных галлюцинаций и возбуждения.

8. Существуют и психозы с различной глубиной помрачения сознания. Сюда можно отнести ориентировочный делирий, являющийся начальным этапом белой горячки, гипнагогический делирий (зрительные галлюцинации при закрытых глазах, нарушение ориентировки сознания), алкогольный онейроид (сопровождается фантастическими галлюцинациями).

9. Психозы с нарастающим помрачением сознания. К ним относятся профессиональный делирий с преобладанием бреда, связанного с профессиональной деятельностью, гиперкинетический делирий (молчаливое возбуждение), дезориентировка и оглушенность, аменция и мусситирующий делирий (тяжелое помрачение сознания, невнятное отрывочное бормотание). Данные виды психозов являются наиболее тяжелыми [7, С. 23].

Следствием алкогольных психозов может являться сопор и кома, транзиторное слабоумие, стойкий психоорганический синдром, а также стойкое слабоумие [3, С. 10].

Клинические рекомендации по лечению психозов включают в себя следующие группы препаратов:

- нейролептики, преимущественно первого поколения, такие как галоперидол, хлорпромазин, трифлуоперазин, резерпин, тиотексен, левопромазин;

- противосудорожные препараты (ламотриджин, натрия вальпроат);

- гипнотики (хлоралгидрат, барбитал);
- другие препараты, в том числе дикалия клоразепат, бензодиазепины, пирацетам и витамины группы В [13, С. 260-261].

Также в некоторых источниках сообщается об эффективности электросудорожной терапии [11, С. 358; 13, С. 260-261].

Заключение.

Таким образом ключевыми в дифференцировке и купировании алкогольного психоза являются правильное определение стадии и, исходя из этого, подбор лечения. Обращать внимание стоит на такие моменты как продолжительность симптомов, когда возникли первые психотические симптомы, характер симптомов, как долго сохраняются симптомы, а также наличие сопутствующих психических расстройств, которые могут сопровождаться острым психозом.

Благодарности.

Автор выражает признательность врачу-психиатру пограничного отделения ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» города Кемерово Демко Антону Аркадьевичу за помощь в предоставлении некоторых литературных источников.

Литература/ References

1. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Ленинградское отделение. 1969. Издательство «Медицина». С. 107-155.
2. Гофман А.Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов. Автореф. дисс..... кан. мед. наук. М. 1961. С. 21.
3. Гофман А.Г., Орлова М.А., Меликсетян А.С. Алкогольные психозы: клиника, классификация. Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том XX. № 1. С. 10.

4. Егоров А.Ю., Алексин Д.С., Петрова Н.Н. Особенности алкогольных психозов в психиатрической клинике. Вестник СПбГУ. 2012. Сер. 11. Вып. 1. С. 29.
5. Меликсетян А.С. Терапия депрессивных расстройств больных алкогольной зависимостью. Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Том 31. № 2. С. 58.
- 6 Подольный Ф.С. Клиника начального периода белой горячки: Автореф. Дисс.канд. мед. наук. М., 1969. С. 23.
7. Carvalho A.F., Heilig M., Perez A., Probst C., Rehm J. Alcohol use disorders. The Lancet. 2019. Vol. 394. P. 781.
8. Casswell S., Huckle T., Wall M., Parker K., Chayasong S., Parry C.D., Piazza M. Policy-relevant behaviours predict heavier drinking and mediate the relationship with age, gender and education status: Analysis from the International Alcohol Control study. Drug and Alcohol Review. 2018. Vol. 37. P. 87.
9. Cloninger C.R., Bohman M., Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. Arch. Gen. Psychiatry. 1981. Vol. 38. P. 862.
10. Dudley W.H. Jr, Williams J.G. Electroconvulsive therapy in delirium tremens. Compr. Psychiatry. 1972. Vol. 13. N. 4. P. 358.
11. Li J.J., Savage J.E., Kendler K.S., Hickman M., Mahedy L., Macleod J., Dick J.M. Polygenic Risk, Personality Dimensions and Adolescent Alcohol Use Problems: A Longitudinal Study. Journal of Studies on Alcohol and Drug. 2017. Vol. 78. N. 3. P. 443.
12. Masood B., Lepping P., Romanov D., Poole R. Treatment of Alcohol-Induced Psychotic Disorder (Alcoholic Hallucinosis) – A Systematic Review. Alcohol and Alcoholism. 2017. Vol. 53. N. 3. Pp. 260-261.

12. McLellan A.T., Lewis D.S., O'brien C.P., Kleber H.D. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. JAMA. 2000. Vol. 284. P. 1689.

14. Rehm J., Shield K.D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Curr. Psychiatry Rep. 2019. Vol. 21. N. 2. P. 10.

15. Wang S.-C., Chen Y.-C., Chen S.-J., Lee C.-H., Cheng C.M. Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review. Int. J. Mol. Sci. 2020. Vol. 21. N. 17. P. 6413.

16. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2018. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (дата обращения 16.03.23).

ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ, КАК ФАКТОР ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

Рябков П.А.

Кафедра психологии и педагогики

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет»,

Россия, г. Смоленск

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности личностных установок в процессе формирования и преодоления индивидами кризисных ситуаций, даны методические рекомендации, приведена характеристика определенных моделей поведения, связанных со спецификой профессиональной деятельности лиц, задействованных в разрешении кризисных ситуаций.

Ключевые слова: психология экстремальных и кризисных ситуаций; личностные установки; типы кризисных ситуаций; особенности взаимодействия специалиста с индивидуальностью личности.

PERSONAL ATTITUDES AS A FACTOR DETERMINING DECISION- MAKING IN A CRISIS SITUATION

Ryabkov P.A.

*Department of Psychology and Pedagogy,
Smolensk State University, Russia, Smolensk*

Abstract. This article examines the features of personal attitudes in the process of formation and overcoming of crisis situations by a person, gives methodological recommendations and provides characteristics of certain behaviors associated with the specifics of the professional activities of persons involved in resolving crisis situations.

Keywords: psychology of extreme and crisis situations; personal attitudes; types of crisis situations; features of interaction of a specialist with the personality of a person.

В мире, который нас окружает с каждым годом, происходят изменения. Исследуются новые технологии, разрабатываются новые методы психического воздействия на человека, появляются инновационные виды вооружения, происходят локальные войны, природные катаклизмы, террористические акты. Благодаря активному развитию интернета, новости распространяются крайне быстро, тем самым способствуя вовлеченности населения планеты в информационную среду. Так или иначе, все события, свидетелем и очевидцем которых становится человек, безусловно, оказывают воздействие на его психику. Кроме того прослеживается зависимость между интересом к кругу проблем, связанных с культурой, и экономической, политической и социальной стабильностью общества. Вместе с тем, в критических точках консенсуса, человек, с выраженным личностным оттенком, ищет опору в культурной составляющей социума, в его общественных традициях, верности ценностям и духовным идеалам, гармонизируя межэтнические отношения [5, с.95-96].

Совокупность факторов, связанных с тревогой и чувством незащищенности, диктует нам современное понимание таких понятий как кризисные ситуации, отсутствие жизненных ориентиров, состояние фрустрации.

Отличительной особенностью появившихся в современном мире кризисных ситуаций является их «модерность», т.е. их неразрывная связь с инновационными технологиями, развитием науки и техники, а так же обнаружением новых пределов человеческих возможностей. В свою очередь, меняются сложившиеся паттерны поведения людей в определенных ситуациях, структура восприятия окружающих, появляются новые психические нарушения, среди которых могут быть страхи, зависимости и депрессии. Такие нарушения уже становятся своеобразными «маркерами» современного человека, и в зависимости от индивидуальных особенностей и личностных установок складываются определенные пути их преодоления.

Чаще всего, сущностной причиной кризисных периодов в самом общем виде является актуальное противоречие между достигнутым уровнем развития, подготовившим изменение потребности человека, и отсутствием внешних возможностей для удовлетворения этих потребностей [7, С.42]. Именно невозможность преодоления противоречия, становится фактором выбора индивидом определенной стратегии поведения, которая должна послужить путем к преодолению трудностей и стабилизации эмоционального фона.

В науке выделяется два типа кризисных ситуаций, основной для выделения которых является возможность возвращения к уровню жизни, до момента эмоционального потрясения:

1. Ситуация, когда происходит серьезное потрясение, но при котором сохраняется шанс возвращения к прежнему уровню жизни.
2. Ситуация, при которой происходит сам кризис, то есть событие, меняющее жизненные замыслы и заставляющее человека пересмотреть свои

взгляды на сформировавшиеся установки, а так же найти новые ориентиры деятельности.

Не зависимо от степени тяжести кризисной ситуации от человека требуется различного рода внутреннее переосмысление и работа над собой, целью личности в данном случае становится осознание и принятие новых реалий, с которыми необходимо взаимодействовать. Использование приемов рефлексии и обдумывания пережитых событий, позволяет заново переосмыслить произошедшие события, сделать определенные Заключение. , относительно ранее принятых решений. Использование личностью перспективной рефлексии, то есть размышлениями о деятельности, которая только предстоит, прогнозировании вероятных исходов, способствует стабилизации эмоционального фона и консолидации уже имеющихся знаний.

Основным методом, которым руководствуется индивид, для преодоления кризиса является изменение установки на отношение к новому, к его позитивному принятию.

Особое место в системе сохранения и укрепления здоровья играет личностно-мотивационные установки самого человека и способов владения технологиями по самоконтролю своего самочувствия [6, С.125]. То есть определенный сценарий поведения уже запрограммирован в сознании личности – то, как мы реагируем на ситуацию, является проекций сложившегося у нас на протяжении жизни опыта и умения его применять.

Однако не каждый человек способен самостоятельно и вовремя сориентироваться в кризисной ситуации. В таком случае, одной из универсальных методик преодоления возникшего кризиса становится совместная деятельность. Активация процессов мышления возможно при помощи совместной мыслительной деятельности при взаимодействии людей друг с другом, где партнеры при помощи вербальных и невербальных оценок обмениваются смыслами и ценностями, содержанием своего внутреннего мира

[1, с.134]. Посредством обмена знаниями, опытом, переживаниями происходит феномен социального обмена эмоциями, при которых участвующие в обмене личности, как бы заново их переживают, но уже не в одиночку. Исследования, проводимые в области социального взаимодействия, подтверждают, что порядка 88-96% респондентов, переживших чрезвычайные происшествия, хотят делиться своими эмоциональными переживаниями после того, как событие произошло.

Современный мир, через альтернативные взгляды на окружающую действительность, влияние на сложившиеся в обществе нормы, меняет представления о нормах морали, ценностях и исторически сложившихся представлениях. Информатизация общества, происходящая в настоящий момент, наибольшее влияние оказывает на людей старшего возраста. Повестка дня, для людей этого возраста меняется крайне быстро, тем самым создавая внутренний конфликт. Противоречия между либеральными и традиционными ценностями не могут ужиться в индивидуальном сознании, возникает внутриличностный конфликт, результатом которого являются фрустрации, девиации, депрессии, возникновение ненависти к мигрантам в виде ксенофобии и другие негативные общественные явления [3, С.52].

Спецификой взаимодействия с людьми, оказавшихся в кризисных ситуациях, является принятие внутреннего мира индивида, отказ от навязывания определенных взглядов, желание стабилизировать эмоциональный фон и выстроить модель общения, основанную на эмпатии.

В ситуациях, когда перед специалистом стоит задача оптимизации кризисных ситуаций рабочего коллектива, или людей, чья деятельность носит совместный характер, особое внимание уделяется межличностному взаимодействию. Происходит оценка социально-психологического климата коллектива, изучаются профессиональные особенности деятельности, выявляется общий уровень отношения к риску, пережитым эмоциям и

чувствам. Анализ ранее произошедших обстоятельств, учет специфики возрастной группы, характеристика каждого, отдельно взятого сотрудника и разбор кризисной ситуации в совокупности с обстоятельствами индивидуальности и общности – выступает основным принципом преодоления и усваивания оптимальной стратегии преодоления кризиса.

Эти аргументы, требуют развития в подходах к процессу управления в возможных экстремальных ситуациях и, как показывает практика, это возможно только с использованием современных цифровых технологий, потенциала искусственного интеллекта, что в полной степени реализуется на базе ситуационного управления с использованием ситуационных центров [2, С.246]. Использование инновационного оборудования для изучения и моделирования кризисных ситуаций, уже сегодня, помогает их превентивно локализовать. С развитием симуляторов ориентированных на совокупность факторов, вызывающих кризисные ситуации в рабочем процессе, упростится задача подготовки специалистов, призванных оказывать содействие пострадавшим. Психодиагностически важным является не столько констатация кризисных ситуаций, сколько обнаружение признаков возможных психопатологических последствий, распознавание признаков развития состояния по пути травматизации [8, С.611].

Изучение личностных особенностей, как пострадавших, так и оказывающих помощь специалистам, позволяет консолидировать силы, минимизировать ущерб от неправильно принятых решений, а так же превентивно предотвращать их в дальнейшем.

Заключение. Идеальная модель воздействия на поведение будущих специалистов в рискованных (экстремальных) ситуациях должна учитывать индивидуальные особенности человека, его потребность и желание измениться [4, С.118]. Однако стоит учитывать не только индивидуальные особенности личности, а также особенности восприятия действительности индивидами с

различными типами темперамента, ведь в зависимости от признаков возбуждения-торможения, личностные реакции могут значительно отличаться. Каждый из факторов воздействия на субъект, оставляет свой характерный отпечаток на психике: одним факторам уделяется больше внимания, а на другие факторы внимания недостаточно. Субъективный взгляд на природу вещей, является основой для построения грамотной профессиональной работы со специалистом, а также для анализа сложившейся ситуации в целом.

Рациональность мышления, взвешенность принятых решений и прогнозирование личностных реакций – всё это формирует целый спектр вопросов, которые предстоит пережить и осознать личности, попавшей в кризисную ситуацию. Так же следует отметить что люди, которые переживали кризисные ситуации ранее, не должны выпадать из внимания исследователей. Подверженные впечатлительности, тревогам, переживаниям люди, часто начинают испытывать чувство вины и ответственности за случившееся, тем самым повышая шанс развития нежелательных психических последствий не только у себя, но и у человека, на которого обращено их внимание.

Литература/ References:

1. Белоусова, А. К. Личностные оценки как проявление смысловых установок в процессах мышления о другом человеке // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2010. № 11. С. 129-136.

2. Грищенко, Л. Л. К вопросу ситуационного управления в кризисных ситуациях // Право и государство: теория и практика. 2021. № 9(201). С. 245-247.

3. Зарипов, А. Я. Либеральные ценности и традиционные установки общества в процессе личностной идентификации// Современное общество: вопросы теории, методологии, методы социальных исследований. 2014. Т. 1. С. 50-55.

4. Коновалова, А. А. Модели формирования личностных установок безопасного поведения // Актуальные проблемы современной науки, техники и образования. 2011. Т. 1, № 69. С. 115-118.
5. Лукина, Л. В. Личностно-ментальные установки в контексте исторических перемен // Гуманитарные науки в XXI веке: научный Интернет-журнал. 2016. № 7. С. 88-96.
6. Магомедова А.М. Роль личностно-мотивационных установок на здоровый образ жизни в формировании здоровья // Курортная медицина. 2020. № 4. С. 124-134.
7. Политова С.П. Кризисная ситуация как источник развития личности // Учен. зап. Казан. ун-та. Сер. Гуманит. науки. 2008. №3. С. 41-45.
8. Хрусталева Н. С. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы; агрессия и экстремизм // учебник. Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та, 2016. 717 с.

COVID-19: ДЕЛИРИЙ, ПРОБЛЕМЫ С ПАМЯТЬЮ

Селедцов А.М., Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово.*

Аннотация. В работе предпринята попытка рассмотреть базовые проблемы пациентов с психическими расстройствами во время пандемии. Дан обзор научных публикаций, клинических наблюдений, содержащий данные о патогенезе, особенностях неврологических проявлений и психических расстройств в условиях COVID-19. Особое внимание уделено ведению психически больных с коронавирусным тяжелым острым респираторным синдромом и особенностям проведения психофармакологической терапии.

Ключевые слова: COVID-19, делирий, психологический дистресс, инфекционный психоз.

COVID-19 PATIENTS: DELIRIUM, MEMORY PROBLEMS

Seledtsov A.M., Akimenko G.V., Kirina Y.Y.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The paper attempts to consider the basic problems of patients with mental disorders during a pandemic. A review of scientific publications, clinical observations is given, containing data on the pathogenesis, features of neurological manifestations and mental disorders in the context of COVID-19. Particular attention is paid to the management of mental patients with coronavirus severe acute respiratory syndrome and the features of psychopharmacological therapy.

Keywords: COVID-19, delirium, psychological distress, infectious psychosis.

Объявленная в мире пандемия COVID-19, ухудшение эпидемической обстановки в России, введение режима самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство как за судьбы людей, страдающих психическими заболеваниями, так и за граждан более 180 стран мира, переживающих массовое распространение коронавируса.

Карантин – это вынужденная мера, которая значительно ухудшила качество жизни и оказала негативное воздействие на психику людей. В условиях пандемии возросла не только угроза для физического здоровья, но и для психического благополучия населения стран с высоким уровнем распространения вирусной инфекции.

Пандемия COVID-19 представляет собой тройную глобальную проблему общественного психического здоровья: предотвратить связанный с этим рост психических расстройств и снижение психического благополучия среди населения защитить людей с психическими расстройствами от COVID-19 и связанных с ними последствий, учитывая их повышенную уязвимость. обеспечить соответствующие государственные мероприятия в области психического здоровья для медицинских работников и лиц, осуществляющих уход.

Исследования, затрагивающие вопросы психического здоровья в условиях пандемии коронавирусной инфекции 2019-2020 гг., пока остаются единичным явлением среди публикаций в специализированных медицинских журналах. Китайские ученые первыми провели масштабное исследование, посвященное психологическому дистрессу, связанному начавшейся в стране в 2019 г. пандемией. Основой для исследования стал опросник для самостоятельного заполнения. Сбор данных начался 31 января 2020 г. сразу после того, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признала вспышку нового коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

А в апрельском номере журнала «Ланцет. Психиатрия» (Lancet Psychiatry) опубликованы результаты изысканий ученых Лондонского Королевского колледжа о влиянии COVID-19 на психическое здоровье нации. Статья позволяет составить общее представление о спектре проблем в данной области. Британские ученые, установили, что у каждого четвертого пациента отделения интенсивной терапии был зафиксирован делирий (психическое расстройство, характеризующееся помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления и эмоций) [6]. Это состояние опасно тем, что может увеличить риск смерти, самоубийства или продлить время пребывания в больнице, отсрочивая возвращение к нормальной жизни.

В настоящее время (по состоянию на 1.12.2022 г.) данные исследования являются первыми в своем роде и позволяют получить представление о психиатрических последствиях масштабного распространения новых коронавирусных инфекций. Как утверждают М. Крокетт, А. Каппес, К. Риверс, Е. Мартин, К. Уотсон, Т. Инглсби и др., авторы публикаций в Европе, Америке, Китае, люди, заболевшие COVID-19, могут испытывать психиатрические проблемы как во время госпитализации в ковид-центры, так и после выздоровления. Данные Заключение. были сделаны с опорой на анализ результатов обследования пациентов переболевших коронавирусами за последние два десятилетия: SARS (тяжелый острый респираторный синдром) в 2002-2004 годах, MERS-CoV (ближневосточный респираторный синдром) в 2012 году, а также COVID-19.

Так, английские учёные проанализировали 72 работы, содержащих данные 3559 человек, госпитализированных с одним из трех заболеваний [5]. Период наблюдения за психическим состоянием обследуемых менялся от 60 дней до 12 лет. Уже опубликованные научные работы охватили почти весь возрастной диапазон испытуемых: от 12 до 78 лет [7]. Наблюдения проводились в Великобритании, Гонконге, Канаде, Китае, США, Франции, Японии и др. Анализ не охватывал респондентов с лёгкими и бессимптомными случаями заболевания коронавирусом.

В рамках проведенных исследований зафиксировано, что иногда при тяжелых и затяжных инфекциях могут наблюдаться острые и преходящие в психопатологические расстройства: варианты галлюцинаций, иллюзий, бреда, другие нарушения восприятия, психологический дистресс. В период пандемии резко увеличилась доля участников события, испытывающих легкий и умеренный стресс (рис.1.).

Как правило, такие сбои в работе психики быстро проходят и после выздоровления больных бесследно исчезают, однако, в некоторых случаях

инфекция может нанести органический вред центральной нервной системе (ЦНС), из-за чего психические и невралгические нарушения могут стать хроническими.

Расстройства восприятия при COVID-19 могут происходить потому, что коронавирус взаимодействует с рецепторами АПФ-2 (белок, присутствующий во многих тканях организма), которые есть не только в легких, но и в ЦНС.

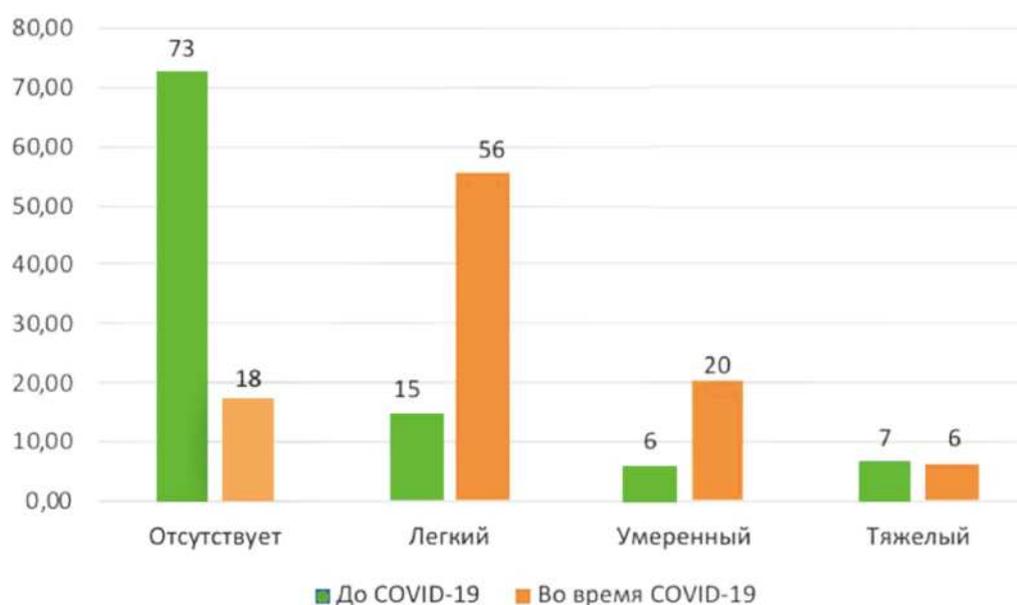


Рис. 1. Психологический дистресс до и во время COVID-19, %.

Одной из основных причин психических нарушений при коронавирусе является интоксикация. Так бывает не только при пандемии, но и при любом другом тяжелом инфекционном заболевании. Неслучайно, например, говорят, что «он ходит, как чумной». Сильная интоксикация часто сопровождается инфекционным психозом - угнетением сознания, бредовыми переживаниями и галлюцинациями. В данном случае, на наш взгляд, действует тот же механизм, что и во время алкогольного отравления, когда у человека развивается «белая горячка». Воспалительные процессы, геморрагические очаги и их последствия

нарушают деятельность корковых отделов и/или подкорковых структур. В зависимости от интенсивности поражения, степени изменения корково-подкорковых взаимодействий инфекционный психоз проявляется острым психомоторным возбуждением или заторможенностью, дезориентацией, помрачением сознания, продуктивной психопатологией (галлюцинациями, бредом и др.).

Кроме того, у пациентов с коронавирусом не редко фиксировалась легочная недостаточность, которая в свою очередь приводила к развитию кислородного голодания. На этом фоне так же могут возникать различные психические расстройства. На наш взгляд, в настоящее время этот феномен изучен недостаточно.

Известен и тот факт, что на фоне утраты социальных и культурных ориентиров люди, для которых свойственны высокая ответственность, перфекционизм, могут достигнуть порога т.н. «перегрева системы». Установлено, если современного человека, спешащего, компульсивного, занятого идеями успеха и гиперпотребления, поставить в обстоятельства, например, вынужденного карантина и самоизоляции от общества, в условиях которых он не сможет сбрасывать энергию, то возникает опасность включения организмом «экстренного торможения». Такое состояние характеризуется максимальной степенью проявления тревоги - генерализованным тревожным расстройством, которое проявляется в потере способности здраво мыслить, непродуктивном истощении и неконтролируемых компульсивных действиях.

Эксперты отмечают, что больше всех от «коронавирусного кризиса» пострадают те, кто потерял близких людей, еще ранее имел проблемы с психическим здоровьем или был склонен к зависимостям: алкогольной, наркотической и др. Помимо стрессовых реакций и расстройств адаптации могут появляться симптомы и более тяжелых психических нарушений, включая депрессию, тревожные расстройства, декомпенсации характерологических

особенностей личности, появление сверхценных и индуцированных бредовых идей и даже острой психотической симптоматики и суицидов. Так как коронавирус действует на психику опосредованно, то в первую очередь страдают и люди с тревожно-мнительными расстройствами, так как их психика лабильна, и, как следствие, им тяжело адаптироваться к новым обстоятельствам болезни. Из-за психосоматики у таких людей может повышаться артериальное давление, а также появляться и усугубляться расстройство психики. Отечественные исследователи неоднократно указывали на высокую вероятность возникновения подобной симптоматики при социальном стрессе и в чрезвычайных ситуациях [1].

В рамках проведенных исследований экспертами установлено, что коронавирус способен напрямую атаковать нервные клетки. Негативное воздействие на ЦНС может оказать и вызванный инфекцией «иммунный шторм» (провокация реакций иммунной гиперчувствительности организма). Иными словами, главную опасность для таких пациентов представляет не вирус, а чрезмерная реакция их организма, и закончиться все это может смертью. «Цитокиновый шторм» настигает людей любого возраста, однако некоторые ученые считают, что именно этот феномен может объяснить, почему среди жертв эпидемий «испанки», атипичной пневмонии и COVID-19 так много молодых и здоровых людей. А поражение лёгких может привести к нехватке кислорода в крови, что, в свою очередь, так же имеет пагубные последствия для психики человека. В условиях эпидемии, люди с психическими расстройствами, как правило, более подвержены инфекциям, так как их болезнь может повышать риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [4]. Образуется «замкнутый круг». Зафиксировано, что люди с психическими отклонениями чаще проявляли эмоциональные отклики на эпидемию COVID-19, проявляющиеся в рецидивах уже имеющихся

психических расстройств или в ухудшении соматического состояния, в силу более высокой в сравнении с другими людьми чувствительности к стрессу.

В числе наиболее частых поражений ЦНС вирусами, которые описаны в работах китайских и британских учёных, - менингит, энцефалит, острое нарушение мозгового кровообращения. Если говорить о симптомах то, это нарушение сознания, эпилептические припадки, головная боль, головокружение и другие выраженные нарушения сознания. В этом направлении срабатывают и чисто психологические эффекты. Например, известно, что любое заболевание с потенциально смертельным недугом нередко провоцирует панические атаки.

Что касается долгосрочных эффектов COVID-19, то они по понятным причинам еще не известны. Однако ущерб для психического здоровья на фоне пандемии COVID-19 может стать серьезнее, чем последствия самой болезни. Такое предположение высказали исследователи из Пекинского университета [7].

В рамках исследований, проведенных в XXI в., медиков интересовали психические симптомы, как во время заболевания, так и после него. Средний период наблюдения составлял почти три года. Установлено, что почти у каждого третьего человека, госпитализированного с SARS-Cov или MERS-CoV, развился посттравматический синдром, Показатели депрессии и тревоги также были высокими: примерно 17% человек страдали от депрессии через год после выписки или дольше, еще более 15% испытывали некоторые симптомы депрессии и тревоги без клинического диагноза. Около 25% также испытывали хроническую усталость, перепады настроения, нарушения сна, концентрации и памяти [3].

Больше всего кризис, вызванный коронавирусом, ударил по здоровью «миллениалов». Согласно данным американской компании NRC Health, аккумулирующей статистику в сфере здравоохранения, от депрессии и

тревожности во времена пандемии больше всего страдают «миллениалы» (люди, родившиеся между 1981 и 1996 годами) и «поколение Z» (представители которого родились в 1997 году или позже). И те, и другие чаще утверждают, что их психическое здоровье «значительно ухудшилось». Драматизм ситуации заключается в том, что у «миллениалов» с душевным здоровьем и так существуют проблемы: с 2013 года именно им все чаще ставят диагноз большого депрессивного расстройства. За последние шесть лет рост на 47 процентов [4]. «Миллениалы» считаются и самым одиноким поколением. Поэтому на этом фоне вынужденное социальное дистанцирование для них оказалось особенно тяжелым.

В двенадцати исследованиях, посвящённых COVID-19, сообщается о психических нарушениях в острой фазе течения болезни. У 65% пациентов отделения интенсивной терапии возникала спутанность сознания, у 69% - лихорадочное возбуждение и у 21% - изменённые состояния сознания. Но эти симптомы отступали, как только больным становилось лучше [4]. Вместе с тем, в период от шести до 39 месяцев после выписки из больницы 11% обследованных жаловались на подавленность, 12% - на тревожность, 13% - на раздражительность, 19% - на ухудшение памяти, 30% - на навязчивые травмирующие воспоминания и 12% - на бессонницу. В целом, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было зафиксировано у 33% пациентов, а депрессия и тревожные расстройства - у 15%. [1]. Однако, британские учёные предупреждают, что эти пугающие цифры могут быть завышены так как не все проанализированные ими исследования были выполнены достаточно тщательно. Вероятно, люди, страдающие от мучительных симптомов, имели больше шансов попасть в поле зрения учёных, чем сохранившие душевную гармонию. И, если заражение SARS-CoV-2 происходит аналогично SARS-CoV или MERS-CoV, то большинство

пациентов должны выздоравливать без серьезных психических расстройств, требующих госпитализации.

Однако, если коронавирус является чем-то вроде атипичной пневмонии, этот процент может быть значительно выше среди инфицированных вирусом. У ряда людей, которые были госпитализированы с ОРВИ в 2003 году, позже развился ПТСР. Четырехлетнее последующее исследование 70 выживших после ОРВИ показало, что у 44% людей развилось расстройство психики. Даже после выздоровления от атипичной пневмонии 82% этих людей спустя годы перенесли ПТСР. Симптомы ПТСР, как правило, были более тяжелыми у людей с высоким риском смертности, низкой социальной поддержкой и близкими родственниками, страдавшими или умершими от ОРВИ [8].

Вместе с тем, SARS-CoV-2 могут вызвать бред у значительной части больных в острой стадии. Кроме того, клиницисты должны знать о риске депрессии, беспокойства, усталости, посттравматического стрессового расстройства и более редких нервно-психических синдромов в долгосрочной перспективе. Думается, что психическое состояние выздоровевших от COVID-19 пациентов необходимо отслеживать, чтобы при необходимости оказать им помощь.

В ходе исследования был также определен ряд факторов риска развития ПТСР, вероятность которого зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом она переживается. Если говорить о медицинских работниках, то результаты недавнего исследования китайских психиатров говорят том, что в конце января – начале февраля 2020 года врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19, сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%) [2]. Большая интенсивность симптоматики была обнаружена: у женщин по сравнению с мужчинами. у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников. у лиц, находящихся в

непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими медицинскими работниками. у лиц, работающих в Ухани, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в других районах.

Исследования других эпидемий в Китае свидетельствуют о том, что основными переживаниями при дистрессе были: чувство уязвимости, утраты контроля, беспокойство о собственном здоровье, страх заразить других, беспокойство о здоровье близких, изменения привычного рабочего уклада и изоляция. Таким образом, в условиях пандемии люди, как и в случае физической угрозы, в первую очередь, переживают тревогу, страх, ужас, панику т.е. разные варианты эмоции «страха».

Опыт разных стран показывает, что в ситуации с COVID-19 имеет место и моральная травматизация медицинских работников, которая главным образом связана с неспособностью оказать помощь пациентам в условиях ограниченных ресурсов и беспомощностью от попыток лечить болезнь, про которую почти ничего не известно. С другой стороны, сами медицинские работники во многих странах ощущают себя преданными системой здравоохранения и государством из-за недостатка заботы об их безопасности.

Заключение. Современная ситуация пандемии имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. В условиях COVID-19 можно выделить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресс. Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще как минимум годы и, вероятно, десятилетия.

Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей во время эпидемии, могут быть психологическое самообразование или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи.

Люди, перенесшие COVID-19, имеют повышенный риск стать пациентами психиатра. Психиатрическая отрасль должна подготовиться к наплыву лиц, жалующихся на депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство и другие нарушения. Между тем период наблюдения за больными COVID-19 пока что еще слишком мал, чтобы делать окончательные заключения о влиянии вируса на ЦНС.

Литература/ References:

1. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
2. Падун, М.А. COVID-19: риски психической травматизации среди медицинских работников [Электронный ресурс]. – URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/m-a-padun-covid-19-riski-psiich.html (дата обращения: 1.03.2023).
3. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки. 2020. № 11 (47). С. 13.
4. COVID-19 – международный дайджест. [Электронный ресурс]. – URL: <https://medvestnik.ru/content/medarticles/COVID-19-mejdunarodnyi-daidjest.html>. (дата обращения: 1.08.2022).
5. Акименко, Г.В., Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. Дневник науки. 2020. № 7 (43). С. 16.
6. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Пандемия и психология неопределенности // Дневник науки. 2020. № 9 (45). С. 3.
7. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. Thorax. 2013. 68: 171–176.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Селедцов А.М.², Лыхина Н.И.¹, Маньянова И.В.¹, Кирина Ю.Ю.^{2,3}

^{1,3}*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

²*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В данной статье обсуждаются основные аспекты дифференциальной диагностики алкогольных психозов на основе современных литературных данных.

Ключевые слова: алкогольный психоз, алкогольный абстинентный синдром, алкогольный делирий, дифференциальная диагностика.

ISSUES OF PSYCHOTIC STATES DIAGNOSIS

Seledtsov A.M.², Lykhina N.I.³, Manyanova I.V.³, Kirina Y.Y.³

^{1,3}*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
Russia, Kemerovo*

²*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. This article discusses the main aspects of the differential diagnosis of alcoholic psychoses based on modern literature data.

Keywords: alcoholic psychosis, alcohol withdrawal syndrome, alcoholic delirium, differential diagnosis.

Распространенность алкогольной зависимости и алкогольных психозов в Российской Федерации, несмотря на тенденцию к снижению, остается высокой [5]. Среди алкогольных психозов наиболее часто встречается алкогольный делирий («белая горячка»), который является наиболее тяжелой формой алкогольной абстиненции и при несвоевременном или неадекватном лечении

может привести к смерти пациента, особенно при сочетании с сопутствующей патологией [8].

Алкогольный делирий развивается последовательно [11]. Наиболее часто первым симптомом алкогольной абстиненции является тремор языка, век или вытянутых рук, который можно заметить в течение первых 6-12 часов после прекращения приема алкоголя. Для этой стадии характерны потоотделение, тошнота, рвота, артериальная гипертензия, тахикардия, гипертермия, тахипноэ. Затем следует стадия галлюцинаций (12-24 часов) – это могут быть яркие преходящие зрительные (зоопсия), слуховые (голоса), тактильные галлюцинации (парестезии) или иллюзии. Спустя 24-48 часов после отмены алкоголя при тяжелой алкогольной абстиненции развиваются абстинентные припадки, которые обычно имеют статус «grand mal» (развернутые судорожные припадки, генерализованные, тонико-клонические судороги). По мнению S. Jesse et al. (2017), неспровоцированные судороги, возникающие позже, чем через 48 часов после употребления последней порции алкоголя, предполагают поиск других причин, например, черепно-мозговой травмы [10]. Далее развивается собственно алкогольный делирий (через 48-72 часов после отмены алкоголя), который характеризуется быстрым началом и флюктуирующим течением с нарушением сознания, причем его продолжительность может достигать двух недель (поздняя абстиненция). S. Grover et al. (2013) среди многообразия клинических проявлений алкогольного делирия выявили наиболее частые: нарушение внимания (100%), расстройство цикла бодрствования и сна (100%), дезориентация (99,1%), флуктуация симптомов (97,3%), двигательное возбуждение (94,6%), нарушение кратковременной памяти (92,9%) [9].

Данные анамнеза играют принципиальную роль в установлении этиологии психозов. Важно собрать детальный анамнез относительно количества, характера и продолжительности приема алкоголя, а также времени

приема порции. Наиболее часто первый эпизод делирия развивается при длительности развернутой стадии зависимости от алкоголя от 7 до 10 лет [8]. Анамнестические указания на предшествующие эпизоды алкогольного делирия или другого алкогольного психоза с большой вероятностью позволяют предположить наличие алкогольного делирия в текущем эпизоде [13]. Следует обратить внимание на указания о лечении пациента бензодиазепинами, поскольку при их отмене клиническая картина схожа с отменой алкоголя: у больных могут быть тремор, возбуждение, нарушения восприятия, судороги и даже бред [14].

Кроме того, сбор анамнеза должен быть направлен на получение информации о травмах головы (недавних или прошлых), исходных когнитивных функциях и сопутствующих психических расстройствах. Улучшить идентификацию заболевания позволяют различные скрининговые опросники и количественные шкалы оценки алкогольной интоксикации [11]. Для выявления начальной стадии алкогольного делирия в клинической практике применяется симптом Липмана – при надавливании пальцами на глазные яблоки больного и внушение какого-либо образа (например, животного) происходит восприятие пациентом внушенного образа, что проявляется аффектом страха. В случае, когда алкогольный анамнез остается неясным, необходимо проводить дифференциальный диагноз алкогольного делирия, особенно первого его эпизода, с широким спектром патологии [8,15].

Основным критерием отличия алкогольного делирия от алкогольного галлюциноза является наличие при делирии дезориентации (ложной ориентировке в месте и времени с наплывом красочных зрительных галлюцинаций), в то время как при галлюцинозе сознание ясное, характерны массивные вербальные галлюцинации, причем больной распознает их как нереальные, как нарушенную перцепцию на фоне сохранного сенсориума [3]. Часто при алкогольном галлюцинозе отсутствуют характерные для делирия

соматоневрологические и вегетативные проявления. Кроме того, алкогольный галлюциноз может проявиться на фоне продолжающегося потребления алкоголя, а не после его отмены [10].

Среди причин инфекционных психозов следует отметить тяжелые формы пневмонии, менингита и энцефалита, сепсис. Дифференциальный диагноз между алкогольным делирием и психозами при инфекциях и неалкогольных интоксикациях проводится на основании отсутствия/наличия клинической картины, лабораторных и инструментальных данных, свидетельствующих об инфекционном заболевании или интоксикации [4]. Как правило, психотические расстройства при инфекциях развиваются до прекращения употребления алкоголя пациентом, а в случаях менингита или энцефалита имеются также очаговые неврологические симптомы.

Острые травматические психозы могут проявляться помрачением сознания по делириозному типу, при этом дифференциальная диагностика может быть сложна ввиду имевшей место алкоголизации пациента, во время которой произошла травма головы [2,10]. Для травматического делирия характерно наличие вегетативных и вестибулярных расстройств, возможно затяжное течение, сознание больного может быть нарушено до оглушенности или комы, может быть эпизод потери сознания. Галлюцинаторные расстройства, как правило, неяркие. В некоторых случаях первостепенное диагностическое значение приобретают косвенные признаки черепно-мозговой травмы – ушное или носовое кровотечение, суженные зрачки, очаговый неврологический дефицит, нехарактерный для алкогольного психоза.

Из соматических заболеваний, имеющих риск развития психоза, стоит отметить гиперфункцию щитовидной железы. Провести дифференциальный диагноз с алкогольным психозом позволяют заболевания щитовидной железы в анамнезе: тиреомегалия, характерные клинические симптомы заболевания

(экзофтальм, лагофтальм и др.) в совокупности с тиреоидным гормональным профилем.

Хронической алкогольной интоксикации и алкогольной зависимости часто сопутствует патология печени. Однако, при печеночной энцефалопатии, помимо хлопающего тремора, инверсии сна и бодрствования, когнитивных расстройств, снижения внимания и дезориентации отмечаются желтуха, рвота с примесью крови, мелена, асцит. Нарушение функции и структуры печени подтверждается при соответствующем лабораторно-инструментальном обследовании.

Среди электролитных нарушений необходимо упомянуть гипонатриемию, клиническая картина которой часто напоминает гипоактивную форму алкогольного делирия, когда у больных отмечается пониженная психомоторная активность [13]. Дифференциально-диагностическим признаком служит лабораторное исследование уровня натрия в сыворотке крови, что особенно важно для пациентов с отсутствием в анамнезе алкогольного делирия.

У пациентов пожилого и старческого возраста проявления так называемого «гериатрического» делирия часто расцениваются как алкогольный абстинентный синдром. Гериатрический делирий в настоящее время рассматривается как полиэтиологический патологический процесс, в основе которого лежат инволютивные процессы в головном мозге, а фоном служат разнообразные соматические расстройства [1]. По данным С. Muzzana et al. (2022), у пациентов пожилого возраста в 7,5% случаев развивается послеоперационный делирий, при этом у 73,3% – в течение первых 48 часов после операции [12].

Психотические расстройства в гериатрической популяции могут быть также обусловлены деменцией, которая достаточно часто проявляется поведенческими нарушениями и нередко протекают по типу гиперактивной формы делирия. При деменции преобладают когнитивные нарушения, которые

развиваются медленно (в течение многих месяцев или лет) с тенденцией к нарастанию; в первую очередь страдает память (при алкогольном делирии – внимание); сознание, как правило, сохранено. При установлении диагноза деменции могут быть использованы опросники, позволяющие оценить наличие у больного гериатрических синдромов. В то же время, алкоголизм в той или иной мере приводит к когнитивному дефициту. Существует мнение, что при невозможности точной дифференциации деменции и делирия у пациентов старшей возрастной группы, лечебная тактика должна быть как при делирии, который является острым, потенциально жизнеугрожающим состоянием [1].

При дифференциальной диагностике алкогольных психозов и шизофрении обязательно необходимо учитывать особенности личности пациента, ее динамику и трансформацию. Общими признаками эндогенных психозов является наличие галлюцинаций или бреда в течение длительного времени, часто без связи с приемом/отменой алкоголя, а также отсутствие нарушения сознания. Однако не всегда удается своевременно отграничить шизофрению и алкогольный делирий. R. Thomasson et al. (2016) описали случай мужчины 34 лет с неясным алкогольным анамнезом, высказывающем параноидальные убеждения [15]. Классические проявления алкогольного делирия не были четко выражены, клиническая картина была расценена как шизофрения.

Во время стационарного лечения в результате «командных» галлюцинаций пациент нанес себе серьезные колото-резаные ранения живота с извлечением тонкой кишки. В связи с невозможностью исключить «белую горячку», пациенту были назначены бензодиазепины, которые оказали выраженный положительный эффект, успешно выполнен экстренный реанастомоз кишки. Данный случай свидетельствует, что алкогольный психоз может проявляться нетипично, а связанные с ним командные галлюцинации представляют серьезный риск для здоровья пациента.

Гипоактивная форма алкогольного психоза по клинической картине схожа с депрессией. В то же время, при депрессии нередко преобладают аффективные нарушения, заболевание имеет медленное развитие, не выявляется четкая связь с количеством и продолжительностью употребления спиртных напитков. Для дифференциальной диагностики депрессии и алкогольного психоза могут применяться специфические опросники (шкалы) оценки депрессии. Психотические расстройства может вызвать интоксикация антидепрессантами. В этом случае диагностическое значение имеет указание на лечение антидепрессантами, наличие диареи, миоклонуса, нервозности, судорог, изменения чувствительности.

Одним из наиболее распространенных, но трудно диагностируемых заболеваний головного мозга у больных хроническим алкоголизмом, связанных с дефицитом тиамина, является энцефалопатия Вернике, которая может иметь и неалкогольный генез [6]. Для выявления энцефалопатии Вернике должно присутствовать как минимум два признака (критерии Caine): диетический дефицит, глазные симптомы, мозжечковая дисфункция (атаксия), психические расстройства либо легкое нарушение памяти [7]. При отсутствии адекватного лечения примерно у 60% пациентов с энцефалопатией Вернике развивается необратимый глобальный амнестический синдром (преимущественно с эпизодической и антероградной амнезией), известный как синдром Корсакова. Отличительным признаком синдрома Корсакова является наличие конфабуляций («ложных воспоминаний»), дополнительные диагностические признаки включают апатию, депрессивные симптомы и реже – ажитацию.

Заключение. Алкогольные психозы, в частности, алкогольный делирий, представляют собой потенциально опасное для жизни заболевание. Следует учитывать возможность алкогольного делирия при дифференциальной диагностике любого психотического эпизода. Критерии диагноза включают данные алкогольного анамнеза, физикальные признаки вегетативной

гиперреактивности (тахикардия, тахипноэ, артериальная гипертензия, потливость, тремор, гиперрефлексия), наличие галлюцинаций и судорог, флуктуирующие нарушения внимания, познания и двигательного поведения. Своевременная диагностика алкогольных психозов имеет решающее значение, поскольку разработаны хорошо зарекомендовавшие себя схемы лечения, которые обеспечивают облегчение симптомов в течение нескольких часов или дней. Однако во многом диагностика алкогольных психозов остается синдромальной и основывается на клинических субъективных критериях.

Литература/ References:

1. Исаев, Р.И. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол / Р.И. Исаев, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2022. – №1(9). – С.17-23. doi: 10.37586/2686-8636-1-2022-17-23.
2. Мурунов, А.Е. Алкогольный делирий: ранняя диагностика и принципы интенсивной терапии. Обзор литературы / А.Е. Муранов // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. – 2020. – №1. – С.53-65.
3. Немкова, Т.И. Изменение клинической картины острого алкогольного галлюциноза за последние 50 лет / Т.И. Немкова, А.Г. Гофман // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – №2. – С. 25-29.
4. Островский, Д.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) / Д.И. Островский, Т.И. Иванова // Омский психиатрический журнал. – 2020. – №S2-1 (24). – С. 4-10.
5. Российский статистический ежегодник. 2021: Статистический сборник/Росстат. – М., 2021. – 692 с.

6. Сердюк, А.В. Случай энцефалопатии Вернике неалкогольного генеза / А.В. Сердюк, Е.А. Ковражкина, Н.Г. Абрамова // *Consilium Medicum*. – 2019. – №21 (9). – P. 44-47. doi: 10.26442/20751753.2019.9.190458
7. Chandrakumar, A. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis / A. Chandrakumar, A.Bhardwaj, G. W. 't Jong // *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* – 2018. – Vol.30. – №2. – P.153-162. doi: 10.1515/jbcpp-2018-0075.
8. Grover, S. Delirium Tremens: Assessment and Management/ S. Grover, A. Ghosh // *J Clin Exp Hepatol*. – 2018. – Vol.8. – №4. – P.460-470. doi: 10.1016/j.jceh.2018.04.012.
9. Grover, S. Symptom profile and outcome of delirium associated with alcohol withdrawal syndrome: a study from India / S. Grover, A. Sharma, N. Kate [et al.] // *Am J Addict*. – 2013. – Vol.22. – №5. – P.503-9. doi: 10.1111/j.15210391.2013.12063.x.
10. Jesse, S. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management / S. Jesse, G. Bråthen, M. Ferrara [et al.] // *Acta Neurol Scand*. – 2017. – №135(1). – P.4-16. doi: 10.1111/ane.12671
11. Mirijello A. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome / A. Mirijello, C. D'Angelo, A. Ferrulli [et al.] // *Drugs*. – 2015. – Vol.75. – №4. – P.353-65. doi: 10.1007/s40265-015-0358-1
12. Muzzana, C. Delirium in elderly postoperative patients: A prospective cohort study / C. Muzzana, F. Mantovan, M.K. Huber [et al.] // *Nurs Open*. – 2022. – №9(5). – P.2461-2472. doi: 10.1002/nop2.1263
13. Sarkar, S. Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: Clinical and neurobiological implications / S. Sarkar, S. Choudhury, G. Ezhumalai, J. Konthoujam // *Indian J Psychiatry*. – 2017. – Vol.59. – №3. – P.300-305. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_67_17.

14. Soyka, M. Treatment of benzodiazepine dependence / M. Soyka // N Engl J Med. – 2017. – Vol.376. – №12. – P.1147-1157. doi: 10.1056/NEJMra1611832.

15. Thomasson, R. Self-disembowelment during delirium tremens: why early diagnosis is vital / R. Thomasson, V. Craig, E. Guthrie // BMJ Case Rep. – 2016.– Vol.2016. – bcr2016217258. doi: 10.1136/bcr-2016-217258.

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С УЧАСТНИКАМИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Селиванова Л.В.

Отделение медицинской реабилитации

ГБУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье приводится пример работы и описано актуальное на сегодняшний день направление – работа с участниками СВО. Определяются психологические особенности данной категории лиц, основные проблемы и методы психологической помощи.

Ключевые слова: работа с участниками СВО (специальной военной операции), особенности работы с ветеранами боевых действий, ДНР (Донецкая народная республика), ЛНР (Луганская народная республика), основные направления и перспективы работы с ветеранами боевых действий. ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство. УБД – участник боевых действий.

EXPERIENCE OF WORK OF THE MEDICAL PSYCHOLOGIST WITH THE PARTICIPANTS OF THE ITS.

Selivanova L.V.

Department of Medical Rehabilitation

Kuzbass Clinical Hospital for War Veterans, Russia, Kemerovo.

Abstract. This article provides an example of work and describes the currently relevant direction - work with the participants of the SVO. The psychological characteristics of this category of persons, the main problems and methods of psychological assistance are determined.

Keywords: working with participants of the SVO (special military operation), features of working with combat veterans of the DPR (Donetsk People's Republic), LPR (Luhansk People's Republic), main directions and prospects for working with combat veterans. PTSD is post-traumatic stress disorder. UBD is a participant in hostilities.

Категории лиц, переживших стрессовые ситуации, испытывают особые чувства, эмоции, состояния, с которыми, порой, крайне тяжело справиться самостоятельно (1). В данной статье речь идет о людях, принимавших участие в специальной военной операции на территории ДНР, ЛНР и других территориях. В литературе неоднократно освящался данный вопрос, изучались особенности состояния, которые могут возникать у ветеранов боевых действий (Тарабрина Н.В., Соловьев И.В., Котенев И.О., Знаков В.В.). Возникающие изменения в состоянии здоровья могут привести к дезадаптации, к нарушению социального уклада и даже к глубинным изменениям личности [4]. Как показали опросы данной категории лиц, в первую очередь, они испытывают растерянность в сочетании с внутренним напряжением и сохраняющейся готовностью действовать, которую они привезли из «горячей точки». И задача специалиста, который работает с данной категорией лиц, объяснить, что они могут чувствовать, с какими симптомами ПТСР они могут встречаться даже по прошествии определенного времени. В нашей работе мы опираемся на исследования авторов и используем методики, которые призваны не только выявить особенности и возможные нарушения (эмоциональные, поведенческие, когнитивные) у ветеранов боевых действий, но и определить наиболее

эффективные методы коррекции выявленного состояния с учетом индивидуальных особенностей.

Так, при первичной беседе и диагностике используются следующие диагностические методы: «Краткая шкала тревоги, депрессии и посттравматического синдрома», «Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)», «Шкала для клинической диагностики ПТСР», «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», опросник депрессивности Бека и др. Объясняется, с какими проявлениями они могут встретиться даже спустя некоторое время: сверхбдительность, преувеличенное реагирования на внешние раздражители, притупленность эмоций, агрессивность, нарушение внимания и памяти, депрессия, высокий уровень тревожности, злоупотребление алкоголем и употребление наркотических веществ, непрошенные воспоминания, которые сопровождаются тревогой и страхом, проблемы со сном, чувство вины выжившего, суицидальные мысли.

При оценке психоэмоционального состояния следует обращать внимание не только на выявленные симптомы, что крайне важно, но и на то, каким образом выявленные особенности и, возможно, патологические состояния, влияют на общение с близкими, каким образом это влияет на адаптационные механизмы в целом, на способность принимать и критически относиться к тому, что произошло с человеком [4]. Важно опираться на ресурсные стороны, обучать простым, при этом эффективным методам управления своим состоянием, например, человек знает и признает наличие у себя агрессивных реакций в личностно значимых ситуациях, значит, необходимо найти наиболее оптимальные способы для нормализации своего состояния в субъективно напряженных ситуациях (например, дыхательные упражнения, методы самовнушения, техники визуализации).

Процесс адаптации во многом зависит от нескольких факторов: характер и выраженность психотравмирующих событий: здесь имеется в виду

внезапность произошедшего, наличие защиты и вероятность повторного события в ближайшее время; обращаем внимание на индивидуальные особенности пациента (имеющиеся механизмы совладающего поведения, эффективность психологических защит, которые использует пациент) и очень важный момент: ситуация, в которую возвращается ветеран боевых действий - именно в этих условиях и срабатывают те способы адаптации, которые наиболее развиты, привычны для человека, вернувшегося из напряженной ситуации. При низком уровне стрессоустойчивости и несформированности копинг стратегий возникают признаки дезадаптации. Поэтому, работая с данной категорией населения, необходимо опираться на выявленные сохранные особенности, развивать и укреплять имеющиеся особенности человека, корректировать состояния и процессы именно с опорой на сохранные функции [3].

Для работы с данной категорией лиц определяются основные направления: это анализ пережитого, которое прорабатывается деликатно, с учетом индивидуальных особенностей, цель работы в данном направлении - принять опыт как уникальный, уложить его в систему собственного мировоззрения, научиться жить с ним. Важным направлением считаем создание условий для адаптации с учетом имеющихся возможностей в рамках обстоятельств, в которых пребывает ветеран боевых действий: восстановление социальных связей, восстановление навыков и приобретение новых навыков для лучшей социализации в обществе (6). И крайне важным направлением являются действия, направленные на сохранение социальной активности, на поддержание социальных связей и профилактику отклоняющегося поведения. Реализация данных направлений возможна при социально-психологическом сопровождении и с поддержкой данной категории лиц, при тесном взаимодействии с родственниками, близкими людьми ветеранов боевых действий [2].

Работа психолога строится не изолировано сама по себе, а в тесном взаимодействии со специалистами Госпиталя. Так, работая с врачами (неврологами, терапевтами), учитываем информацию, полученную от них, из предоставленных медицинских документов, о травмах, полученных в ходе выполнения боевых задач, так, например, возникают последствия травм головного мозга в виде нарушения когнитивных возможностей, а именно: нарушения функций памяти, процессов мышления, функций внимания, а также изменений, связанных с эмоциональной стороной личности. Встречающиеся изменения эмоциональной сферы в виде возбудимых реакций, которые проявляются уже на диагностическом этапе работы, открытое недоверие, подозрительность – рассматриваются как последствия пережитых стрессов. Поэтому, начинаем работу с данной категорией лиц деликатно, без активного вмешательства, как бы позволяя изначально понаблюдать со стороны, только затем задаём вопросы и проявляем большую активность в работе. При обнаружении изменений в когнитивных процессах рекомендуем работу над тренировкой функций памяти, внимания, мышления, показываем упражнения, улучшающие когнитивные функции. А при выявлении изменений в структуре личностных особенностей, в поведенческих изменениях, которые затрудняют адаптацию и процесс социализации участника боевых действий – настоятельно рекомендуем консультацию психиатра или психотерапевта.

Важным направлением в работе с УБД мы видим направление психопрофилактики и психологического просвещения по вопросу употребления спиртных напитков: разъясняются механизмы влияния алкоголя на организм, его пагубные последствия на мозг и другие органы и системы. Использование методики RUS-AUDIT, предложенная для оценки влияния употребления алкоголя на организм данной категории лиц, дает возможность оценивать риск влияния алкоголя в каждом конкретном случае, известно, и признается участниками боевых действий, что употребление и злоупотребление спиртных

напитков в какой-то мере «помогают» пережить случившееся, признается большинством наших пациентов как «слабое место», и в некоторых случаях пациенты сами видят целесообразность обращения к врачу-наркологу за помощью. Хотя не всегда это актуально, и не всегда есть в этом необходимость (обращение к врачу-наркологу), но проведение психопрофилактической работы крайне важна и проводится в форме ненавязчивой, корректной и, в тоже время, необходимой работы.

Также важным направлением при работе с данной категорией лиц имеет стимулирование к трудовой деятельности [1], включение пациента в социальную активность, поскольку стремление «уйти в себя» отмечается у многих лиц данной категории, нежелание общаться, нежелание проявлять инициативу и пр. Со слов ветеранов Афганистана замечено, что после того, как они пришли с зоны боевых действий, они очень быстро включились в трудовую деятельность: шли на заводы, проходили обучение на новые профессии, таким образом они включались в социум [5].

Также следует отметить, что успешность реабилитации зависит во многом от окружения, в котором находится УБД. Так, мы в своей работе особое внимание уделяем психологическому сопровождению и родственников: жен, матерей, детей (были случаи консультирования дочерей и сыновей УБД), разъясняем им механизмы возникновения ПТСР, объясняем, каким образом общаться с родными в такой сложный для них период. Разъясняем необходимость выполнения рекомендаций врачей, регулярного лечения в Госпитале, мотивирует именно на периодическое консультирование специалистов, поскольку последствия полученных травм могут проявляться не сразу, а спустя некоторое время. И очень важные компоненты успешной адаптации определяются следующими направлениями: восстановление сна, исключение алкоголя из повседневной жизни и обретение рабочего места и постоянной трудовой занятости.

Важным моментом в жизни данной категории лиц, как они отмечают сами, является участие в группах популярных мессенджеров, где они получают «свежую» информацию о своей группе, с которыми они воевали, о потерях, которые произошли за время их отсутствия на поле боя. С одной стороны, они дают возможность держать связь с товарищами, а с другой – не «отпускают» их в мирный этап их жизни, но, несмотря на это обстоятельство, участники СВО выбирают держать связь с товарищами по боевому опыту, тем самым, стараются поддержать их словами, знать, в какой помощи нуждаются их родственники, оказывать им помощь. И наша задача помочь адаптироваться при любых особенностях психики, обстоятельствах и социальных условий жизни, найти индивидуальный подход и поддержать наших героев.

Благодарим за искренность, доверие и открытость в выражении своих переживаний ветеранов боевых действий, членов их семей и коллег, помогающих данной категории лиц и делающих всё возможное для решения психологических и социальных вопросов данной категории лиц.

Литература/ References:

1. Актуальные вопросы психологической реабилитации ветеранов боевых действий на современном этапе / В. Н. Петрова, Е. Е. Ачкасов, С. Н. Пузин [и др.]. – Текст : электронный // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 3. – С. 16-22.

2. Алиев, У. С. Результаты апробации программы психологической помощи офицерам высшего командного состава - участникам военных действий с признаками стрессового расстройства / У. С. Алиев, С. М. Шингаев. – Текст : электронный // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. – 2020. – Т. 31. – С. 3-15.

3. Митасова, Е. В. Психологическая помощь в деятельности военного психолога: роль и сложности реализации / Е. В. Митасова, Е. А. Некрасова, А.

С. Черепанов. – Текст : электронный // Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития : материалы III Всероссийской научно-практической конференции, Мытищи, 05 марта 2021 года. – Москва: Московский государственный областной университет, 2021.

4. Федак, Е. И. Роль и место психологического воздействия на военнослужащих при выполнении боевых задач / Е. И. Федак, В. Н. Жуков. – Текст : электронный // Военный академический журнал. – 2021. – № 1(29). – С. 77-80.

5. Фроликов, Д. В. Значение психолого-педагогической поддержки для военнослужащих / Д. В. Фроликов, И. Д. Лушкин. – Текст : электронный // Развитие современного образования: актуальные вопросы теории и практики : сборник статей II Международной научно-практической конференции, Пенза, 25 сентября 2021 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2021.

6. Чучмарь, В. В. Травматический стресс в результате чрезвычайной ситуации, оказание экстренной психологической помощи / В. В. Чучмарь. – Текст : электронный // Гуманитарный вестник (Горловка). – 2020. – № 11. – С. 161-165.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕМАРГИНАЛИЗАЦИИ
ПОСЛЕДСТВИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫХ КРИЗИСНЫХ
СОСТОЯНИЙ И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НА ТЕОРИТОРИЯХ
СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА**

Скляр П.П., Атоян А.И.

*Кафедра психологии и конфликтологии
ГОУ ВО «Луганский государственный университет
имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск*

Аннотация: В статье П. П. Скляра и А. И. Атояна «Психологические аспекты демаргинализации последствий продолжительных кризисных

состояний и неопределенности на территориях современного Донбасса» представлены возможные пути исследования особенностей проблемы и новейших процессов маргинализации, дезадаптации и идентификации индивидов и групп в реалиях Донбасса. Такие проблемы видят ученые-психологи – сотрудники кафедры психологии и конфликтологии Луганского государственного университета им. Владимира Даля. Очерчены горизонты движения исследовательской мысли и предложены к использованию средства, на которые опирается практика работы с контингентом – носителем актуальной нехватки психологического и ментального здоровья. Как итог рассмотрения, в порядке выводов, представлены перспективные направления, обобщающие и ориентирующие теорию и практику работы по означенной проблематике.

Ключевые слова: психологические перегрузки как последствия продолжительных кризисных состояний и неопределенности; психологическая демаргинализация; восстановление ритма жизнедеятельности индивида; оздоровление сознания, моделирование грядущего облика устойчивой психики ментально здорового субъекта, самоидентификация.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DEMARGINALIZATION OF THE CONSEQUENCES OF PROLONGED CRISIS STATES AND UNCERTAINTY IN THE TERRITORIES OF MODERN DONBASS

Sklyar P.P., Atoyán A.I.

Department of Psychology and Conflictology

Vladimir Dahl Lugansk State University, Russia, LPR, Lugansk

Abstract. The article by P.P. Sklyar and A.I. Atoyán «Psychological aspects of demarginalization of the consequences of prolonged crisis states and uncertainty in the territories of modern Donbass» presents possible ways to study the features of the problem and the latest processes of marginalization, maladaptation and identification of individuals and groups in the realities of Donbass. Such problems are seen by

scientists-psychologists – employees of the Department of Psychology and Conflictology of Luhansk State University. Vladimir Dahl. The horizons of the movement of research thought are outlined and the means on which the practice of working with the contingent – the carrier of the actual lack of psychological and mental health is based are proposed for use. As a result of the review, in the order of conclusions, promising directions are presented that generalize and orient the theory and practice of work on the above-mentioned issues.

Keywords: psychological overload as the consequences of prolonged crisis states and uncertainty; psychological demarginalization; restoration of the rhythm of an individual's vital activity; improvement of consciousness, modeling of the future appearance of a stable psyche of a mentally healthy subject, self-identification.

Психология сегодня стоит перед императивом оперативного реагирования на новые ситуации, запросы и потребности, возникающие в быстро меняющемся и перманентно турбулентном мире. Современная ситуация глобальных вызовов, сложившаяся после пандемии COVID-19 и известных процессов и событий на территориях бывшего Союза (в том числе связанных со Специальной военной операцией и последствиями санкций недружественных стран) принесла свою специфику в развитие психологической науки, функционирование психологических служб, в социальный заказ на психологическую деятельность в целом. Это обусловило возрастание значения факторов психологического здоровья в преодолении дезадаптации, в реабилитации и восстановлении психологической устойчивости индивидов и коллективов в условиях кризисного развития, сопровождающегося нарастанием психологических перегрузок. То, что воспринималось как дисфункция на фоне относительно нормального ритма ожидаемых перемен и характеризовалось в целом позитивной динамикой, стало скорее исключением, чем правилом. Психологические перегрузки усугубили значение таких ключевых процессов

как адаптация к реальности, посттравматическая реабилитация, психологическая компенсация, изоляция очагов психической напряжённости, восстановление ритмов жизнедеятельности.

В этой связи кафедра психологии и конфликтологии Далековского университета (г. Луганск) ориентировала перспективы своего научного поиска на разрешение проблемы психологического обеспечения субъектов профессиональной деятельности, роста личностной психологической культуры и эволюции идентичности в условиях нарастания психологических перегрузок и, в первую очередь, как последствий продолжительных кризисных состояний и неопределенности на территориях современного Донбасса

Эта тема позволяет рассмотреть актуальные проблемы в ключе комплексного применения средств демаргинализации личностей и коллективов в плане поддержания или возвращения им психологической устойчивости, что требует сосредоточения усилий на исследовании и сопроводительной психологической помощи индивидам, группам и общностям самого разного по сути и глубине психического неблагополучия.

Представляется актуальным внимание к последствиям продолжительных кризисных состояний и неопределенности современного Донбасса, имеющим последствия для психического здоровья его граждан [8;9;11 и др.].

Прежде всего, речь идёт о психологических перегрузках и стрессе ими вызываемым [3;4;5;6;15 и др.].

Термин демаргинализация взят из социологии и требует пояснения в психологическом ключе. Под маргиналами традиционно понимаются люди, выпавшие из нормального социального окружения или перемещающиеся в социальном пространстве. Они испытывают дефицит социальности, то есть тех связей и отношений, которые позволяют им встраиваться в процессы жизнедеятельности на общих основаниях. Разумеется, это сопровождается психологическими стрессами, что обретают черты хронических перегрузок,

дезадаптации, разрыва тех связей, который поддерживали устойчивое состояние психики. Положение аутсайдера в группе также маргинально. Равно как и положение мигранта, бездомного, безработного, бедного, инвалида, хронически больного, беженца или перемещённого лица, раненного или покалеченного, жертв насилия или стихийных бедствий и других категорий граждан, что в условиях конфронтации способов и образов жизни социальных групп получает социально-психологический шлейф последствий очень индивидуального характера. Тем не менее, все эти люди нуждаются в соединении с нормальным здоровым социумом и оздоровлении психики, в том числе психологическими и психотерапевтическим средствами с использованием клинической психологии и психологии профессиональной деятельности. Магистральным направлением представляется возвращение человека в привычную или новую профессиональную среду, где он востребован как работник, личность и член коллектива. Кредо предлагаемого подхода может быть выражено следующей цитатой из журнала, издаваемого нашей кафедрой: «Системотворческим ядром актов самоопределения выступает социальная активность человека. Социально-психологическим содержанием активности как сущностной формы жизненных отношений человека, в которых происходит его самообразование, самоосуществление, самовыявление и самоопределение» [13].

Иначе говоря, ничто не содействует так адаптации, как содержание самих жизненных отношений. Устойчивость психики не реализуется автоматически жизненным процессом. Но нуждается в коррекции и вмешательстве в данных условиях. Тема психологической демаргинализации включает активное вмешательство психологов, психотерапии и всех методов воздействия на сознание и ментальное здоровье субъектов неустойчивых состояний. Здесь требуется уточнение граней социологии и психологии, трандисциплинарность

методологических подхода. Понятие «было введено Парком при исследовании междуэтнических конфликтов.

Маргинальны те люди – пишет Т. Шибутани, которые находятся на границе между двумя или более социальными мирами, но не принимают ни один из них как его полноправные участники. К признакам маргинального человека он относит: «серьёзные сомнения в своей личной ценности, неопределенность связей с друзьями и постоянная боязнь быть отвергнутым, тенденция охотнее избегать неопределённых ситуаций, чем рисковать унижением, болезненная застенчивость в присутствии других людей, одиночество и чрезмерная мечтательность, излишнее беспокойство о будущем и боязнь любого рискованного предприятия, неспособность наслаждаться и уверенность в том, что окружающие несправедливо с ним обращаются» [22,491-492]. Как видим, характеристики преимущественно психологические и имеют аналоги в современной ситуации, когда массы людей пришли в вынужденное перемещение не только в социальном, но даже в географическом плане.

Это вполне соответствует проблемам Донбасса. Со времён Раберта Парка палитра описания феномена значительно пополнилась новыми красками. Если маргинализация определяет распад социальных связей, а демаргинализация есть восстановление связей и отношений, компенсация утраченных позиций, одной из которых, несомненно, является психическое здоровье, то роль психолога или психотерапевта не изолирована от социокультурной среды. Перспектива восстановления ритма жизнедеятельности индивида есть одновременно перспектива возвращения общества в ситуацию востребованности человеческих качеств, вытекающих из приоритета установок на реабилитации, адаптацию личности и её окружения.

Целью нашей работы выступает формулирование круга задач психологической демаргинализации индивида, группы, общества в целом как субъектов психологических перегрузок в разнообразных аспектах.

Кафедра имеет солидный опыт собственных разработок в указанных областях, а также опирается на классическое наследие отечественной психологии (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, Б. Л. Рубинштейн, И.С. Кон и другие), адаптация зарубежного опыта (Э. Фромм, К.Г. Юнг, А. Эллис и другие), научных школ Донбасса.

Прежде всего, нас должна интересовать диагностика состояний и предложение перспективных методов оздоровления психики тех, кто попал в условия трангрессии негативных факторов социального кризисного окружения [7;10;12;19;21].

Распространению новых маний, фобий, стрессов, выгорания и пр. есть объяснения, но необходима постоянная профилактика. Не последнюю роль играет здесь категория ментального здоровья, оздоровление сознания, расширение когнитивных возможностей личности от логотерапии до появления новых методик взаимодействия организационной психологии управляемых и управляющих, что подвержены деформирующему влиянию существующих организационных структур самой управленческой деятельности. Зашкаливающий бюрократизм также может рассматриваться как фактор маргинализации и ущерба психическому здоровью. Жалобы на дискомфорт своего социального и трудового положения есть симптом неблагополучия в области общественного переплетения потребностей, интересов и предпочтений, что выводит нас на проблему психологического уточнения идентичности человека. К сравнению его образа Я с реальным положением среди людей и выявления возможностей личностного роста в ущербных социально или психологически условиях реального бытия.

Между дисфункцией предрасположенностей сознания и деструктивным поведением, конечно, есть определённая дистанция, но в мировой психологии, мотивируя отказ от прежних моделей взаимодействия с субъектами психологических перегрузок и переход к новым. Так Э. Фромм, объясняя отличие своего психоанализа от классического, говорит, что понимает его как «учение о характере и конфликтах между характерологическими страстями, органично присущими данной личности и необходимостью самоограничения». Для психолога важно, что учитывается поток «неосознанных импульсов, направленных на сопротивление или искажение реальности в соответствии с субъективными потребностями и ожиданиями» [18,143]. Однако, нам представляется, что анализ корней деструктивности может опираться на обращение к механизмам восстановления ментального здоровья личности, каковые делают возможным предупреждение, сопровождение и изживание нервных срывов, ведущих к деструктивному поведению.

Под субъектами взаимодействия с психологом мы понимаем не только индивидов, но и в традициях кафедры психологии и конфликтологии Далевского университета видеть с самого начала коллективный характер подлинного носителя психологических интенций [16,82].

Не осталась в стороне и мировоззренческая проблематика, что тесно связывает психологию и философию в теме идентичности. Первоначально это определялось по отношению к кадрам гуманитарного образования [14,17-18]. Одновременно решаются и образовательные задачи.

Зарубежный опыт свидетельствует, что образованные психологи, по выражению Д. Халперн, рискуют стать номером на рынке платных услуг далеко не в начале ряда. Уже в 60-е годы дефицит интереса к учению не покрывался сугубо материальными стимулами даже в наиболее технологически продвинутых средах. Гуманистическая психология в лице Карла Роджерса была тревогу, что среда современного взаимодействия людей и управленческих

структур отбивает охоту учиться и программирует молодого человека на непригодность к требованиям обучения.

В книге 1978 «Карл Роджерс о персональной власти» разработана терапия для образовательных и политических систем, которая нацелена по сути на демаргинализацию управленческих отношений [20, 82].

Восстановление ментального здоровья в этой связи и по периметру всей проблематики может опираться на арсенал уже опробованных средств. К ним мы отнесём гуманистический психоанализ Э. Фромма, анализ архитипических представлений К.Г. Юнга. Формирование критического отношения к действительности П. Фрейре, критическую психологию Д. Хэлперн, рационально-эмоционально-поведенческую терапию (РЭПТ) и когнитивно-поведенческую терапию А. Эллиса, что позволяет разобраться в мотивах и подспудных основаниях проблематики неустойчивости психики. Это необходимо для того, чтобы вооружить личность инструментарием, опираясь на который она сможет собрать и сосредоточить все усилия на отторжении привычных стереотипов, мешающих восстановлению умственных сил и снятию напряжения как в экстремальных, так и привычных стрессовых состояниях. Эффект эмоционального заражения негативными мыслями имеет прямое отношение в стратегии ментального оздоровления.

Так А. Эллис и А. Ланж видят источники манипулирования депрессивными состояниями прежде всего в одолевающих мыслях, нагнетающих страх; неразумных мыслях о самом себе; неразумных мыслях о ситуации; ощущениях, которым не следует дать развиваться далее на отношение ко всему остальному (эффект заражения негативом). Отсюда четыре ступеньки к освобождению от ментально вредных последствий такого хода мышления.

Первая ступень – осознание ситуации. Вторая есть открытие собственных чувств. Третья связана с изменением действий. Четвёртая ступень – понимание

того, что чрезмерный допуск в своё сознание негативных и манипулятивных влияний подрывает ментальное здоровье. Делает поведение контролируемыми. Избавление от чужого контроля возможно [23, 23-25]. Преодоление иррациональных верований способствует не просто рационализации ситуации, но и преодолению зависимости от негативных мыслей здесь и сейчас, которые могут закрепиться в перспективу безвыходного стрессового состояния. Это особенно важно в посттравматический период. Разумеется, не все рекомендации РЭПТ могут быть адресованы в нынешней ситуации, они для более ординарных проблем относительно благополучного социального окружения. Однако, знание норм общения всегда актуально, тем более, если нуждается в коррекции опасные аспекты поведения. Этот пример показывает, что используемые средства оздоровления психического здоровья подвластны самим испытуемым реципиентам.

Даже расширенная трансляция социокультурного опыта, в том числе психологического, может быть нацелена на преодоление комплексов маргинальности в ходе жизнеутверждения. Сколько-нибудь масштабная трансляция и усвоение нового опыта, на наш взгляд, приводит маргинала к возможностям самоопределения, самоактуализации в жизненном поле, профессиональной деятельности, общественной структуре, что происходит благодаря изменениям ментального состояния, в том числе и символическими средствами (не в последнюю очередь арт-терапия и прочие). Предельным продуктом ментального неблагополучия является бунт подсознательных структур, который может оказаться продуктивным, ибо ведёт к изменению поведения. но может обернуться впадением целых социальных групп в опасные состояния, в том числе социально-патологические 9 почва для экстремизма и трансгрессии насильственных способов решения психологических проблем. Потому, как отмечал давно уже один из авторов статьи: «бунт архетипов как предельная реакция на разрыв между стереотипами и архетипированными

представлениями, как немотивированный, глубинный выброс из пластов долгой памяти чистых импульсов притяжения и отталкивания может означать оживление в социальном наследии мёртвых, нефункциональных элементов. Мёртвое схватывает живое» [2, 267].

Установка на критическое мышление также продуктивна: критическим мышлением, обладает свойствами и качествами, которые Д. Хэлперн перечисляет как: 1) готовность к планированию; 2) гибкость; 3) настойчивость; 4) готовность исправлять свои ошибки; 5) осознание; 6) поиск компромиссных решений. Готовность к планированию вырабатывает привычку планировать. Отсутствие гибкости, ригидность и догматизм идут заодно. Отношение к новым идеям часто мотивируется житейской формулой: не чини, пока не сломается. Человек с открытым для обновления умом соберёт больше информации и предложит лучше решение [20, 47].

В этом же ключе оздоровления ментальности действуют методики самоактуализации А. Маслоу, клиенто – центрированная психотерапия К. Роджерса и другие. Наши поиски намерены опираться и на опыт собственных исследований кафедры психологии и конфликтологии Далековского университета (работы о коллективных субъектах В.В. Третьяченко, разведки в области форсайт-технологий П.П. Склера и А.Е. Левченко, элементы медицинской и клинической психологии Л.И. Талаверовой и многие другие актуальные разработки.

Естественно, что разнообразие контингентов. Вовлечённых в процессы взаимодействия с психологом, требует учёта специфического положения отдельных групп и целых слоёв, дифференциализации не только индивидуальных, но и над – индивидуальных субъектов; ради в психологической помощи им, восполнения и компенсаций стрессовых и травматических потерь жизненной или профессиональной устойчивости, замещения лакун опыта в борьбе с трудностями адаптации к новым условиям.

Приходится учитывать такой фактор как недавнее пребывание наших новых граждан на территориях, контролируемых враждебной стороной, необходимость вхождения в новое социальное окружение. Возможно не менее кризисное, чем предшествующее.

Учёт разнообразия пространств формирования задатков и предрасположенностей психологической культуры; значительно зависят не только от социального окружения, но и от уровня образованности, готовности принять новую действительность, от региональных и территориально-поселенческих обстоятельств, этнических особенностей, различий факторов дезадаптации и дополнительного стресса. Взаимодействие с субъектами совместной деятельности нуждается в обеспечении соблюдения психической безопасности, сознательного выбора способа и образа жизни. А это ведет к необходимости уточнения идентичностей. Ведь любая личность сколь бы самобытной и завершённой она не была, нуждается в том, чтобы со временем обрести такое множество ролей, которое позволяет развивать различные идентичности, выбирая социально эффективные пути жизнеутверждающего поведения.

Представляется важным вовлекать обучающихся и обучаемых в постоянные обмены опытом делового общения, осуществляя настройку на эффективное использование новейших технологий и тренингов, обеспечить вовлечение интернет – ресурсов, средств коммуникативных практик, что определит своевременность использования корректив при достижении заявленных целей.

С другой стороны, вовлечение новых категорий субъектов взаимодействия с психологом одновременно добавляет задачи преобразования психологической культуры личности, требует разработки практических рекомендаций по снятию перегрузок, в том числе и через здоровое и продуктивное развитие личности и коллектива как реципиентов

психологических знаний, умений и навыков, чему должна способствовать подготовки и переподготовки специалистов. На кафедре психологии и конфликтологии Далековского университета в этой связи имеет место изменения профилей образования психолога (введение специальностей «клиническая психология» или «психология профессиональной деятельности»). Кроме того, используются факультативные формы приобщения к психологическим практикам через тренинги, психологические сообщества, клубы, визуальные способы работы, лаборатории, ориентированные на коррекцию поведения. Имеет место переориентация студенческих бакалаврских и магистерских работ на новые направления исследования с выходом на практику клинической психологии, психологии социальной работы и пр.

Борьба за устойчивую психику должна охватывать на наш взгляд и сферы взаимодействия организационных структур, ибо последние, часто являются источниками психологического дискомфорта и ментальных отклонений. Психология способствует переосмыслению исполнительско – руководящей связки прав и обязанностей работников, требующих психологической компенсации или настройки на искомый результат, преодоления психологических перегрузок. Перенесение принципов работы с перегрузками на широкий круг субъектов любой сферы позволит использовать потенциал психологии профессиональной деятельности и круг методик личностного роста для разрешения психологических проблем личности. Диапазон практикуемых средств позволяет вмешаться в процессы самоидентификации, вхождения в новую в среду, смены деятельности, ухода от авторитарных стилей общения, снятия напряжения и так далее.

Демаргинализация субъектов деятельности в психологических аспектах акцентирует тему идентичности в направлении разработки моделей планируемого будущего (включая форсайт-технологии). Не остаётся в стороне облик будущего человека как гражданина и специалиста с универсальными и

специализированными компетенциями, стоящего на уровне современных требований инвестиционно – информационно – инновационно насыщенной среды. Мобильная и креативная модель современной личности, которой занимается уже длительное время и намерена продолжать заниматься кафедра психологии и конфликтологии Далевского университета, ориентирована уже сейчас и ещё более в перспективе на конечный продукт психологической и образовательной, управленческой и гуманитарной деятельности. Такой продукт, как мы полагаем, способный справиться с новыми вызовами кризисной среды и тревожной неопределённости, востребован реалиями ситуации и закрепится на перспективу. В основе данной тематики лежит концепция креативной и мобильной личности сложного человека, поскольку развитие всегда есть усложнение структуры. Структура со времён Лео фон Берталанфи, понимается не как строение частей и компонентов, но как совокупность связей и отношений, дефицит которых и породил маргинальность. Восполнение дефицита связей и отношений придаёт устойчивость личности, предполагая длительное воздействие на её психологическую культуру, адаптационные ресурсы, реабилитацию и так далее психолога и психологических служб, тренингов и так далее.

Моделирование грядущего облика устойчивой психики ментально здорового субъекта – сложный диалектический процесс. Он невозможен на уровне обыденного мышления, ограниченных практик, идеологии, религии, или одного типа школы. Предполагается расширение возможных способов адаптации и продвижения индивида средствами психологии к означенным актуальным и долгосрочным целям. Поэтому, представляется невозможным сведение способностей личности к ценнику человеческого капитала. Не следует забывать, что жизнедеятельность сегодня имеет экологические приоритеты эффективности, а не только конкретно экономические, педагогические, медицинские, хотя все они и взаимосвязаны. Эти взаимосвязи реализуемы в

парадигме коэволюции человека и природы, в идее ноосферного образования. Идея восходит к вкладам В. Вернадского и А. Чижевского на отечественной ниве, Э. Лакруа и П. Тейяра де Шардена на зарубежной. Основана на трансдисциплинарности самих научных поисков. Этот тезис завершает картину движения необозримым горизонтом, за далью которого угадывается завтрашний здоровый и продуктивный субъект.

В порядке выводов отметим, что, на наш взгляд, перспективными являются разработки тем:

- идентичности и её соразмерность психологическому уровню исследования;
- кризисное социальное окружение и факторы дезинтеграции отношений, построенных на идентичности;
- психологическая поддержка самобытности индивида и группы как исходного состояния;
- сохранения и развития психологического потенциала физического и ментального здоровья как интенционального богатства личности;
- анализ компетенций и компенсация психологического обеспечения профессиональной деятельности;
- психологическая коррекция основной сферы жизнедеятельности реципиента - профессиональной деятельности в избранной сфере;
- эволюция диапазона интенций и паттернов в условиях повышения требований к работнику;
- приспособление процедур адаптации и реабилитации к новому контингенту реципиентов психологической помощи;
- обеспечение устойчивости психики в условиях вызова кризисного социального окружения:
- учёт клинических случаев неадаптивности и психологических компенсаций; личности;

- повышение значимости мыслительной деятельности как социального фактора, способствующего нормализации психики;
- внимание к эмоциональной сфере при противодействии перегрузкам;
- предвосхищение перспективы консолидации интенций ума и паттернов психики для совместимости взаимодействий индивидов в группах и коллективах;
- разработка практических рекомендаций для обновления психологического климата и делового общения в свете новых коммуникативных практик и коррекция поведения личности в информационном пространстве;
- актуализация на междисциплинарной основе концепций, методологий и практик демаргинализации сознания как последствия преодоления перегрузок вызванных и вызываемых кризисными состояниями и неопределенностями современного Донбасса.

Литература/ References

1. Атоян А.И. Социальная маргиналистика. О предпосылках нового междисциплинарного и культурно-исторического синтеза // Политические исследования. – 2005. № 6. – С. 29-33.
2. Атоян, А. И. Социомаргиналистика : монография / А. И. Атоян; М-во внутрен. дел Украины. Луган. ин-т внутрен. дел. – Луганск : ЛИВД МВД Украины, 1999. – 455 с.
3. Белинская Е.П. Неопределенность как категория современной социальной психологии личности // Психологические исследования. – 2014. Т. 7. № 36. – Электронный ресурс : <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2014v7n36/1014-belinskaya36.html>
4. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: практическое пособие / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2008. – 336 с.

5. Брайт, Д. Стресс: теории, исследования, мифы: секреты болезни цивилизации / Д. Брайт, Ф/ Джонс: пер. с англ. – 2-е междунар. изд. – СПб. ; М. : Прайм-Еврознак: ОЛМА-Пресс, 2003. – 352 с.
6. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени: почему люди выгорают и что можно против этого предпринять / М. Грабе; пер. с нем. В.Г. Немченовой; науч. ред. Л.Г. Лысюк. – СПб. : Речь, 2008. – 96 с
7. Зубок, Ю.А. Изменяющаяся социальная реальность в кризисном российском обществе / Ю.А. Зубок, В.И. Чупров // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2017. Т 10. № 1. – С. 41-57.
8. Лопес Е. Г. Кризисология и психология кризисных состояний: учеб. пособ. / Е. Г. Лопес, Э. Э. Сыманюк; науч. ред. Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург : Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. – 182 с.
9. Мусхаджиева Т.А. Социально-психологический аспект реагирования человека в чрезвычайной ситуации Covid-19 / Т.А. Мусхаджиева, Е. Ч. Дубаева // Гуманитарные науки. – 2020. №4 (52). – С. 145-150. <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskiiy-aspekt-reagirovaniya-cheloveka-v-chrezvychaynoy-situatsii-covid-19>
10. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости [Электронный ресурс]: учеб. пособие / М.А Одинцова. – 2-е изд. стер. – М. : Флинта, 2015. – 292 . https://vk.com/doc202111951_614548250?hash=yn959FT216OOz1mUmz0sWIEm05BBKZQXsh3zSzlbdCg
11. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А.А. Осипова. – Ростову н/Д : Феникс, 2006. – 315 с.
12. Пантелеева, В.В. Психология кризисных состояний личности : учеб. пособ. / В.В. Пантелеева, О.И. Арбузенко. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2011. – 194с.

13. Скляр П.П. Понятие жизненной перспективы личности: основные теоретико-методологические подходы в отечественной и зарубежной психологии / П.П. Скляр, Э.Р. Пеньков // *INTERIAL*. – 2022. №1 (14). – С. 95-99.
14. Скляр П.П. Психологические составляющие мировоззренческих ценностей повышения профессионализма педагога в трансформирующемся социуме XXI века (философско-психологический аспект) / П.П. Скляр, В.Д. Исаев, А.Е. Левченко // *INTERIAL*. – 2019. №3 (7). – С. 17-29.
15. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М. : Изд-во Институт психологии РАН, 2011. – 512 с.
16. Третьяченко, В.В. Коллективные субъекты управления: формирование, развитие и психологическая подготовка : монография / В.В. Третьяченко. – К. Стилос. 1997. – 585 с.
17. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М. : Издательство АСТ.- 2022. – 737 с. (Эксклюзивная классика)
18. Фромм Э. Вы будете как боги / Э. Фромм. – М. : Издательство, АСТ. 2021. – 256 с.
19. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко ; пер. с фр. И. К. Стаф. – М. : АСТ : АСТ МОСКВА, 2010. – 698 с.
20. Халперн, Д. Психология критического мышления / Д. Халперн. – 4-е международ. изд. – СПб. : Издательство «Питер» 2000. – 512 с.
21. Шарапов, А.О. Кризисная психология: учеб. пособ. для вузов / А.О. Шарапов, Е.П. Пчелкина, О.И. Шех. –2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт. – 2019. – 538 с.
22. Шибутани, Т. Социальная психология / Т. Шибутани; пер. с англ. В.Б. Ольшанского. – Ростов н/Д. : Феникс; М. : АСТ, 2002. – 544 с.

23. Эллис А. Эмоции. Не позволяй обстоятельствам и окружающим играть на нервах / А. Эллис, А. Ланж. – СПб. : Питер, 2021. – 272 с.
https://vk.com/doc123960186_602942699?hash=ZFjNIjASZOcNN0Cj3jW0h8gCfPZ17CYIIqTnxtuOOdD

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сколова Н.Е., Прокудин А.М.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В нынешнем обществе изменяется подход общества к труду. Люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения. Усиливается конкурентная борьба за элитную и высокооплачиваемую работу. Стремительно изменяются требования биржи труда. Опускается показатель строя общественно важной специальности, такой как медицинский работник. Из-за этого возрастает психологическая напряженность, что приводит к стрессу на рабочем месте. Выявляются беспокойство, подавленность, психосоматические расстройства, зависимости от психоактивных веществ. Все эти признаки являются синдромом эмоционального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, синдром, стресс, медицинский работник.

BURNOUT SYNDROME ON THE EXAMPLE OF STUDENTS OF THE KEMEROVSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

Skolova N.E., Prokudin A.M.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Today the society's approach to work is changing. People lose confidence in the stability of their social and financial situation. The competition for elite and highly paid jobs is intensifying. The requirements of the labor exchange are changing rapidly. The indicator of the system of a socially important specialty, such as a medical worker, is lowered. Because of this, psychological tension increases, which leads to stress in the workplace. Anxiety, depression, psychosomatic disorders, dependence on psychoactive substances are revealed. All these signs are a syndrome of emotional burnout.

Keywords: emotional burnout, syndrome, stress, medical worker.

СЭВ - это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. В литературе в качестве синонима синдрома эмоционального выгорания, используется термин «синдром психического выгорания».

По статистике исследований можно понять, что наиболее часто СЭВ встречается у медицинских работников. Главная причина синдрома эмоционального выгорания является душевное переутомление.

Проблема выгорания в социальных профессиях стала особенно актуальна в последнее время. К категории таких видов профессиональной деятельности отнесена профессия медицинского работника. На это указывали и указывают как исследователи XX века, так и современные авторы, занимающиеся данной проблемой. В научной литературе до сих пор нет определения этому состоянию человека. Одни авторы называют это «эмоциональным выгоранием», другие - психическим. Во втором случае суть понятия отражена более точно, потому что психическое выгорание, исходя из симптомов, включает в себя эмоциональное

«выгорание» лишь как один из трех составных компонентов этого сложного состояния, в котором оказывается человек. [1,2,3]

Профессия медработника относится к профессиям, которые чаще всего подвержены синдрому эмоционального выгорания. Деятельность медицинского работника характеризуется большой напряженностью, выражением негативных эмоций, приводящим к негативным последствиям. Раздражительность медицинского работника является фактором, повышающим вероятность появления синдрома выгорания. Выгоранию подвержены те, кто работает с особым энтузиазмом. Помогая другим и не чувствуя ничего взамен, они начинают чувствовать разочарование. Такая работа сопровождается угасанием психической энергии. При столкновении с трудностями их уверенность в своей компетенции снижается, от чего у молодого работника начинает развиваться синдром эмоционального выгорания.

Особо остро стоит проблема выгорания у студентов. По последней статистике 75% хотя бы раз испытывали данный синдром. [4,5].

Цель моего исследования изучить психологическое состояние на наличие эмоционального выгорания.

Для решения поставленной цели я решала следующие **задачи**:

1. Сбор информации на основе опроса студентов.
2. Анализ собранной информации.
3. Поиск путей решения вышеуказанных проблем.

Для проведения анкетирования были отправлены анонимные онлайн-опросы студентам ФГБОУ ВО «Кемеровского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения России. Респондентам задавались вопросы, результаты приведены на рисунках 1-4.

ЗНАКОМЫ ЛИ ВЫ С ПОНЯТИЕМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ?

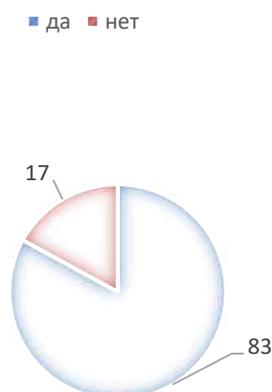


Рис 1. Ответы на вопрос: «Знакомы ли вы с понятием эмоционального выгорания?»

На рисунке 1 видно, что 83% знакомы с СЭВ и только 17% студентов написали, что никогда не слышали о таком. На вопрос: «Было ли у вас эмоциональное выгорание?», респонденты отвечали по-разному 65 процентов респондентов утверждают, что испытывали симптомы, 15% - нет, 20%- не знают, было ли выгорание (рис.2).

БЫЛО ЛИ У ВАС ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ?



Рис. 2. Вопрос: «Было ли у вас эмоциональное выгорание?»

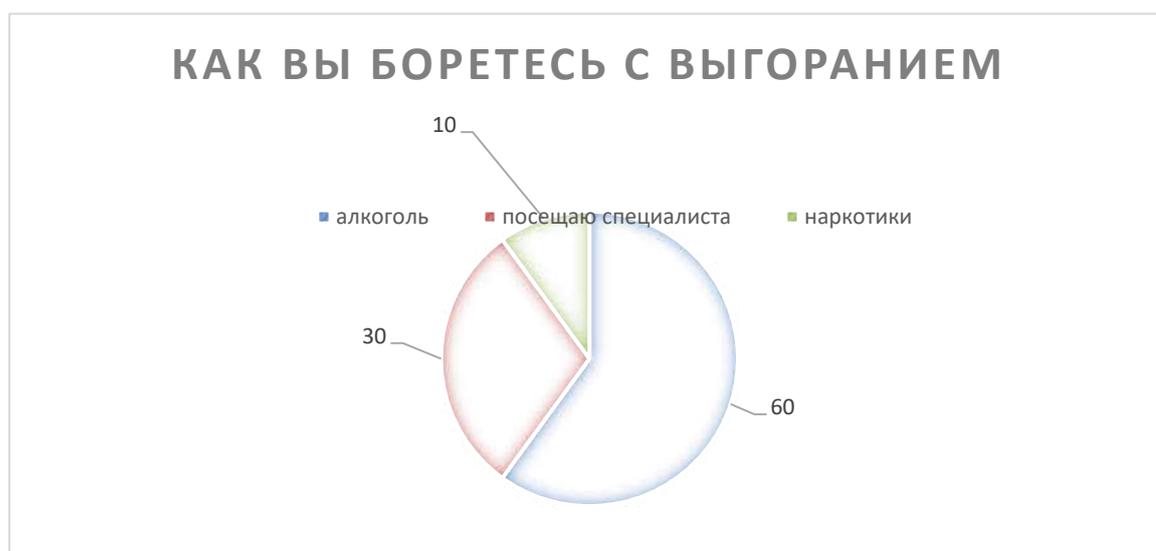


Рис. 3. Вопрос: «Как вы боретесь с выгоранием?»

На рисунке- 3 видно, что 60% респондентов употребляют алкогольные напитки для борьбы с симптомами эмоционального выгорания, что пагубно сказывается на организме, 30% респондентов – поступили правильно и обратились к специалисту за помощью, но 10% опрошенных перешли на наркотики для того, чтобы расслабиться, снять напряжение, усталость, неуверенность в себе.

Ни один участник не считает синдром эмоционального выгорания серьезной проблемой. 68% анкетированных студентов, допускают это состояние в пределах нормы и не считают, что употребление алкоголя и наркотиков плохо скажутся на их организме и только усугубит их состояние. Это ужасно, так как средним возрастом опрошенных является 18-20 лет.

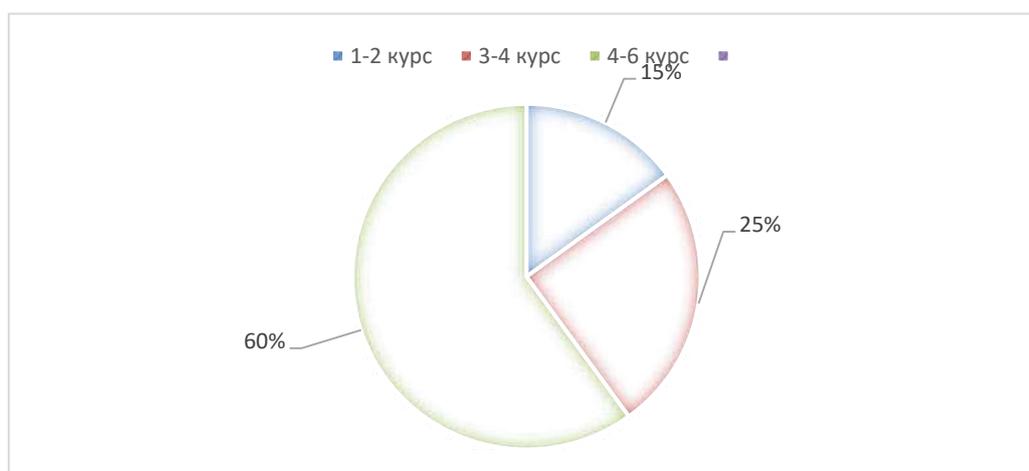


Рис. 4. Вопрос: «На каком курсе вы впервые ощутили симптомы?»

На рисунке 4 видно, что большое количество респондентов испытали симптомы на последних курсах (60%), что очень плохо скажется на их начале трудовой деятельности, 25% испытали на 3-4 курсе — это очень плохо сказывается на восприятии знаний и посещаемости. Но хуже всего, то, что молодые ребята, только поступившие в учебное заведение, уже испытывают данные симптомы на себе.

Проведенное исследование нельзя назвать довольно глубоким и тем более масштабным, но и его хватило, для того чтобы понять, что студенты медицинского университета сильно подвержены синдрому эмоционального выгорания, хотя это наши будущие профессионалы своего дела.

Из этого всего можно сделать вывод, что общество страдает от данной проблемы и необходимо принять меры в виде профилактики.

Люди, страдающие СЭВ нуждаются в помощи, но не все это понимают и прибегают к другим способам решения, как чрезмерное употребление алкоголя и наркотиков. Состояние при эмоциональном выгорании деструктивно, и он ведёт к разрушению своей жизни. Согласно нашему исследованию, большее количество людей страдают данным недугом. Мы в должны понимать, что даже легкая раздражительность и сильная утомляемость нуждается в обсуждении с

врачом специалистом. Но мало кто вовремя успевает эту грань нащупать из-за чего мир теряет большое количество хороших кадров.

Литература/ References

1. Абрамова, Г.С. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц // Психология в медицине. - М.: Кафедра-М., 1998. - С. 231-244.
2. Бахур, В. На нервной почве. / В. Бахур. М.: Прогресс, 1997.
3. Березин, Г.А. Психологическая и психофизическая адаптация человека. / Г. А. Березин. М.: Просвещение, 1988.
4. Бодров, В.А. Психология профессиональной деятельности / В.А. Бодров - М.: PerSe, 2001, - 511 с.
5. Бурлачук, А.Ф. Психология жизненных ситуаций / А.Ф Бурлачук, Е.Ю Коржова - М.: Владос, 1998. - 236 с.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОЖНОСТЬ, УСТАЛОСТЬ

Степанова А.В., Левченко Е.В.

Кафедра психиатрии

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Курск*

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме влияния COVID-19 на психическое здоровье студентов в возрасте 21-23 лет. Приводятся результаты исследования тревожности и депрессии у студентов, переболевших коронавирусом. Делается вывод о том, что наиболее существенные отклонения в психическом здоровье проявляются у переболевших в течение года.

Ключевые слова: пандемия, тревожность, депрессивное состояние, психическое здоровье, студенты.

POSTCOVID-19 SYNDROME: DEPRESSION, ANXIETY, FATIGUE

Stepanova A.V., Levchenko E.V.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. This article deals with the problem of COVID-19 influence on the mental health of students aged 21-23 years. The results of the study of anxiety and depression in students who have had coronavirus are presented. The author comes to the conclusion that the most significant deviations in mental health are manifested in those who have got sick within a year.

Keywords: pandemic, anxiety, depression, mental health, students.

Пандемия коронавируса оказала и продолжает оказывать существенное влияние на все сферы жизнедеятельности человечества. Затронутыми оказались все сферы жизни, начиная от медицины и заканчивая бизнесом и образованием.

В первую очередь, COVID-19 повлек за собой существенное снижение качества жизни человека, которое проявилось как в физиологическом, так и в психическом состоянии. Из-за вынужденной самоизоляции люди были лишены живого общения, что также оказало негативное влияние на их самочувствие.

В настоящее время уже проведены научные исследования влияния как непосредственно пандемии на здоровье большого количества людей, так и «инфопандемии» - непроверенной и противоречивой информации, связанной со статистикой смертей и заражений, непониманием сути происходящего. Психическое состояние всегда непосредственно связано с физическим состоянием человека, и пандемия особенно остро продемонстрировала эту зависимость.

Влияние пандемии на психологическое состояние молодежи рассматривал в своих трудах французский социолог Э. Дюркгейм, который выделял группу социальных норм, организующих поведение индивидов, при

этом состоянии, когда общество находится в напряжении, он называет «аномией» - разрушением социальных связей в период пандемии COVID-19 [3].

Одной из самых уязвимых групп, чувственных к пандемии коронавируса, прежде всего, в психологическом значении, оказалась молодежь, так как именно эта социально-демографическая группа достаточно легко переносит инфекцию, однако наиболее эмоционально влияет на запреты, связанные с ограничением социальной мобильности и способов коммуникации [1, с. 461; 2, с. 3].

Исходя из изложенного, на наш взгляд, влияние COVID-19 на психическое состояние молодежи в настоящее время должно стать предметом пристального внимания теоретической и практической медицины.

Целью исследования является оценка уровня тревожности и депрессии у студентов, переболевших коронавирусом в течение полугода и 1 года; сравнение выраженности проявления беспокойства и тревоги у пациентов, переболевших в разный временной период.

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось среди студентов 5 курса лечебного факультета Курского государственного медицинского университета. Опрошен 31 студент в возрасте 21-23 лет, переболевших COVID-19 в разные периоды пандемии (в течение полугода – 17 студентов, в течение года – 14 студентов). Использовался шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), которая представляет собой экспресс-скрининг для оценки уровня тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики. Опросник включал 14 несложных вопросов, разделенных на 2 части (первая часть позволяет оценить уровень тревоги, вторая часть – уровень депрессии), время прохождения 3-5 мин. Баллы, полученные по каждой части опросника подсчитываются и интерпретируются отдельно. По количеству баллов выявляют степень тяжести

депрессивного состояния и тревоги: от 0 до 7 – норма; от 8 до 10 – субклинический выраженные симптомы; от 11 и более баллов – клинически выраженные симптомы расстройства.

Результаты и их обсуждение. По шкале HADS у 17 студентов (53% от общего числа студентов, принявших участие в анкетировании), которые переболели COVID-19 в течение прошедшего полугодия, полное отсутствие выраженных проявлений тревоги было выявлено лишь у 7 опрошенных (41%). Субклиническая выраженность симптомов наблюдалась у 7 студентов (41%), клинически выраженные тревожные расстройства можно было наблюдать у 3 обучающихся (18%).

При анализе части опросника, позволяющей дать оценку степени тяжести депрессивного состояния, были получены следующие результаты: у 13 студентов (76%) отсутствовали симптомы, указывающие на наличие депрессии; у 3 человек (18%) наблюдались незначительно выраженные признаки депрессии; у 1 обучающегося были выявлены клинически проявляющиеся симптомы депрессивного состояния.

Если говорить о 15 студентах, перенесших COVID-ассоциированную инфекцию в течение прошедшего года, наблюдается менее благоприятная картина: выраженные клинические проявления тревоги наблюдались уже у 8 обучающихся (53%) по сравнению с 3 студентами, которые были выявлены среди лиц, болевших COVID-19 в течение прошедшего полугодия. Количество студентов с выраженными симптомами депрессии, которые переболели около года назад, также превалирует над количеством студентов, переболевших в течение полугодия (5 человек (33,3% от общего числа) в сравнении с 1 человеком, перенесшим ковидную инфекцию около полугодия назад и имеющим клинически выраженную депрессию).

Заключение. В ходе данного исследования был проведен анализ уровня тревожности и депрессивного состояния у студентов, перенесших COVID-19.

Были исследованы студенты одного возраста, разделенные на 2, примерно одинаковые по количеству группы, при этом студенты из 1 группы переболели в течение последнего полугодия, а 2 – в течение года.

Проведенное тестирование позволяет сделать вывод о том, что зачастую улучшение физического состояния студентов в возрасте 21-23 лет не сопровождается положительной динамикой в сфере психического здоровья.

В данном случае находят подтверждение ранее высказанные предположения о том, что в случае заболевания COVID-19, на первый план, выходит физическое выздоровление, а только потом у переболевшего начинают проявляться проблемы в психике.

Литература/ References

1. Васильева А.В., Незнанов Н.Г., Соловьев А.Г. Ментальная экология в структуре пандемии COVID-19 // Экология человека. 2022. № 7. С. 461-469.
2. Мосолов С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 // Современная теория психических расстройств. 2021. № 3. С. 2-23.
3. Социология Эмиля Дюркгейма. - URL: <https://clck.ru/ehrBj> (дата обращения 29.09.2022)

АЛКОГОЛИЗМ И СОЗАВИСИМОСТЬ КАК ФОРМА АДДИКЦИИ

Стрельченко Н.С.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.М. Селедцов

Аннотация. Алкоголизм крайне отрицательно воздействует на многие показатели человеческого потенциала и качества жизни, препятствуя экономическому росту, культурному развитию. Исследование феномена созависимости так же имеет большое значение, так как не только зависимый

нуждается в психологической помощи, но и члены его семьи. Проблема созависимости с каждым годом все более актуализируется в связи с увеличением масштабов распространенности различных зависимостей, в том числе и алкогольной.

Ключевые слова: алкоголизм, психоактивное вещество, аддиктивное поведение, зависимость, созависимое поведение.

ALCOHOLISM AND CODEPENDENCY AS A FORM OF ADDICTION

Strelchenko N.S.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – MD, PhD, Professor A.M. Seledtsov

Abstract. Alcoholism has an extremely negative impact on many indicators of human potential and quality of life, hindering economic growth and cultural development. The study of the phenomenon of codependency is also of great importance, since not only the dependent needs psychological help, but also his family members. The problem of codependency is becoming more and more urgent every year due to the increasing prevalence of various addictions, including alcohol.

Keywords: alcoholism, psychoactive substance, addictive behavior, addiction, codependent behavior.

Цель исследования. Обзор литературных данных, касающихся алкоголизма и созависимого поведения. В работе проводится детальный анализ подходов к дефиниции данного феномена, основные механизмы формирования подобного рода отношений. В свете рассмотренных теоретических основ дается освещение современных подходов к терапии.

Материалы и методы исследования. Произведен поиск с последующим обзором литературы по запросам «алкоголизм», «аддиктивное поведение», в

базах данных: Академия Google, PubMed, eLibrary, Cyberleninka. При подготовке обзора были использованы теоретические методы (анализ, обобщение, систематизация научных положений и статей).

Результаты и их обсуждение. Аддиктивное поведение – один из типов девиантного поведения с формированием стремления человека к уходу от реальности, путём искусственного изменения своего психического состояния, посредством применения некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций [1].

Неудовлетворяющая реальность – это в каком-то смысле всегда внутренняя реальность, так как и в случаях, когда речь идет о внешней «средовой» реальности, последняя воспринимается, осознается или производит эффект на подсознание, приводя к возникновению того или иного, вызывающего дискомфорт внутреннего психического состояния, от которого возникает желание избавиться [2].

Одним из видов аддиктивного поведения является алкоголизм.

Хронический алкоголизм (алкоголизм, алкогольная болезнь, зависимость от алкоголя) - прогрессивное заболевание, возникающее в результате длительного систематического злоупотребления спиртными напитками или их суррогатами, характеризующееся тремя основными проявлениями:

1) патологическое влечение к опьянению;

2) измененная толерантность к алкоголю;

3) алкогольный абстинентный синдром. В алкогольной аддикции, помимо физической, необходимо выделять психологическую зависимость, которая строится на фиксации ощущения, что алкоголь вызывает желаемый эффект.

Выделяют основные дифференцированные эффекты алкоголя. К ним относится эйфоризирующий эффект, вызывающий повышенное настроение, транквилизирующий (атарактический), способность алкоголя вызывать релакс,

кайф-эффект, состояния, сопровождающиеся стимуляцией воображения, уход в сферу мечтаний, отрыв от реальности, отрешенность.

Человек, который помнит эффект от первой встречи с алкоголем, с большей вероятностью попадает в сферу алкогольных проблем. Психологическая зависимость от алкоголя начинается тогда, когда употребление алкоголя во многом теряет символический характер. Алкогольный аддикт может временно не употреблять алкоголь, но если это воздержание даётся ему как результат борьбы с желанием выпить, наличие психологической зависимости не вызывает сомнений. Короленко и Донских (1990) приводят описание основных аддиктивных мотиваций, наблюдающихся при развитии алкогольного аддиктивного поведения.

1) Атарактическая мотивация заключается в стремлении устранить тревожность.

2) Субмиссивная мотивация сводится к неспособности отказаться от предлагаемого кем-нибудь приёма алкоголя. В качестве оправдания используются такие причины, как, например, «неудобно», «не хочу обидеть хороших людей». Мотивация отражает выраженную тенденцию к подчинению, зависимости от мнения окружающих.

3) При гедонистической мотивации алкоголь принимается для повышения настроения.

4) Мотивация с гиперактивацией поведения заключается в возникновении субъективного состояния повышенного тонуса, сочетающееся с повышенной самооценкой.

5) Псевдокультурная – стремление произвести впечатление на окружающих редкими и дорогостоящими алкогольными напитками, показать «изысканный вкус». Как правило, данная мотивация связана со стремлением компенсировать комплекс неполноценности.

Алкоголизм и другие химические зависимости нельзя объяснить с позиции «правильной» одномерной модели. Биологические, психологические и социокультурные факторы влияют на происхождение, характер, поддержание и изменение болезни. Существуют разные мнения о причинах и механизмах формирования алкоголизма.

Так, например, Г.В. Старшенбаум утверждал, что у детей, рожденных от пьющих матерей распространены такие синдромы как: алкогольный синдром плода, являющийся основной причиной задержки умственного развития детей, синдром минимальной мозговой дисфункции, приводящий к гиперактивности и плохой обучаемости, и синдром дефицита удовольствия, проявляющийся в постоянном ощущении скуки.

Центры удовольствия не получают достаточной активации, поэтому человек прибегает к психоактивным веществам (ПАВ), которые стимулируют выработку нейромедиаторов, воздействующих на опиатные рецепторы – дофамин, энкефалины, эндорфины, и другие. Со временем мозг перестает вырабатывать достаточное количество медиаторов самостоятельно. Требуется все большая доза ПАВ.

Исследования Лукашук А.В. и Филлиповой М.Д. показали, что юноши и девушки, воспитывающиеся в семьях, где один или оба родителя страдали от алкогольной зависимости, в своей взрослой жизни становятся зависимыми от алкоголя и других ПАВ намного чаще, чем юноши и девушки, чьи родители не имели зависимости. Факт наличия алкогольной зависимости у родителя следует отнести к предикторам развития аддикции у их детей, вне зависимости от того, в какую социальную среду они попадают [3]. Взрослые дети больных зависимостями часто заболевают теми же болезнями, что и их родители, но при этом тяжесть болезни у детей может быть более выраженной, чем у родителей [4]. Л.Вёрмсер выделяет 4 типа семей, формирующих будущего аддикта:

1) травмирующая

- 2) навязчивая
- 3) лживая
- 4) непоследовательная.

В первом случае ребенок испытывает чувство стыда и беспомощности, и в последствии избавляется от них с помощью ПАВ. Во втором — компенсирует свою фальшивую идентификацию с помощью ПАВ. В третьем — утрачивает чувство реальности и собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию. В четвертом - нарушается стабильность Суперэго и социализация. Итог - создание мотивации для употребления ПАВ, с целью избавления от негативных чувств зависимого.

Е.А. Кошкина совместно с соавторами утверждает, что большинство членов семей больных алкоголизмом, совместно проживающих с больным не менее 2 лет, являются созависимыми. Несмотря на то, что до сих пор нет общепринятой дефиниции созависимости, ряд авторов рассматривают созависимость как болезнь, а другие как реакцию. Важно понимать, что созависимость является более тяжёлой формой аддикции, чем аддикция к конкретной активности или агенту [5].

Созависимые лица используют отношения с другим человеком так же, как аддикты используют аддиктивный агент. Человек с аддиктивным поведением нуждается в созависимых людях, вследствие страха быть покинутым. Такая взаимная зависимость друг от друга устраивает обоих.

Например, Карпман описал «драматический треугольник», который лег, в частности, в основу проанализированной Берном игры «Алкоголик». Каждый игрок попеременно занимает одну из 3 позиций: Преследователь, Жертва и Спаситель. В день полочки муж приходит пьяный, без зарплаты и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена – Жертвы). Наутро он мучается с похмелья и исполняет роль Жертвы, вымаливая прощение жены, которая вначале находится в роли Преследователя, а простив и дав похмелиться – в

роли Спасителя. Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются друг в друге для садомазохистских созависимых отношениях. Со временем алкоголик подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа – ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя («Обложили меня, обложили...») (Берн, 1997). Е.В. Isaacson (1991) описала три основных правила, принятые в семьях больных зависимостью:

- 1) «не доверяй» – это правило вытекает из непостоянства семейной жизни и невозможности предвидеть будущее;
- 2) «не чувствуй» – в семьях происходит подавление чувств – и гнева, и радости;
- 3) «не говори» – это правило требует держать в «секрете» все, что связано с аддикцией в семье.

Установлено, что включение семьи больного алкоголизмом в психотерапевтический процесс, значительно повышает ее эффективность [6, 7]. Для выздоровления от созависимости первостепенное значение играет самодиагностика, признание у себя признаков болезненного состояния. Помощь созависимым членам семей больных алкоголизмом состоит в обеспечении их необходимой информацией об алкоголизме и созависимости, поддержке и понимании их проблем, личностно-ориентированной психотерапии, предоставлении им возможности участия в поддерживающих семейных психотерапевтических группах, осознании и избавлении от зависимого поведения. Для преодоления созависимости применяется программа, включающая в себя лекции по вопросам зависимости и созависимости; индивидуальную и групповую терапию; семейную психотерапию; анонимные группы само- и взаимопомощи, в которые

добровольно объединяются родственники лиц с зависимостью от психоактивных веществ [8].

Заключение. Проведён обзор литературных данных, касающихся алкоголизма и созависимого поведения. В работе проведён детальный анализ подходов к дефиниции данного феномена и основных механизмов формирования подобного рода отношений. В свете рассмотренных теоретических основ освещены подходы к терапии.

Литература/ References:

1. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
2. Психическое здоровье человека в современном обществе. Междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения / Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин [и др.]. – Москва : ООО Альпен-Принт, 2022. – 295 с. – ISBN 978-5-6048625-8-2. – DOI 10.21893/978-5-6048625-8-2.2022.
3. Лукашук А.В., Филлипова М.Д. Связь алкогольной зависимости родителей и аддиктивного поведения детей. [Электронный ресурс] /А.В. Лукашук, М.Д. Филлипова// Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2015. № 2 (9). Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=136> (дата обращения: 26.02.2023).
4. Москаленко В.Д. Взрослые дети больных зависимостями - группа множественного риска // Психическое здоровье. - 2006, № 5(5). - с. 61-67.
5. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.А. Дмитриева. – М.: Академический проект, 2000. – 464 с.
6. Селезнёв А. Г., Бабюк И. А., Селезнёва Г. А., Горбунова Н. В. Лечение алкоголизма без ведома больного с учётом культуральных особенностей семейной терапии в странах СНГ // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1, вып.1. - С. 129–130

7. Ziter M. Z. P. Treating alcoholic families: The resolution of boundary ambiguity // Alcohol. Treat. Quart.- 1989.-V.5,N 3-4.-P. 221-233
8. Созависимость при алкоголизме и наркомании(пособие для врачей, психологов и родственников больных. М.: «Анахарсис», 2002. С.112
9. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. - 2-е изд. - Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017 - 376 с.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЖИЗНЕННОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Тактаракова С.С., Логинова И.О.

*Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Россия, г. Красноярск*

Аннотация. В данной статье рассмотрена возможность влияния устойчивости жизненного мира у пациентов с атопическим дерматитом в зависимости от их устойчивости жизненного мира на возникновение рецидивов данного заболевания. Детально раскрыта взаимосвязь указанных компонентов. Выявлена взаимосвязь негативного влияния неконструктивного и стагнационного типа устойчивости жизненного мира на течение атопического дерматита у участников исследования.

Ключевые слова: устойчивость жизненного мира, характер психологической устойчивости, психосоматика, психодерматология, атопический дерматит, рецидив атопического дерматита.

THE POSSIBILITY OF STUDYING THE STABILITY OF THE HUMAN LIFE WORLD IN THE OCCURRENCE OF RELAPSES OF ATOPIC DERMATITIS

Taktarakova S.S., Loginova I.O.

*Department of Clinical Psychology and Psychotherapy with the Course
of PE V.F.Voino-Yasenetsky Moscow
State Medical University, Russia, Krasnoyarsk*

Abstract. This article considers the possibility of the influence of the stability of the life world in patients with atopic dermatitis, depending on their stability of the life world, on the occurrence of relapses of this disease. The interrelation of these components is disclosed in detail. The interrelation of the negative influence of the unconstructive and stagnant type of stability of the life world on the course of atopic dermatitis in the study participants was revealed.

Keywords: stability of the life world, the nature of psychological stability, psychosomatics, psychodermatology, atopic dermatitis, relapse of atopic dermatitis.

Введение. Целостность современной человеческой личности невозможна без сознательного объединения ее ресурсов, включающих в себя физические, интеллектуальные и духовные факторы. Приведенный в данной исследовательской работе взгляд на проблему психосоматической причины возникновения рецидивов атопического дерматита показывает возможность так называемого психосоматического самоповреждения, которое разрушает гармонию цельности жизни, то есть устойчивость жизненного мира.

Устойчивость жизненного мира как понятие рассматривается в различных отраслях научной деятельности. Само определение возникло на стыке наук общественных и естественных. Личностное жизнеосуществление в данном контексте имеет разносторонний характер и отражается в психологической устойчивости личности, куда входит мотивационный и поведенческий компонент [4, С.352].

Системно антропологический подход характеризует человека как образующую психологические новообразования систему, где главный фактор устойчивости – способность к самоорганизации и рефлексии [3, С.174].

В отечественной психологии устойчивость жизненного мира человека рассматривается как фактор успешности осуществления цикла жизнедеятельности в русле перевода собственных возможностей личности в действительность, что развивает ее, формируя некое пространство свободного движения. В.В. Занков определяет устойчивость как внутреннюю вселенную личности, препятствующую человеку зависеть от постоянно изменяющихся жизненных сценариев [1, С.384].

Оптимизация собственного потенциала - важная системная характеристика устойчивости жизненного мира. Данный процесс можно считать успешным в том случае, если человек сможет осуществить гармоничное развитие во всех жизненно важных для него сферах. Устойчивость жизненного мира определяется объединением показателей оптимальности и продуктивности процесса жизнедеятельности. При отсутствии или недостаточной выраженности устойчивости жизненного мира человек лишается внутренней самоидентичности [2, С.416].

В этой связи изучение устойчивости жизненного мира должно быть исследовано с помощью методического инструментария, объединяющего динамику жизни человека, процесса движения собственной целостности, в котором устойчивость жизненного мира выражается в трех чертах - стагнационный, неконструктивный и конструктивный характер устойчивости жизненного мира (Таблица 1).

В соответствии с обозначенными позициями профессором, д.психол.н. Логиновой И.О. была разработана методика «Изучение устойчивости жизненного мира человека», основная идея которой – суметь обнаружить такие особенности устойчивости человека, которые обеспечивают определенный

режим функционирования, результатом которого выступает жизнестойкость по отношению к внешним и внутренним воздействиям [3, С.174].

В психосоматической практике данный методический инструментарий еще не был применен для исследования личностных аспектов пациентов, что вызвало интерес в данной работе проследить взаимосвязь между устойчивостью жизненного мира и частотой рецидивов заболевания у пациентов с атопическим дерматитом.

Таблица 1.

Характер устойчивости жизненного мира

Характер устойчивости жизненного мира человека	Критерии оценки характера проявления устойчивости
Стагнационный	Снижение рефлексивной способности, жизненной ценности, шаблонные продукты жизнедеятельности.
Неконструктивный	Недостаток потенциала для разрешения жизненных противоречий, нарушение самоидентичности утрата жизненной ценности.
Конструктивный	Понимание собственных жизненных дефицитов и готовность к их восполнению. Адекватный уровень рефлексивной способности. Самоидентичность.

Вызвал интерес и уже имеющийся научный задел в рамках исследования устойчивости жизненного мира человека. Одним из примеров является актуальная на данный момент тема. В исследовании И.О. Логиновой об особенностях устойчивости жизненного мира людей в период пандемии Covid-19 автор транслирует позицию о проблеме населения, столкнувшегося со сложившейся эпидемиологической обстановкой, которая состоит в том, что каждый человек оказался в ситуации нарушенных отношений с ранее таким

привычным миром. Такие условия относятся к неблагоприятным последствиям для психического здоровья. При привычном укладе, запланированной жизнью на месяцы вперед люди, резко оказавшиеся в ситуации фрустрированных возможностей, были вынуждены выбирать новые способы взаимодействия с социальным окружением. И конечно, для многих это оказалось непосильным стрессом и продолжительным напряжением. Как пандемия, имеющая затяжной характер, так и атопический дерматит – хроническое воспалительное заболевание имеют схожую причину изменения устойчивости жизненного мира человека – это нарушенные отношения человека с миром в условиях неопределенности, долгого течения триггерных обстоятельств, которые, собственно, препятствуют удержанию устойчивости жизненного мира человека (пандемией или долгими неблагоприятными обстоятельствами обусловленных) условий жизнедеятельности [5, С.19].

Таким образом, выбор для нашего исследования методики «Изучение устойчивости жизненного мира» оправдан. Наличие такого заболевания, как атопический дерматит, подразумевает изменения образа жизни, стратегии жизнеосуществления для благоприятного реабилитационного потенциала, но готовность к вызовам окружающей среды, например, чувствительность к мнению о заболевании окружающих людей, постоянные лечебные мероприятия и симптомы заболевания - нестерпимый зуд, шелушение, воспаление не всегда находится на оптимальном уровне адекватного взаимодействия с заболеванием.

То есть, устойчивость мира человека – это характеристика, проявляющаяся в условиях реальной жизнедеятельности, которая может быть как конструктивной, так и неконструктивной, в зависимости от соответствия режима функционирования условиям заболевания и окружающей среды. Исследование степени устойчивости психологической системы пациентов с атопическим дерматитом, как показателя тождественности собственной жизни, удерживающей целостность системы «человек – мир», может идти по линии

изучения режима функционирования психологической системы, реализуемого в условиях реальной жизнедеятельности, то есть в течение заболевания.

Объекты и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ результатов опроса «Изучение устойчивости жизненного мира» 118 пациентов ККВД №1 с атопическим дерматитом, находящихся на лечении в дневном стационаре учреждения. Все пациенты, принявшие участие в исследовании, проходили лечение в ККВД №1 период 2020-2023г.

Итак, особого внимания заслуживает тот факт, что среди 118 пациентов с атопическим дерматитом (100%), имели рецидив заболевания с частотой как минимум раз в полгода 100 пациентов (84,7%), что указывает на достаточно серьезное погружение в болезнь данной категории пациентов и значительное ухудшение их качества жизни (Таблица №2).

Таблица 2.

Частота встречаемости рецидива атопического дерматита, %

Рецидив*	Частота	Проценты	Валидный процент	Накопленный процент
1	100	84,7	84,7	84,7
2	18	15,3	15,3	100,0
Всего	118	100,0	100,0	

Кроме того, была проведен анализ и составлена таблица сопряженности пациентов по характеру проявления устойчивости жизненного мира и наличию рецидива в течение полугода, где видно, что среди людей с рецидивами число тех, у кого конструктивный характер всего 14,0%, тогда как лиц с неконструктивным и стагнационным характером 45,0% и 41,0% соответственно. (Таблица № 3).

Результаты и их обсуждение.

Процентное соотношение количества рецидивов у пациентов с атопическим дерматитом и характером устойчивости жизненного мира говорит о том, что лица с конструктивным типом устойчивости жизненного мира в меньшей степени склонны к рецидивам атопического дерматита, чем пациенты с неконструктивным и стагнационным типом устойчивости жизненного мира, что подтверждают результаты статистической обработки результатов. В целом, можно сказать, что влияние устойчивости жизненного мира на возникновение рецидивов у пациентов с атопическим дерматитом существует.

Таблица 3.

Таблица сопряженности пациентов по характеру проявления устойчивости жизненного мира и наличию рецидива в течение полугода, %

			Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)**		Всего
			1,0	2,0	
УЖМ (1-конструк, 2-неконстр, 3-стагн.)*	1,0	Количество	14	10	24
		% в Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)	14,0%	55,5%	20,3%
	2,0	Количество	45	3	48
		% в Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)	45,0%	16,7%	40,7%
	3,0	Количество	41	5	46
		% в Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)	41,0%	27,8%	39,0%
Всего	Количество		100	18	118
	% в Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)		100,0%	100,0%	100,0%

* Устойчивость жизненного мира (1-конструк, 2-неконстр, 3-стагн.)

** Рецидив (1-был,2-нет) (пол года)

Заключение. Понимание собственных жизненных дефицитов и готовность к их восполнению путем целеполагания и рефлексии, стремление гармонизировать отношения между миром и поведением и самождественность, именуемые конструктивным характером устойчивости жизненного мира, присущий в настоящем исследовании меньшему проценту пациентов с атопическим дерматитом, является оптимальным вариантом взаимодействия в континууме человек-мир. У пациентов данной категории рецидивы возникают гораздо реже, нежели у категории пациентов, которым присущи стагнационный и неконструктивный характер устойчивости жизненного мира, где у пациентов с атопическим дерматитом снижена рефлексивная способность, отсутствует ценностное отношение к жизни, доминируют шаблонные и не актуальные ситуации продукты жизнедеятельности и недостаточно ресурсов собственного потенциала для разрешения противоречия между образом мира и образом жизни.

Литература/ References:

1. Занков В.В. Субъект, личность и психология человеческого бытия / под редакцией В. В. Знакова, З. И. Рябикиной. Москва: Издательство «Институт психологии РАН», 2005. 384 с.
2. Казакова Т.В., Фирер Н.Д. // Устойчивость жизненного мира и ее проявление в подростковом возрасте. Проблемы современного педагогического образования. 2018. №.60-2. С.416.
3. Ключко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). – Томск: Томский государственный университет, 2005. 174 с.
4. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Академия, Смысл, 2005. 352 с.

5. Логинова И.О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики // 2012. №17. С.19.

ЗНАЧИМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Федосеева И.Ф.¹, Акименко Г.В.²

¹*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации*

²*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В работе отражена динамика изменений возрастных психологических особенностей студентов, предложены оптимальные методы учебного взаимодействия педагога и обучающегося, направленные на реализацию целей и задач Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения. Работа ориентирована на профессорско-преподавательский состав медицинских образовательных организаций.

Ключевые слова: личность обучающегося, психология студента, возрастные особенности.

SIGNIFICANT PSYCHOLOGICAL FEATURES OF STUDENT AGE

Fedoseeva I.F.¹, Akimenko G.V.²

¹*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical
Rehabilitation*

²*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University Russia, Kemerovo*

Abstract. The work reflects the dynamics of changes in the age-related psychological characteristics of students, suggests optimal methods of educational interaction between a teacher and a student, aimed at realizing the goals and

objectives of the Third Generation Federal State Educational Standard. The work is focused on the teaching staff of medical educational organizations.

Keywords: student's personality, student's psychology, age characteristics.

Как свидетельствуют события последних месяцев качественное медицинское обслуживание населения всегда будет являться актуальной проблемой в любой стране мира. В этой связи в современных условиях вопросы, связанные с совершенствованием профессионального медицинского образования приобретают особую значимость, так как медицинские специалисты, прежде всего врачи, представляют собой особую социальную страту, которая обладает исключительным смыслом как для отдельного человека, так и общества в целом.

Причины, влияющие на принятие человеком решения об обучении в медицинском вузе являются определяющими моментами как для процесса овладения специальностью, так и для последующей профессиональной деятельности. Изучение этих факторов, в их взаимосвязи является важным, как диагностическим, так и прогностическим моментом для определения перспектив современного медицинского образования и здравоохранения.

Как свидетельствует российский и зарубежный опыт, организации учебно-воспитательного процесса в медицинском вузе на всех его этапах, начиная с профориентационной работы, должна строиться с учётом индивидуальных личностных особенностей обучающихся, их релевантности будущей профессиональной деятельности.

Эмоциональные состояния, уровень развития волевых качеств, особенности акцентуации характера, темперамент студента существенно влияют на характер взаимоотношений с преподавателями, однокурсниками и, главное, на успешность обучения. Знание психологических особенностей личности студента в том числе: способностей, общего интеллектуального

развития, интересов, мотивов обучения и др. позволяет находить реальные возможности их учёта в условиях массового обучения в высшей школе.

Многочисленные исследования позволяют утверждать, что в современном обществе поступление в медицинский вуз для продолжения обучения у молодых людей становится все более осознанным шагом. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что доминирующим мотивом выбора профессии врача является желание помочь больным людям. Данный мотив тесно связан с высокими показателями такого учебно и профессионально важного качества обучающихся как эмпатийность. Для молодых людей значимыми мотивами так же является мотив успешной самореализации в профессии, который не редко становится и основным [5].

Процесс обучения в медицинском университете напряженный и один из наиболее сложных по сравнению с другими вузами. Это обусловлено спецификой, емкостью изучаемых дисциплин, исключительной значимостью и ответственностью будущей профессии. Для того, чтобы выпускник медицинского университета был максимально результативен в своей профессиональной деятельности, организация учебно-воспитательного процесса на всех этапах обучения должна опираться на субъектные особенности студентов, исследование которых осуществляется в контексте определения особенностей их учебной мотивации.

В большинстве научных публикаций, посвященных изучению личностных особенностей мотивации обучающихся, в качестве объекта исследования выступают студенты медицинского вуза. Акцент делается на изучение психологических факторов, помогающих человеку раскрыть свой потенциал и добиваться высоких результатов как в учебной, так и профессиональной деятельности.

Предмет исследования. Индивидуально-психологические особенности и мотивы обучающихся определяющие выбор врачебной специальности..

Цель исследования. Определить специфику структурных взаимосвязей между психологическими свойствами личности обучающегося, мотивами и внешними факторами, проявляющимися, как в профессиональном выборе, так и освоении врачебной специальности, влияющими на профессиональное самоопределение студента.

Методы исследования: в работе использовались методы теоретического анализа, наблюдение, тестирование. Для диагностики значимых психологических характеристик применялись методики бланковых тестов: опросник для изучения темперамента Я. Стреляу, методика Е.П. Ильина и П.А. Ковалева «Агрессивное поведение», методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко и методика диагностики форм агрессии А. Басса и А. Дарки.

Группу респондентов составили молодые люди, обучающиеся на лечебном факультете Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) в количестве 68 человек.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование позволило сделать следующие основные Заключение:

- обучение в медицинском университете на всех уровнях образования (бакалавриат, специалитет, ординатура, аспирантура) требует от студентов высокого интеллектуального потенциала, который позволяет обеспечить полноценное освоение дисциплин и практик учебного плана. Результат определяется не только и не столько высоким баллом Единого государственного экзамена (ЕГЭ) обучающихся, но и индивидуально-психологическими особенностями студентов;

- обучение в вузе в рамках овладения профессиональной деятельностью может сопровождаться личностными кризисами (Кризис адаптации. Характерен для I курса. «Кризис ожиданий» - для III. Кризис самореализации - для IV курса). Показательно, что при этом развитие представлений о

профессии врача, ее содержательном аспекте носит нелинейный характер и связан не столько с накоплением профессиональных знаний, сколько с их осмыслением.

Индивидуальные характеристики обучающегося, главным образом тендерные и нейродинамические, определяют степень выраженности учебно и в будущем профессионально важных личностных свойств. Последние, в свою очередь, ранговую структуру и содержание выделенных в данном исследовании мотивов. Данные личностные характеристики следует относить профессионально важным качествам студентов, в связи с тем, что они показали в первую очередь связь с успешностью овладения врачебной профессией [15, 21].

Анализ анкет респондентов позволяет констатировать, что для девушек характерно преобладание направленности на себя и доминирование мотива получения диплома о высшем образовании; высокие показатели тревожности; склонность к проявлению вербальной, предметной агрессии и аутоагрессии; вспыльчивость, обидчивость и конфликтность.

Для юношей показательно преобладание фактора профессиональной мотивации с выраженным мотивом интереса к будущей профессии; направленность на овладение практическими навыками; склонность к проявлению бескомпромиссности и мстительности [13,28].

К индивидуально-психологическим особенностям личности молодых людей так же следует отнести: высокий уровень коммуникабельности, эмпатийности и тревожности, преобладание лиц со слабой нервной системой. Для них так же показательны средние показатели склонности к проявлению физической агрессии, и конфликтности, направленность на себя [10].

Пониманию психологических особенностей студентов разных уровней обучения способствуют знания психологии развития и возрастной психологии. Первая статично рассматривает динамику свойств личности, а вторая

характеризует устойчивые психологические особенности каждого возрастного периода.

Исследования академика Б.Г. Ананьева свидетельствуют о том, что в возрасте с 18 до 35 лет фазы застоя в психологическом развитии отмечаются только у 16,3% людей, причём продолжаются обычно не более 2-3 лет, что определяет данный возрастной период как годы интенсивного развития [3, 125]. На этом возрастном отрезке жизни пик функциональных возможностей памяти наблюдается в 19 лет. Затем идёт подъём в эвристических процессах. При этом эффективность процесса запоминания и поисковой деятельности обучающихся на некоторое время снижается в 20-22 года. Затем в течение двух лет память вновь улучшается, а в 25-26 лет вновь интенсивно развиваются эвристические процессы. В дальнейшем пик памяти приходится на 30 лет, а пик эвристических процессов на 32 года. Таким образом можно утверждать что функции памяти и мышления у студентов выражены оптимально [3,130].

Исходя из этого в работе с недавними выпускниками школы преподаватели должны осознавать важность овладения знаниями, раскрывающих типологию личности студентов и их возрастные особенности. Не менее важны и знания, навыки, умения реализации психологических подходов к обучающимся, которые позволяют в рамках образовательного и воспитательного процессов реализовать цели и задачи Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) третьего поколения.

Возраст студентов младших курсов 18-20 лет так же характеризуется высокоинтенсивным развитием нравственных и эстетических чувств. Это ярко выраженный период в жизни молодых людей, главными характеристиками которого являются взросление и социализация [4, 138].

В этот период личность проходит четыре этапа развития идентичности:

1. «Неопределённая» идентичность. Характеризуется тем, что молодой человек пока не определился в своем выборе профессии, и как следствие, не

столкнулся с кризисом идентичности. Это показательно для студентов, которые живут в привычной домашней среде в зоне психологического комфорта и как следствие легче адаптируются к обучению в институте.

2. «Преждевременная» идентичность показательна для молодых людей, которые уже определились в выборе будущей профессии, поступили в вуз, но это произошло под влиянием других людей. Этот этап в жизни студентов может быть растянут по времени.

3. Период «моратория». Человек начинает самоопределяться, но свой выбор делает из имеющихся вариантов, которые не всегда ему нравятся и соответствуют его способностям. Часто этот этап продолжается все время обучения, например, на программе бакалавриата (факультет «Сестринского дела») и специалитета (в основном на младших курсах), иногда может захватывать и период обучения в ординатуре. Как свидетельствует практика, ряд обучающихся этой группы идентичности не редко перебирают несколько специальностей в рамках одного медицинского вуза, чтобы разобраться, что же им действительно интересно. Например, поступают на лечебный факультет, отучившись год переводятся на стоматологический. Или заканчивают обучение по специальности «Лечебное дело», проходят ординатуру по кафедре «Акушерство и гинекология», а потом внезапно решают закончить ещё и ординатуру по специальности «Урология».

4. «Зрелая» идентичность - это этап, в рамках которого человек пережил уже кризис идентичности, сделал выбор будущей профессии и перешёл к этапу самоактуализации. В профессиональном плане это уже осознанная деятельность, направленная на становление специалиста конкретного медицинского или фармацевтического профиля.

Поступление в вуз, особенно такой престижный как медицинский университет, безусловно существенно повышает самооценку каждого молодого человека. Однако процесс адаптации к обучению на первом курсе связан с

целым рядом проблем, которые могут негативно сказаться в первую очередь на уровне самооценки обучающихся. Главным образом этот феномен можно объяснить тем, что поступив в университет, первокурсники оказываются в новых, непривычных для них условиях жизни и деятельности: интенсивный учебный процесс, большой объём самостоятельной внеаудиторной работы, для 10,8% студентов - отрыв от семьи и др. (рис.1)

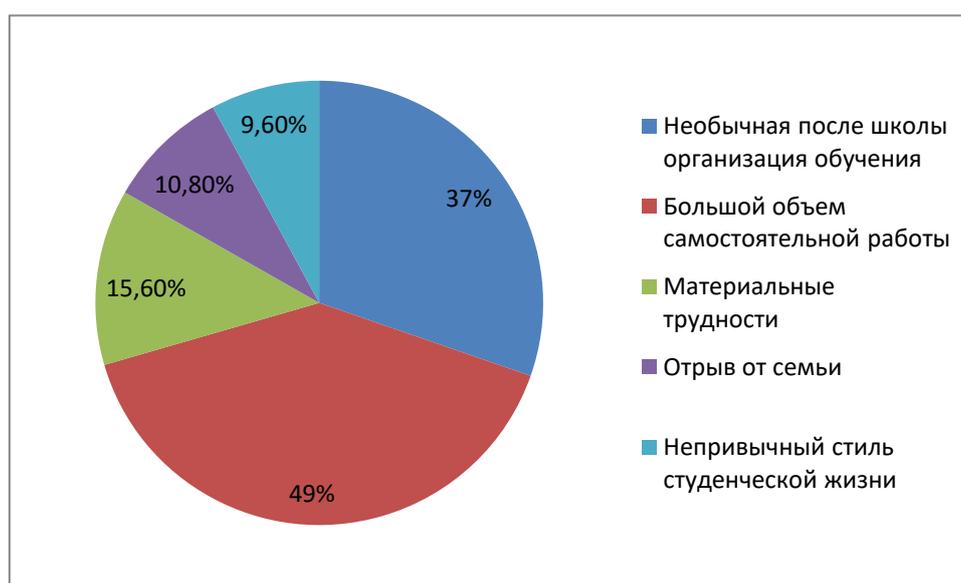


Рис. 1. Основные проблемы, возникающие в процессе психологической адаптации первокурсников к обучению в вузе.

Исследования показывают, что первокурсники не всегда успешно овладевают знаниями отнюдь не потому, что получили слабую подготовку в средней школе. Основная причина, на наш взгляд, кроется в том что у них не сформированы такие черты личности, как: готовность и, главное способность учиться самостоятельно; навыки контролировать и адекватно оценивать себя; умение владеть своими индивидуальными особенностями познавательной деятельности и правильно распределять свое рабочее время для самостоятельной подготовки; преобладание «клипового» мышления. Студенты младших курсов не всегда могут самостоятельно находить решения и умеют

организовать свое время для занятий, распределять временные и психические ресурсы в процессе обучения.

На вопрос: «Что является основной проблемой в организации и проведении учебных занятий для обучающихся?» респонденты назвали: большой объём учебного материала, который необходимо освоить в короткие сроки - 49,6%; проблемы в общении с преподавателем - 17,2%; формы и методы организации учебного процесса - 45,6%; ориентация преподавателя в учебном процессе на «среднего» студента - 62,8%; нехватку времени для самостоятельной внеаудиторной работы - 50,5% и для отдыха, участия в общественной жизни, спорта, сна - 34,5% (рис.2).

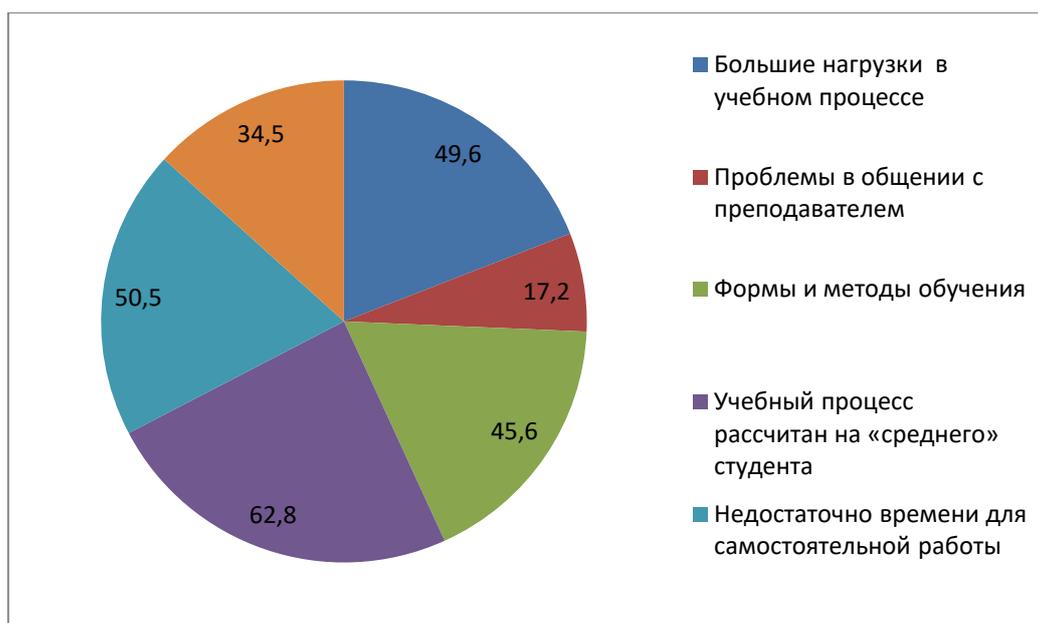


Рис. 2. Факторы, негативно влияющие на интерес и мотивацию студентов к учебе.

На этапе адаптации в вузе обучающимся приходится успешно или менее успешно преодолевать вышеперечисленные и ряд других трудностей, которые в свою очередь могут вызывать у молодых людей фрустрацию, стресс или депрессию. Как следствие, в среднем ежегодно более 5% первокурсников

разочаровываются в выборе профессии врача и добровольно прекращают обучение в университете.

Анализ анкет свидетельствует о том, что к основным факторам стресса на этапе адаптации студентов в вузе можно отнести:

- информационные и эмоциональные перегрузки – 75,6%;
- отсутствие навыков самоорганизации – 56,4%;
- проблемы связанные с учебой и главным образом сдачей коллоквиумов, зачетов в первую сессию – 34,6%;
- коммуникативные трудности в общении со студентами учебной группы – 25,3%;
- авторитарный стиль взаимоотношений частью преподавателей и студентов – 18,9%;
- бытовые проблемы, которые необходимо решать уже самостоятельно и ряд других [11, 77].

Важным в этой связи является и тот факт, что первокурсники до поступления в вуз плохо представляют себе обучение в медицинском университете, слабо понимают, с какими трудностями им придется столкнуться, настроены чересчур оптимистично, и даже через 1 месяц обучения (анкетирование проходило в начале октября 2019 г.) по-прежнему сохраняют иллюзорные представления о перспективах своих учебных достижений.

К числу главных преимуществ современных первокурсников, которые необходимо учитывать преподавателям в процессе обучения, можно отнести ярко выраженный индивидуализм и интеллектуальный потенциал; способность ориентироваться в мировых информационных ресурсах и быстро находить нужную информацию.

Адаптация студентов к учебному процессу (по данным изучения регуляторной функции психики) в норме заканчивается в конце второго учебного семестра.

Можно констатировать, что с меньшим эмоциональным напряжением этот этап проходят студенты, в семье которых есть медицинские работники. Представители врачебных династий доказали свою способность к быстрой и успешной адаптации к обучению в университете. И, если в норме период адаптации длиться от 1 года до 1,5 лет, то у этой группы студентов она, как правило, завершается уже после первого семестра обучения в вузе. В современных условиях этот факт можно рассматривать как феномен результативной адаптации, для которого показательны: принятие норм-требований к учебной работе, улучшение показателей учебы, повышение уровня самооценки обучающихся.

Как показал анализ анкет респондентов, студенты, составляющие адаптированную часть коллектива, отличаются относительно устойчивыми жизненными планами, низким уровнем тревожности и агрессивности, стабильными показателями в учебе, «психологическим комфортом» [1, 165]. Показательно, и то, что данная группа обучающихся успешно справляются с различными формами самостоятельной работы. Например, в рамках изучения курса «Психология и педагогика» студенты готовят психологическую самохарактеристику, пишут эссе, рефераты, решают ситуационные задачи и кейсы и многое другое. Респонденты данной группы выполняет все задания в срок на «хорошо» и «отлично» [2]. Важно, что эта группа студентов способна успешно совмещать учёбу с участием в общественной жизни университета, заниматься спортом (84,6%). Первокурсники (более 15% респондентов) во втором семестре начинают активно участвовать в работе студенческих научных кружков на гуманитарных и естественнонаучных кафедрах университета. В целом, первокурсники несамостоятельны, у них не сформированы навыки самоорганизации, не критичны к своим действиям, более чувствительны к наказанию, чем к поощрению.

Не менее серьёзные проблемы в организации учебного процесса, на наш взгляд, связаны с тем, что, по мнению специалистов, у современных первокурсников преобладает «клиповое» мышление, которое ориентировано на то, чтобы перерабатывать информацию короткими порциями [14]. При этом учебный материал должен даваться обучающимся доступно и наглядно. Только при выполнении этих условий современные первокурсники её осмыслят и запомнят. В организации учебного процесса рекомендуется учитывать и тот факт, студенты не могут долго оставаться сосредоточенными на чем-то одном, так как они гиперактивны [8]. Не редко у таких обучающихся возникают проблемы с успеваемостью из-за неусидчивости, хотя при этом могут быть одаренными.

Только к концу второго года обучения у студентов младших курсов формируется зрелый взгляд на вуз, преподавателей, своих одногруппников, а самое главное - на будущую профессию. Как свидетельствуют результаты проведенного исследования 64,6% респондентов считают, что верно выбрали профессию врача.

Показательно, что к третьему курсу у обучающихся повышается работоспособность, точность в выполнении учебных заданий и одновременно развивается интеллект, мышление, память, логика и т.д. [9].

На четвёртом курсе сфера будущих профессиональных интересов у студентов-медиков сужается. Главным образом это связано с длительными периодами учебной практики в условиях клиники. На старших курсах в жизни обучающихся (73,2%) происходит кризис выбора узкой специальности. Одновременно студенты переориентируются с общественных интересов на личные: семейные и профессиональные, начинают совмещать работу и учёбу (44,6%).

Специфика медицинского образования предполагает продолжение обучения на протяжении всей жизни. Следующим этапом после получения

диплома является выбор узкой специализации. Как свидетельствует анализ научной литературы обучение в ординатуре и аспирантуре, успешность профессиональной деятельности преимущественно обусловлены влиянием всего комплекса интегральной индивидуальности человека, в котором личностно-профессиональные качества и мотивы имеют определяющее значение. Установлено, что на последнем курсе обучения в университете у студентов всех факультетов в комплекс важных личностных свойств входят: высокий уровень эмпатийности и коммуникативных способностей, средний уровень личностной тревожности, а так же средняя степень выраженности склонности к проявлению агрессивности и конфликтности.

Студенты старших курсов имеют значительно более высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, чем обучающиеся на младших курсах. Это главным образом связано с тем, что студенты-медики вынуждены проявлять больше самостоятельности от курса к курсу. Старшекурсникам значительно больше верят в свои способности, лучше контролируют и планируют собственную жизнь.

И, если выбор для обучения медицинского университета был обусловлен влиянием всего комплекса интегральной индивидуальности человека, то выбор той или иной специализации в большей степени связан с проявлением не личностных свойств, а внешних стимулов и спецификой самой специализации. Установлено, что степень выраженности личностных свойств у студентов, выбравших различные врачебные специализации, не имеет значимых различий, в то время как мотивационные факторы, определяющие выбор имеют значимые содержательные различия. Так, при поступлении в ординатуру трудности выбора были отмечены у 32% выпускников университета [12, 308]. Определяющим фактором являлся интерес к той или иной специальности. Однако, до 4,6% поступивших в ординатуру в течение первых 2-3 месяцев

обучения высказывали неудовлетворённость своим решением, что в свою очередь может свидетельствовать о их психологической незрелости.

Вместе с тем, можно констатировать и то, что процесс адаптации к условиям обучения в ординатуре и аспирантуре протекает намного легче чем у первокурсников и занимает не более 5-6 месяцев. Это можно объяснить тем, что обучающиеся уже имеют опыт обучения в университете и адаптируются только к специфике конкретных программ. Показательно, что наиболее успешно ординаторы справляются с этим, если остаются продолжать обучение в своем вузе на кафедре, где много лет работали в студенческих научных кружках.

Важным компонентом, который характеризует психологические особенности обучающихся в медицинском университете, является мотивация учебной деятельности.

Показательно, что для «хорошо» и «слабо успевающих» студентов характерны существенные различия в индивидуально-психологических особенностях и мотивах выбора обучения в вузе. Так, большинство респондентов (76,4%) считают, что в процессе учёбы они ориентируются на овладение всеми компетенциями, которые предусмотрены ФГОС ВО и будут им необходимы в профессиональной деятельности. Однако, для 44,6% опрошенных изучение гуманитарных дисциплин и формирование универсальных компетенций особого значения не имеет.

По индивидуально – психологическим особенностям респондентов, можно разделить на психологические типы на основе, например, отношения к учёбе как типу ведущей деятельности студента.

Можно выделить следующие типы обучающихся:

- «успешные», нацеленные на получение знаний. Эта группа студентов самостоятельно разрабатывает для себя подходы к оптимизации процесса обучения. Интерес к учебному процессу у них ориентирован на будущую

профессиональную деятельность. Не редко в годы учёбы они начинают работать младшим медицинским персоналом и осваивают профессию с азов.

- «неуспешные» студенты, стараются не углубляться в суть изучаемых вопросов. Их подготовка в вузе носит поверхностный характер. Главное для них получить диплом о высшем образовании. В последствии они, как правило, по специальности не работают

- обучающиеся, стремящиеся только к узко профессиональной подготовке. Представители этой группы респондентов не уделяют должного внимания как к гуманитарным, так и естественнонаучным дисциплинам. На вопрос «Какие дисциплины Вам кажутся наиболее интересными и нужными?» только 41,08% респондентов назвали гуманитарные и теоретические предметы (Рис.3)

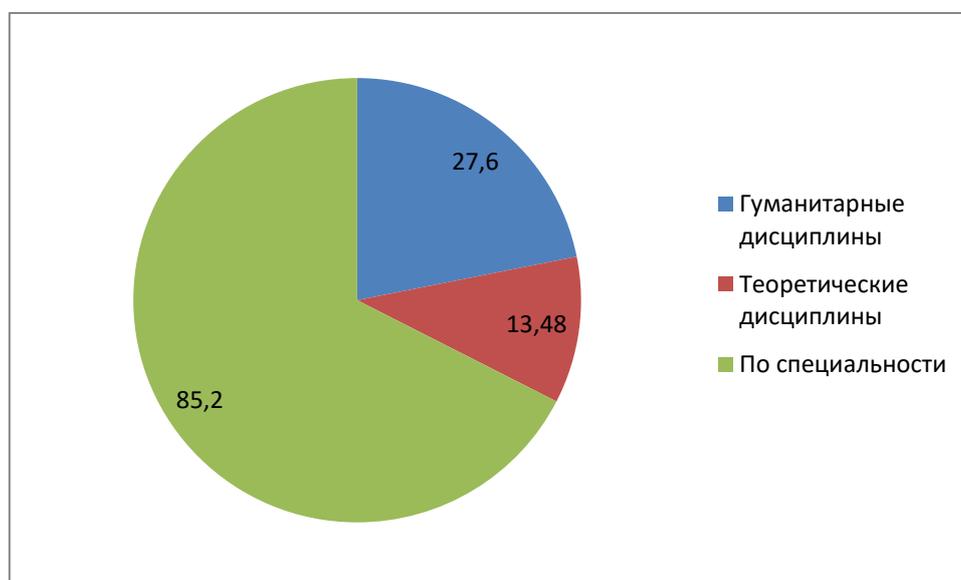


Рис. 3. Интерес обучающихся к дисциплинам различного профиля

При этом они стремятся глубже изучить дисциплину или группу дисциплин, которые с их точки зрения будут иметь отношение к их профессиональной специализации. Не редко при таком подходе выпускники

хорошо знают, например, травматологию, но не ориентируются в вопросах психиатрии или кардиологии, не всегда могут оказать неотложную медицинскую помощь.

- группа студентов, которые относятся к учебному плану, как списку факультативных «дисциплин по выбору». Изучают только те, которые им по каким-то причинам понравились. Такая заинтересованность нередко связана исключительно с личностью преподавателя, который интересно, доступно излагает учебный материал и приятен в общении (Рис.4).

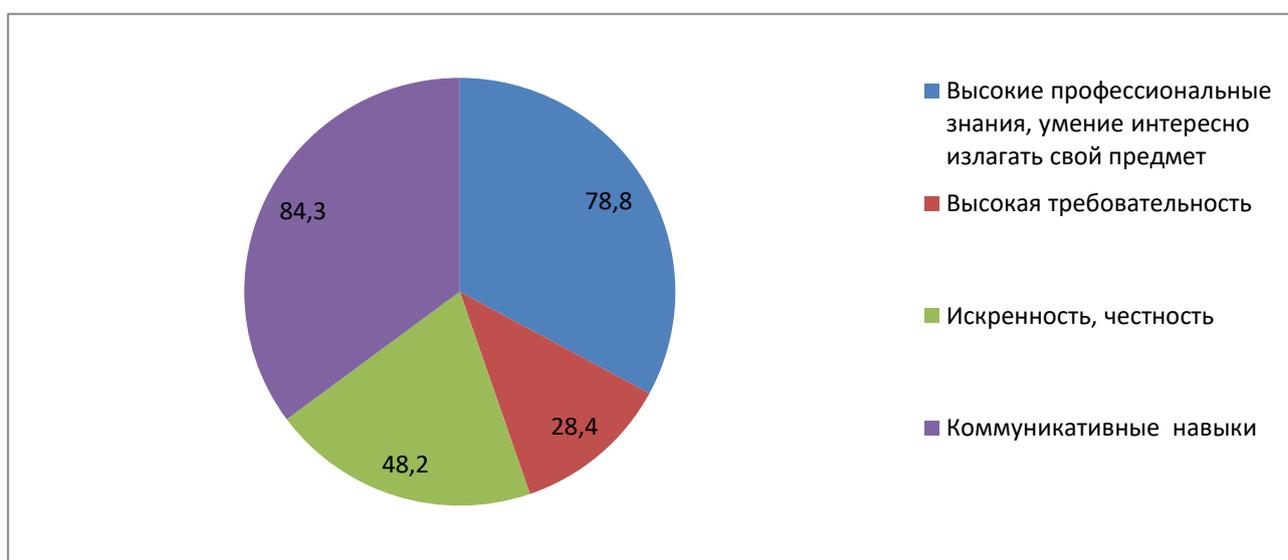


Рис. 4. Оценка основных качеств преподавателя студентами- медиками

В большинстве случаев у студентов этой группы не сформированы профессиональные интересы.

- студенты, которые не интересуются учёбой, не осознают ценности медицинской профессии, не понимают смысла своего пребывания в медицинском вузе. В большинстве случаев эти молодые люди поступили в университет по рекомендации родных, друзей или по каким-либо другим субъективным причинам. Им так же важен только сам факт наличия диплома.

По оценке специалистов существует два типа студентов - с высоким («успешные») и, низким (неуспешные) уровнем регулярности учебной деятельности.

«Успешные» студенты отличаются доминированием профессиональной и коммуникативной мотивации. У них заметно выражен мотив интереса к профессии врача, который акцентирован на помощи больным людям. Главный мотив: интерес к пониманию творческого содержания врачебной профессии, ее престижа, обучению. Значимым так же является возможность в будущем работать в системе «человек-человек» - мотив общения (рис. 5.).

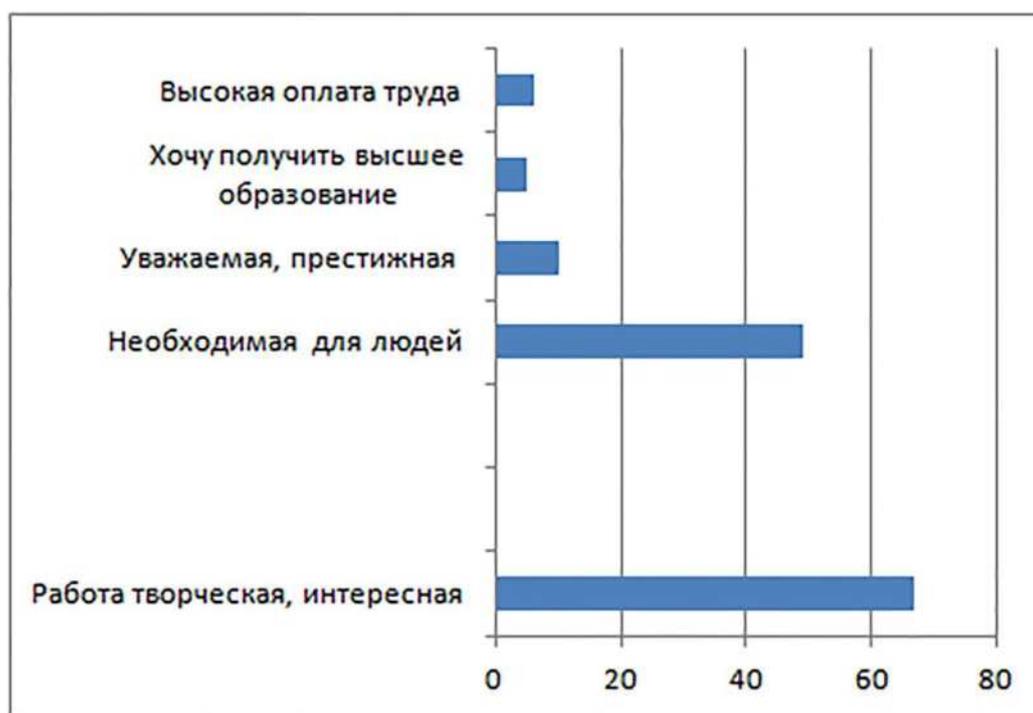


Рис. 5. Характеристики привлекательности профессии врача в оценке студентов медицинского университета.

У этой группы студентов более высокие показатели эмпатии, средняя степень выраженности склонности к проявлению личностной тревожности, доминирование направленности на получение знаний [7, 221].

Для «неуспешных» студентов характерны более низкие, по сравнению с «успешными» обучающимися, показатели эмпатийности, высокая тревожность, склонность к проявлению конфликтности, преобладание направленности на себя, социально-конформистская мотивация с доминированием мотива получения диплома.

Влияют на успеваемость особенности самосознания и самоактуализации. В исследованиях установлена достаточно устойчивая и подтверждающаяся на разных выборках зависимость успешности обучения от такой особенности самосознания, как степень адекватности самооценки. В «неуспешную» группу попадают студенты с излишней самоуспокоенностью и неадекватной (завышенной или заниженной) самооценкой. Их в числе респондентов более 20%.

Лабильность и сила нервной системы так же влияют на выбор приемов работы, в частности учебной (стиль учебной деятельности) - совокупность приемов самоподготовки и аудиторной учебной работы предпочтительно используемая индивидом.

Студенты с сильной нервной системой компенсируют нерегулярность учебной деятельности «авралом», занятиями по ночам. Имея устойчивый тип нервной системы и низкий уровень тревожности, они легко используют при ответах на зачётах и экзамене шпаргалки и т. п.

Студенты со слабой нервной системой, накопив в результате нерегулярной работы большое количество неизученного материала, не могут работать за счет сна. Их тревожность на экзамене мешает им продемонстрировать даже имеющиеся знания. Нерегулярность работы в сочетании со слабой нервной системой становится для них не только причиной неуспеваемости, но и зачастую и причиной отчисления их из вуза, фрустрации, стресса.

Успешность обучающихся со слабым типом нервной системы зависит от уровня развития:

- интеллекта;
- саморефлексии;
- воли.
- психоэмоционального состояния [6, 27].

Недостаточный уровень развития любого из этих свойств приводит к серьёзным проблемам в организации самостоятельной работы, следствием чего и является не достаточная подготовленность к аудиторным занятиям и экзаменам.

Таким образом, проведенное исследование показало, что большинству девушек характерен холерический и сангвинический типы темперамента. Как следствие для них характерны: экстравертированность, высокая эмоциональность, устойчивый тип нервной системы, энергичность, подвижность, импульсивность, вербальная агрессивность. Вместе с тем, зафиксированы и выраженные поведенческие характеристики показательные для асертивной личности: позитивная открытость; настойчивость; здоровое беспокойство; активность в направлении развития и познания и др.

Качественных отличий между распределением типов темперамента среди студентов разных факультетов определено не было. Наименее выражен среди респондентов флегматический тип и смешанный (меланхолически-холерический) тип темперамента.

Как уже отмечалось, полученные в исследовании данные могут быть использованы при отборе в медицинские учебные заведения, ориентации на профессию врача, при организации психологической службы в медицинском вузе, психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса, психологического консультирования студентов. Кроме того, результаты

исследования рекомендуется использовать при разработке программ и планов подготовки будущих врачей, аспирантов, молодых преподавателей кафедр.

Литература/ References

1. Асанов С.А., Акименко, Г.В. Педагогический дизайн и педагогическое проектирование как эффективные технологии организации образовательного процесса в вузе // С.А. Асанов, Г.В. Акименко / Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 4.
2. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете //Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. Сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. 2017. С. 178-180.
3. Анфиногенова О.Б., Шмакова О. В., Рудаева Е. Г. Организация воспитательной работы среди студентов VI курса лечебного факультета // В сборнике: Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. 2016. С. 6-8.
4. Бобер, Е. А. Специфика профессиональных личностных особенностей студентов медицинского университета как фактор качества подготовки специалиста // Молодой ученый. - 2013. - №3. - С. 460-463. - URL <https://moluch.ru/archive/50/6337/> (дата обращения: 25.03.2020).
5. Бохан, Т. Г., Алексеева, Л. Ф., Шабаловская, М. В., Морева, С. А. Профессиональная идентичность в структуре индивидуальной и социальной идентичности студентов-медиков // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 375. – С. 135–140.
6. Головки О. В., Шмакова О. В. Значение волонтерства для студентов медицинского вуза // В сборнике: Воспитательный процесс в медицинском университете: традиции и инновации. Материалы I международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой

Отечественной войне. 2020. С. 71-74.

7. Зимняя, И.А. Педагогическая психология. - М.: Университетская книга, Логос, 2007. - 384 с.

8. Карабинская, О.А., Изатулин В.Г., Колесникова О.В. и др. Влияние личностных качеств студентов первых курсов на процесс адаптации в медицинском вузе // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2010. - №7. - С.71-74.

9. Ключникова, О.Н., Ключникова, М.О., Ключников, О.В. Учебный диалог как способ дидактического взаимодействия // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. - 2014. - Вып. 3. - С.100-102.

10. Люкшина, Д.С., Асриян, О.Б., Черемискина, И.И. Психологические характеристики студентов медицинского вуза различной творческой направленности [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21602> (дата обращения: 25.03.2020).

11. Мурзина, С.М. Психология и типология личности студента // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2010. - №1. - С.307-314.

12. Обухова, Ю. В. Взаимосвязь между особенностями интеллекта и содержанием, характеристиками Я-концепции у студентов-медиков // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2013. – Т. 3. – № 4 (53). – С. 129–133.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Хургул-оол Д. О.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель Е.А. Мамаев

Аннотация: В статье рассматриваются проблемы, связанные с вопросами подростковой агрессии, ее причинами, психологическими аспектами. Авторы констатируют, что изменился характер проявления агрессии: агрессивное поведение подростков характеризуется высоким уровнем жестокости, цинизма. В этой статье представлена информация о различных подтипах агрессии у подростков, об индивидуальных различиях, которые способствуют агрессии во время развития, и о возможных основных процессах, связанных с агрессивным поведением у молодых людей.

Ключевые слова: агрессия, подростки, поведение, психологическая проблема, причина, социально-психологическое явление, механизм, агрессивность, индивидуальные особенности.

DETERMINING THE LEVEL OF AGGRESSION IN ADOLESCENTS

Khurgul-ool D.O.

Department of Physical Culture

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer E.A. Mamaev

Abstract. The article deals with the problems associated with the issues of teenage aggression, its causes, psychological aspects. The authors state that the nature of the manifestation of aggression has changed: the aggressive behavior of adolescents is characterized by a high level of cruelty and cynicism. This article

provides information on the different subtypes of aggression in adolescents, on individual differences that contribute to aggression during development, and on possible underlying processes associated with aggressive behavior in young adults.

Keywords: aggression, adolescents, behavior, psychological problem, cause, socio-psychological phenomenon, mechanism, aggressiveness, individual characteristics.

Актуальность изучения обусловлена тем, что количество несовершеннолетних с девиантным поведением значительно увеличилось за последние 10 лет. Увеличились случаи преступлений, совершенных подростками, под воздействием импульсивных, конкретноситуативных поведенческих реакция [4].

Цель исследования: изучить особенности агрессивного поведения подростков; выявить закономерности проявления агрессивности в подростковом возрасте.

Объектом исследования являются психологические особенности подросткового возраста.

Предмет исследования: механизмы усвоения и закрепления агрессии, условия ее проявления, индивидуальные, возрастные и гендерные особенности агрессивности, способы коррекции агрессивного поведения.

Гипотеза исследования: - агрессивное поведение является одним побочных механизмов психологической защиты; агрессивное поведение в подростковом возрасте может выступать как способ адаптации к социальным условиям.

Методы исследования: наблюдение, опрос, тест А. Басса - А. Дарки. Опросник был создан в 1957 году и до сегодняшнего дня широко используется в зарубежных исследованиях, в которых подтверждаются его высокая валидность и надежность.

В исследовании приняли участие 31 человек – от 12 до 17 лет (14 девушек и 17 юношей). Количество респондентов в возрасте 12 лет составляет 7 человек, 13 лет – 6 человек, 14 лет – 8 человек, 15 лет – 5 человек, 16 лет – 3 человека, 17 лет 2 человека.

В соответствии с общими для теорий агрессии задачами нами были выделены следующие специальные задачи:

- провести теоретический анализ научной литературы по проблеме агрессии
- осуществить анализ психологических особенностей агрессивного поведения современных подростков

Результаты и обсуждение. Анализ специальной литературы показал, что существует большое множество направлений, трактующих природу происхождения агрессии по-своему. При характеристике агрессии, наиболее часто используют два основных понятия – агрессивное поведение и агрессивность. Проблема агрессивного поведения в подростковой среде является сложным социально-психологическим явлением.

В психологии принято разделять понятия «агрессия» и «агрессивность». «Агрессия есть совокупность определенных действий, причиняющих ущерб другому объекту, а агрессивность – это личностная особенность, выражающаяся в готовности к агрессивным действиям в отношении другого» [1, С.37].

Как считает А. Басс, агрессия – это «реакция, в результате свойств которой другой организм получает болевые стимулы». Он классифицирует агрессию на враждебную и инструментальную. Враждебная агрессия характеризует как непосредственное намерение причинить зло другому человеку, а инструментальная – является способом личного обогащения или продвижения. Также А. Басс выделяет следующие пять форм агрессии: физическая агрессия – физические действия против другого лица; вербальная

агрессия – угрозы, крики, ругань и т. д.; косвенная агрессия – направленная (сплетни, злобные шутки) и ненаправленная (крики в толпе, топание ногами, хлопанье дверью и т. д.); негативизм – оппозиционное поведение, в основном направленное против установленных обычаев и законов [2, С.44].

Агрессия это - мотивированное деструктивное поведение, направленное на нанесение вреда объектам нападения, вызванное отрицательным переживанием и состоянием напряжённости, страха, подавленности. Бывает физическим или вербальным, как показано на рисунке №1.



Рис.1. Виды подростковой агрессии.

Агрессивное поведение подростков - одна из актуальных проблем, волнующих современное общество. Педагоги и психологи всех стран

посвятили проблеме переходного возраста сотни, если не тысячи трудов, чем, однако, почти никак не облегчили протекание подросткового кризиса для каждого нового поколения [1].

Агрессия в пределах нормы необходима каждому человеку для выживания, защиты, преодоления жизненных трудностей [3]. Также она может выступать как ресурс активной деятельности, творчества, целеустремленности в работе. Здоровая зрелая личность должна уметь выражать свое агрессивное начало в социально приемлемом русле, уметь контролировать свое поведение и быть ролевой моделью для подрастающего поколения. Агрессия может находить свое выражение в речевом поведении, в частности в использовании в речи жаргонизмов, что в свою очередь провоцирует обратную реакцию со стороны других участников коммуникации [4]. Задача же родителей, сотрудников школы и дополнительного образования вовремя диагностировать и корректировать агрессивные тенденции подростков.

Проблема агрессивного поведения в последнее время стала едва ли не самой значимой в психологии развития. В первую очередь это объясняется ростом агрессии и насилия среди населения вообще и в подростковой среде в частности, как показано на гистограмме «Причины девиантного поведения у подростков» (рис.2.).

Подростковый возраст – это возраст примерно от 11 до 16 лет. Это период бурного и в то же время неравномерного физического развития. Для подросткового возраста характерны раздражительность и вспыльчивость. Однако подростковый возраст – это не какой-то «инвалидный» возраст. Напротив, это возраст кипучей энергии, активного образа жизни [3].

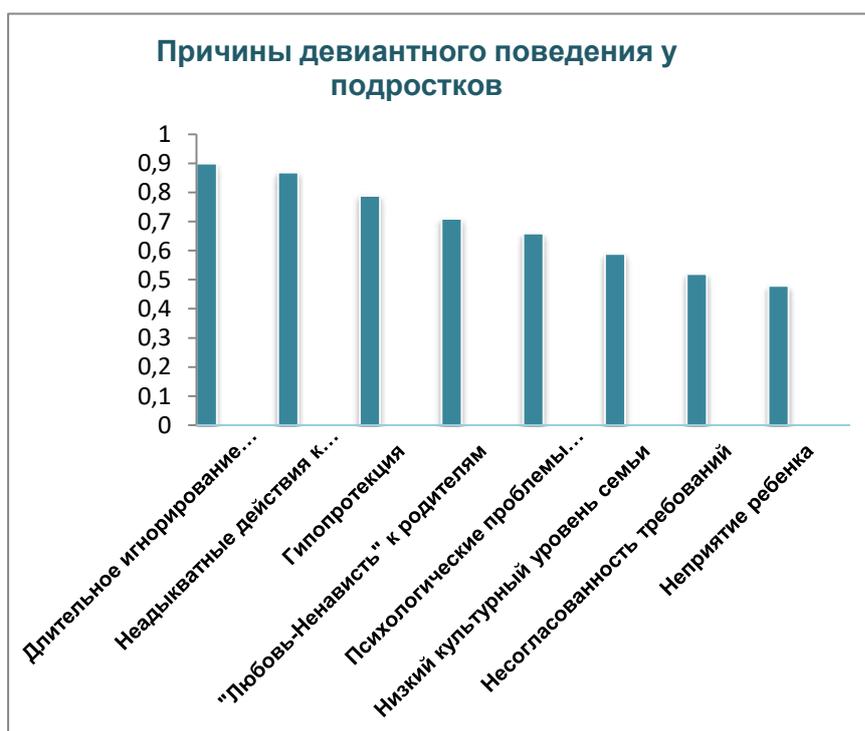


Рис.2. Причины девиантного поведения у подростков

Подростковый возраст относится к особому переломному периоду онтогенеза. Понятие «кризис» применительно к отрочеству используется не только для того, чтобы подчеркнуть тяжесть, болезненность переходного состояния от детства к взрослости, но и чтобы объяснить особенности агрессивного поведения подростков. Анализ различных точек зрения авторов позволил сделать вывод, что основными признаками агрессивности являются упрямство, стремление возражать, раздражительность, приступы гнева, взрывы злости, возмущения, стремление оскорбить, унижить, властность, настаивание на своем, эгоцентризм, неумение понять интересы другого, самоуверенность, завышенная самооценка.

Показательно, что в работе И. А. Лариной «Как пережить подростковый кризис» представлен собой иной, сугубо практический подход к данной проблеме, вселяя надежду, что проблема в принципе имеет позитивное решение [4].

В современных исторически, культурно и социально-экономически детерминированных условиях агрессия для подростка становится одной из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и т. п. состояния.

Психологически агрессивное поведение выступает одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности и тождественности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением. Агрессивные действия выступают в качестве: 1) средства достижения какой-либо значимой цели; 2) способа психологической разрядки; 3) способа удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении [2].

На возникновение агрессии часто оказывают влияние ситуативные факторы:

1. *Оценка другими людьми.* Было установлено, что присутствие других лиц уже само по себе может либо усиливать, либо тормозить агрессию.

2. *Намеренность агрессии.* Существует точка зрения, что для начала агрессии нередко бывает достаточно одного только знания, что другой человек имеет враждебные намерения, хотя непосредственного акта нападения не было.

3. *Восприятие агрессии.* Широкое распространение видео- и телепрограмм с сюжетами насилия и увлечение ими детей.

4. *Желание возмездия.* Как уже отмечалось, часто агрессия может возникать как ответная реакция на неприемлемое поведение окружающих, то есть как акт возмездия за что-либо [1, 2].

Здоровая зрелая личность должна уметь выразить свое агрессивное начало в социально приемлемом русле, уметь контролировать свое поведение и быть ролевой моделью для подрастающего поколения. Агрессия может

находить свое выражение в речевом поведении, в частности в использовании в речи жаргонизмов, что в свою очередь провоцирует обратную реакцию со стороны других участников коммуникации [3]. Задача же родителей, сотрудников школы и дополнительного образования вовремя диагностировать и корректировать агрессивные тенденции подростков.

При обследовании испытуемым предлагается ответить на вопросы, которые отпечатаны на специальных бланках. По нашим данным, предпочтительным является письменное предъявление текста методики, так как многие подростки испытывают затруднение при восприятии устного текста. Еще одно преимущество письменного предъявления – возможность отвечать в индивидуальном темпе.

При интерпретации данных необходимо помнить, что каждая личность должна обладать определенной степенью агрессивности. Отсутствие ее приводит к пассивности, ведомости, неумению отстаивать свои интересы и т.д. Чрезмерное же развитие данной черты начинает определять весь облик личности, влиять на мотивацию, способность к самоконтролю, возможность дальнейшего развития.

Результаты исследования отражены в диаграмме (рис.3).

Доминирующим способом агрессии в группе испытуемых является вербальная агрессия 8 (25,8%) респондентов, которая проявляется в открытом выражении негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы). К словесной форме чаще всего прибегают девушки, это словесное оскорбление и унижение. Вербальная агрессия бывает косвенной и прямой.

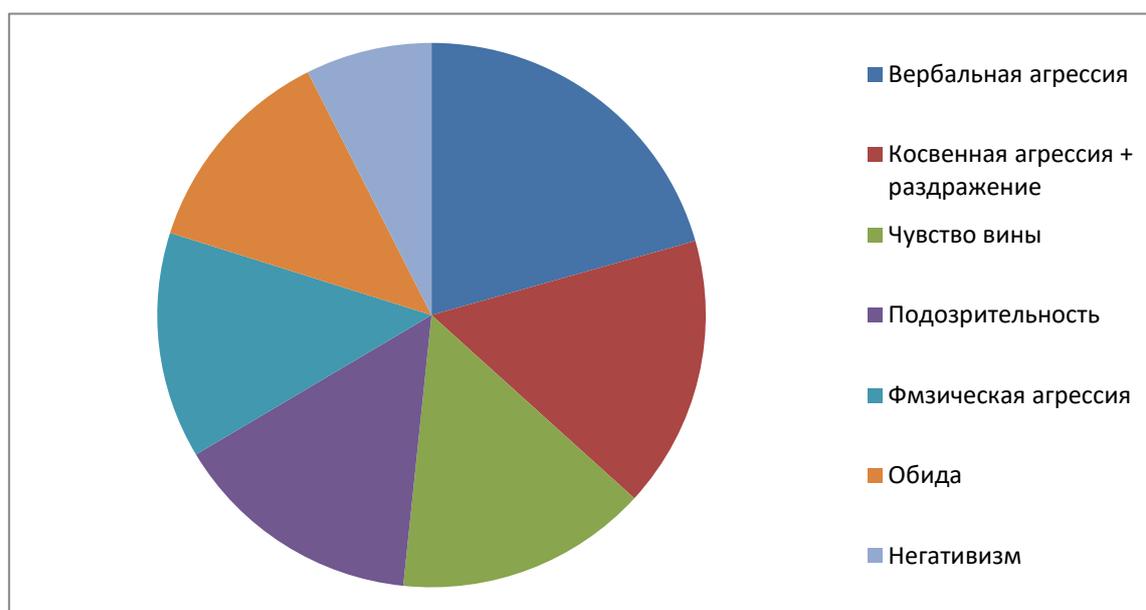


Рис. 3. Формы агрессивного поведения респондентов по результатам теста А. Басса - А. Дарки.

Физическая агрессия проявляется у 7 (22,5%) респондентов. Физическая агрессия более типична для мальчиков.

Негативизм - у 4 (12,9%) опрошенных.

Психологи называют одну из основных причин проявления агрессии у подростков - желание привлечь к себе внимание. Агрессия - это своего рода крик о помощи. За агрессией часто скрывается слабость, страх, неуверенность.

Причины агрессивного поведения подростков: возрастной кризис; неблагоприятная ситуация в семье; комплекс неполноценности; наследственность; гормональные нарушения; злоупотребление алкоголем, антидепрессантами и др.

Психологическая коррекция агрессивного поведения подростков проводится школьными психологами или сотрудниками специализированных медицинских учреждений. Психологическая коррекция включает в себя как профилактические беседы, так и игры (индивидуальные и групповые), рисование, музыку, общение с природой, миром животных (часто общение с

лошадьми и дельфинами преобразует даже самых агрессивных детей, стандартные методы лечения на которых не подействовали).

Заключение.

Таким образом, анализ специальной литературы показал, что существует большое множество направлений, трактующих природу происхождения агрессии по-своему. При характеристике агрессии, наиболее часто используют два основных понятия – агрессивное поведение и агрессивность. Проблема агрессивного поведения в подростковой среде является сложным социально-психологическим явлением. На основе обобщения российского и зарубежного опыта по изучению данной проблематики можно считать, что агрессивность рассматривается как личностное свойство, базис которого составляет направленность личности, определяющее систему отношений личности к себе, другим, труду и обществу, что как раз и формируется у подростка в данный период развития. Наиболее частым проявление агрессии в подростковом возрасте является вербальная агрессия, а наиболее меньшим проявлением является негативизм.

Литература/ References

1. Агрессия у детей и подростков: Учеб. Пособие. / Н.М. Платонова. СПб.: Речь, 2004. 336 с.
2. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗН АК, 2001. 446 с.
3. Гугенбюль А. Зловещее очарование насилия: Профилактика детской агрессивности, жестокости и борьба с ними. Пер. с нем. СПб.: Академический проект, 2000. - 217 с.
4. Ларина И.А. Как пережить подростковый кризис. М.: Генезис, 2021. 243 с.

САМООЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Юдин С.А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Исследование посвящено проблеме психического состояния студентов вузов с целью актуализации данных и улучшения качества образования. В исследовании приняло участие 465 студентов Кемеровского государственного медицинского университета. С помощью методики «самооценка психических состояний» Г. Айзека был выявлен небольшой процент учащихся с высокими показателями тревожности, агрессивности, фрустрации и ригидности.

Ключевые слова: психология, психическое состояние, тревожность, ригидность, фрустрация, агрессивность.

SELF-ASSESSMENT OF THE MENTAL STATE OF MEDICAL STUDENTS

Yudin S.A.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The study is devoted to the problem of the mental state of university students in order to update data and improve the quality of education. 465 students of Kemerovo State Medical University took part in the study. A small percentage of students with high levels of anxiety, aggressiveness, frustration and rigidity were identified using the method of "self-assessment of mental states" by G. Isaac.

Keywords: psychology, mental state, anxiety, rigidity, frustration, aggressiveness.

Введение. Исследование уровня психического состояния студентов является важным для понимания их здоровья, благополучия и успешности в учебной деятельности.

Психическое состояние студентов может существенно влиять на их эмоциональное благополучие и качество жизни. Стресс, депрессия и другие психологические проблемы могут оказывать негативное влияние на общее состояние здоровья и приводить к ухудшению физического здоровья.

Во-вторых, уровень психического состояния студентов может быть связан с их успехами в учебной деятельности. Депрессия, тревожность и другие проблемы могут снижать мотивацию и уровень энергии, что может приводить к проблемам в учебе, снижению успеваемости и отсрочке окончания обучения.

В-третьих, изучение психического состояния студентов может помочь в разработке эффективных программ поддержки и интервенций для улучшения их благополучия. Например, программа психологической поддержки может быть полезна для студентов, столкнувшихся с трудностями в адаптации к учебной среде или переживающих стрессовые ситуации.

Таким образом, исследование уровня психического состояния студентов является важным для понимания их здоровья и успешности в учебной деятельности, а также для разработки эффективных программ поддержки и интервенций.

Однако, можно предположить, что пандемия COVID-19 и связанные с ней изменения в учебном процессе и общественной жизни могут существенно повлиять на уровень психического состояния студентов в последние три года.

Пандемия COVID-19 ухудшила психическое состояние у многих студентов по всему миру. Студенты столкнулись с такими проблемами, как социальная изоляция, ухудшение экономической ситуации, изменение образа жизни и режима дня, увеличение учебной нагрузки, переход на онлайн-

обучение и т.д. В результате этого многие студенты испытывали более высокий уровень стресса, тревоги и депрессии [1].

Однако, конкретные изменения уровня психического состояния студентов могут быть различными в разных странах и университетах.

Исследование психического состояния студентов может помочь улучшить качество образования, так как психическое состояние студентов имеет прямое влияние на их учебную деятельность и успехи в учебе. Если студент испытывает стресс, тревогу или депрессию, это может отрицательно сказаться на их способности сосредоточиться, усваивать новый материал и обучаться эффективно.

Исследования психического состояния студентов так же могут помочь выявить факторы, которые могут влиять на их психическое здоровье, такие как уровень учебной нагрузки, качество преподавания, социальная поддержка и т.д. Эти факторы могут быть использованы для определения тех мер, которые необходимо принять, чтобы улучшить психологическое состояние студентов и, следовательно, повысить качество их образования.

Например, если исследование показывает, что студенты испытывают более высокий уровень стресса и тревоги в период экзаменов, университет может разработать программу, которая поможет студентам управлять своими эмоциями и стрессом в этот период. Если исследование показывает, что некоторые студенты испытывают социальную изоляцию и не получают достаточной поддержки от своих сверстников, университет может создать программы и меры, направленные на создание комьюнити, где студенты могут общаться и получать поддержку.

Исследование психического состояния студентов также может помочь университетам адаптировать свои программы и ресурсы для поддержки студентов с разными потребностями в зависимости от их психического состояния. Например, если исследование показывает, что у студентов с

депрессией или тревогой есть потребность в дополнительной поддержке и консультации, университет может предложить им доступ к психологическим консультациям или другим мерам поддержки.

Учебная деятельность, а также возрастная специфика психического развития вызывает у юношей и девушек характерные для них психические переживания и состояния. Для ранней юности вообще характерно богатство проявлений различных состояний. В результате напряжённой умственной деятельности, большого притока полученной информации во второй половине дня у студентов можно наблюдать состояние мрачной подавленности, плохого настроения [2].

Особенно в сложном положении оказываются первокурсники, которые после экзаменов в школе попадают в новые специфические социальные отношения и условия учебной деятельности. Меняется ритм труда и отдыха, не привычны новые формы обучения, появляются новые эмоциональные переживания, связанные с вхождением в новый коллектив.

Методы исследования: для исследования психических состояний студентов нами была выбрана методика Г. Айзека «самооценка психического состояния» [3 С.141].

С помощью данной методики можно выявить уровень тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности. В методике 40 вопросов, разделенных на 4 блока, которые соответствуют каждому из представленных выше состояний.

Показатель тревожности оценивает уровень беспокойства респондента его волнение, чувство опасности, неудовлетворенность, напряженность. Выявление высокого уровня тревожности у респондента может говорить о высокой чувствительности в отношении реальных или мнимых негативных событий или собственных неудач.

Под агрессивностью понимаются трудности в общении с окружающими, враждебность и открытая неприязнь к окружающим, вспыльчивость, раздражительность.

Показатель фрустрации выявляет уровень неудовлетворенности какой-либо потребности респондента. Высокие показатели могут свидетельствовать о сильном стрессе, который вызван реальными или мнимыми препятствиями, возникающими на пути к поставленной цели. Доминирование отрицательных эмоций, связанных с разрушением планов, переживанием неудач. Чувство отчаянья, растерянности и незащищенности.

Ригидность – не способность изменять свою модель поведения, в ситуациях, требующих от личности гибкости и изменения характера поведения. Склонность к «застреванию» на значимых эмоциональных переживаниях. Также ригидность обозначает упорство и бескомпромиссность в отстаивании своей позиции и тенденция к негативным переживаниям в случае нарушения намеченного плана или отклонения от принятого режима. Высокие показатели ригидности могут вызывать трудности с адаптацией в учебной деятельности.

Исследование проводилось на базе ФГБУ ВО «Кемеровского государственного медицинского университета». В исследовании приняло участие 465 респондентов первого курса всех факультетов. Исследование проводилось во втором семестре что бы студенты успели адаптироваться к новым условиям и на результаты не влиял стресс, который мог бы возникнуть в период вхождения в новую учебную деятельность.

Результаты: исследование выявило высокий уровень тревожности у 16 (3.44%) респондентов; высокий уровень фрустрации 14 у человек (3.01%); высокий уровень агрессивности у 23 человек (4.95%); высокий уровень ригидности у 22 человек (4.73%). Средний уровень тревожности был выявлен у 181 (38.92%) респондента; средний уровень фрустрации выявлен у 149 (32.04%) респондентов; средний уровень агрессивности был выявлен у 198

(42.58%) респондентов; средний уровень ригидности был выявлен у 263 (56.56%) респондентов.

Заключение. Исследование показало, что состояние большинства студентов в пределах нормы и только у небольшого процента наблюдаются высокий уровень тревожности, агрессивности, ригидности и фрустрации. Для улучшения психического состояния студентов мы рекомендуем использовать следующие методы:

Проведение психологических тренингов и консультаций: проведение групповых и индивидуальных консультаций и тренингов может помочь студентам развить навыки управления стрессом, эмоциональной регуляции и улучшения коммуникации.

Развитие здорового образа жизни: здоровый образ жизни может существенно влиять на психическое состояние студентов. Регулярное занятие спортом, правильное питание, достаточный сон и упражнения по медитации могут улучшить настроение, повысить энергию и снизить уровень стресса.

Создание поддерживающей учебной среды: университеты могут предоставлять различные ресурсы, такие как центры поддержки студентов, бесплатные консультации у психологов, поддержку международных студентов, доступность и комфортность учебных помещений.

Развитие социальной поддержки: социальная поддержка может помочь студентам чувствовать себя более уверенно и уменьшить уровень стресса. Университеты могут создавать клубы, общества и группы, чтобы студенты могли найти единомышленников и участвовать в социальной жизни.

Повышение осведомленности о психическом здоровье: различные мероприятия, такие как семинары, лекции и круглые столы, могут помочь студентам понимать важность психического здоровья и как его поддерживать.

Предоставление возможности для расслабления: университеты могут создавать комнаты для медитации, зоны отдыха и другие места, где студенты могут расслабиться и отвлечься от учебных дел.

Это не исчерпывающий список, но эти меры могут помочь улучшить психологическое состояние студентов и способствовать их благополучию и успешности в учебе.

Литература/ References:

1. Володина, К.А., А.А. Рагулина and И.А. Русяева, 2022. Психологическое состояние студентов в условиях дистанционного обучения в период пандемии COVID-19. – URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=519> (Дата обращения 20.03.2023).

2. Льдокова Г. М., Панфилов А. Н. Психические состояния студентов в усложненных условиях учебной деятельности // Концепт. – 2013. – Спецвыпуск № 01. – ART 13503. – 0,8 п. л. – URL: <http://e-koncept.ru/2013/13503.htm>. (Дата обращения 20.03.2023).

3. Райгородский, Д.Я., 2001. Практическая психодиагностика методы и тесты. Самара: Бахрах-м, pp: 141-145.

РАСПОЗНАВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Яковлева А.А., Яковлев А.С.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В данной статье мы рассмотрим вопросы дифференциальной диагностики металкогольного психоза - симптомокомплекса, который включает в себя истинные сценopodobные галлюцинации, бред, который отражает содержание переживаемых галлюцинаций и неорганизованную речь или

поведение. Острый психоз является первичным, если он является симптомом психического расстройства, или вторичным, если он вызван конкретным заболеванием. Злоупотребление алкоголем является наиболее распространенной медицинской причиной острого психоза. Клиницисты должны подробно собирать анамнез жизни и заболевания для того, чтобы своевременно заподозрить алкогольный делирий и суметь отличить его от других состояний, сопровождающихся психотическими симптомами при других заболеваниях.

Ключевые слова: алкоголь, металкольный психоз, дифференциальная диагностика, психическая и физическая зависимость.

RECOGNITION AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF METALCOHOL PSYCHOSIS IN THE CONDITIONS OF PRIMARY MEDICAL CARE

Yakovleva A.A., Yakovlev A.S.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. In this article we will consider the issues of differential diagnosis of metal-cohol psychosis of the symptom complex, which includes true scene-like hallucinations, delusions that reflect the content of the hallucinations experienced and disorganized speech or behavior. Acute psychosis is primary if it is a symptom of a mental disorder, or secondary if it is caused by a specific disease. Alcohol abuse is the most common medical cause of acute psychosis. Clinicians should collect a detailed history of life and illness in order to timely suspect alcoholic delirium and be able to distinguish it from other conditions accompanied by psychotic symptoms in other diseases.

Keywords: alcohol, metalcohol psychosis, differential diagnosis, mental and physical dependence.

Эпидемиология

В общей популяции распространенность психотических расстройств в течение жизни составляет приблизительно 3%, при этом 0,21% приходится на психоз, обусловленный злоупотреблением алкоголя [1].

Общее количество употребляющих алкоголь: 32,5 % населения Земли (25% женщин и 39% мужчин). В России алкоголь употребляют 80% мужчин и 64% женщин [2]. Среднее употребление алкоголя в мире: 1,7 ст. доз – мужчины, 0,73 ст. дозы- женщины. Среди населения России: 5,1 ст. доза для мужчин, 1,9 ст. доз для женщин. России не является лидером по среднему уровню употребления алкоголя. В 2018 году достигнут исторический минимум по уровню употреблению алкоголя в России за последние 27 лет (Рисунок 1).



Рис. 1. Динамика потребления алкоголя в России

Этиология продуктивных симптомов при психотических заболеваниях

Роль дофамина в патофизиологии психоза подтверждается эффективностью антагонистов дофаминовых рецепторов при лечении симптомов, а также доказательствами того, что препараты, вызывающие психоз, такие как метамфетамин, кокаин и леводопа, усиливают секрецию дофамина. Гипофункция N-рецептор метил-d-аспартата глутамата может вызывать симптомы шизофренического спектра [3]. Психотические проявления, связанные с аутоиммунными расстройствами, повышают вероятность общих генетических особенностей или общего воздействия этиологических факторов, таких как инфекции.

Дифференциальная диагностика

Необходимо проводить ключевое диагностическое различие между психотическими симптомами, вызванными делирием, психическим расстройством или определенным медицинским состоянием. Например, при подозрении на употребление психоактивных веществ или синдром отмены, может быть трудно отличить симптомы делирия от симптомов других заболеваний.

Делирий – это, как правило, обратимое состояние спутанности сознания с быстрым началом из-за измененной функции мозга, чаще всего диагностируется у пожилых людей или госпитализированных, но его необходимо исключить до постановки окончательного диагноза психоза. У пациентов с существующим когнитивным дефицитом может наблюдаться смешанный бред и психоз. В этих случаях полезно спросить о временном течении их симптомов, признаках системного заболевания или недавних изменениях окружающей среды и получить дополнительную информацию от лиц, осуществляющих уход.

У пациентов с первым психическим приступом чаще наблюдаются вторичный бред, слуховые галлюцинации и выраженные когнитивные расстройства. Биполярное расстройство, тяжелые депрессивные состояния, шизофрения, шизоаффективное расстройство и острое полиморфное психотическое расстройство являются наиболее распространенными психическими заболеваниями, которые встречаются в практике врачей первичной медицинской помощи. Уровень сознания и осведомленности обычно, но не всегда, остается неизменным. Общий внешний вид может быть нормальным или растрепанным и неопрятным. Согласно диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам, 5-е изд. (DSM-5), диагностические критерии шизофрении включают симптомы, сохраняющиеся не менее шести месяцев, и значительные трудности с одной или несколькими основными функциональными возможностями. Однако во время продромальной фазы шизофрении пациенты могут сообщать о необычном восприятии или странных мыслях и могут сообщать, что звуки кажутся громче или цвета более интенсивными; врач должен признать, что эти симптомы могут быть ранними признаками шизофрении.

В маниакальной фазе биполярного расстройства первого типа у пациента может наблюдаться повышенное или экспансивное настроения в течение семи дней, галлюцинации или бред, чрезмерная целенаправленность, активность и сниженная потребность во сне.

При шизоаффективном расстройстве пациенты могут иметь характеристики как мании (биполярный тип), так и серьезного снижения настроения (депрессивный тип). При психотической депрессии у пациента, вероятно, наблюдается снижение энергии и бред или галлюцинации, характерные для глубокой депрессии, такие как голоса, усиливающие чувство вины или никчемности пациента. В качестве альтернативы, у пациентов с серьезным депрессивным расстройством могут проявляться выраженные

симптомы тревоги или даже паники. У пациентов, переживающих краткий психотический эпизод, проявляются кардинальные симптомы бреда, галлюцинаций и неорганизованной речи, но в течение более короткого периода времени и с последующим выздоровлением.

Диагностика психозов

Сбор анамнеза у пациента с психотическими симптомами может быть сложной задачей. Хотя дифференциальная диагностика первичных и вторичных психозов является обширной, подробный сбор анамнеза о недавнем заболевании пациента может помочь в постановке клинического диагноза. Клиницисты должны спрашивать о недавней травме головы, чтобы исключить субдуральную гематому и изучить неврологический анамнез, на предмет таких состояний как, эпилептические припадки, цереброваскулярное заболевание головного мозга или усиливающиеся головные боли.

Распознаванию психоза врачом первичной медицинской помощи способствует предварительное знание семейной, медицинской и культурной истории пациента. Индивидуальные культуры отражают набор убеждений, ценностей и практик, разделяемых членами определенной группы. Бредовое мышление и галлюцинации следует рассматривать в конкретном культурном контексте пациента. То, что может показаться бредовым в одной культуре, может быть нормальным в другой. Галлюцинации, связанные с религиозными выражениями, могут допускаться в определенных группах.

Временная взаимосвязь и течение психотических симптомов, а также возраст пациента, его прошлое и общее состояние здоровья могут дать диагностические подсказки. Например, первый серьезный приступ шизофрении обычно происходит в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте, хотя более ранние признаки могут присутствовать годами. Начало психоза может возникнуть остро после употребления наркотиков или как более позднее

проявление рассеянного склероза. По возможности, следует собирать дополнительную информацию от членов семьи.

Сбор анамнеза должен включать недавние стрессоры или значительные изменения в жизни пациента, такие как потеря работы, смерть значимого человека или другое травмирующее событие. Семейный анамнез может дать подсказки, позволяющие предположить психиатрический диагноз или наследуемое состояние. История путешествий может указывать на возможность инфекции, такой как малярия. Наличие в анамнезе нескольких половых партнеров может свидетельствовать об инфицировании вирусом иммунодефицита человека или сифилисом. История питания важна для выявления потенциального дефицита питательных веществ, который часто встречается у немощных пожилых людей. Дефицит ниацина может быть следствием серьезных расстройств пищевого поведения. Следует также учитывать профессиональное воздействие или воздействие окружающей среды.

Физикальный осмотр

Физическое обследование должно включать полное медицинское обследование и обследование психического статуса. Тахикардия или тяжелая гипертензия могут указывать на токсичность лекарств или тиреотоксикоз; лихорадка может указывать на энцефалит или порфирию. Физические признаки, указывающие на основные диагнозы, включают кушингоидную внешность при определенных эндокринопатиях, артритные деформации при аутоиммунных заболеваниях или нарушения движений и походки при таких состояниях, как рассеянный склероз и болезнь Паркинсона. Неврологическое обследование должно оценивать наличие очаговых признаков, сенсорного дефицита, миоклонуса или тремора. При подозрении на поражение головного мозга, инфекцию или нарушение обмена веществ важны сухожильные рефлексы, исследование черепных нервов и офтальмологическое обследование.

Обследование психического статуса сочетает в себе элементы истории болезни, непосредственного наблюдения и оценки общего поведения пациента, его настроения, аффекта, речи и мыслительных процессов, нарушения восприятия, в частности, галлюцинаций. Например, частота и особенности слуховых галлюцинаций могут прояснить их диагностическое значение. Следует оценить проницательность и суждение пациента; считает ли пациент, что он болен? Заметил ли пациент изменения в мышлении? Если да, то какие? Прямое расследование суицидальных мыслей и планов имеет важное значение для определения того, показано ли недобровольная госпитализация [4,5].

Заключение. Психоз, связанный с алкоголем, может возникать при острой интоксикации, алкогольной абстиненции, а также у пациентов с хроническим расстройством, связанным с употреблением алкоголя. Специфический диагноз психоза, связанного с алкоголем, также известен как алкогольный галлюциноз. Это относительно редкое последствие употребления алкоголя. Однако он может быть более распространенным, чем считалось классически, в зависимости от критериев включения, используемых для постановки диагноза. Клинически психоз, связанный с алкоголем, похож на шизофрению, но, как было установлено, является уникальным и независимым заболеванием. Он характеризуется галлюцинациями, паранойей и страхом.

Литература/ References

1. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):19-28.
2. Cerimele JM, Chwastiak LA, Dodson S, Katon WJ. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(1):19-25.
3. Seeman P. Glutamate and dopamine components in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 2009;34(2):143-149.

4. Селедцов, А. М. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма / А. М. Селедцов, Н. П. Кокорина, Я. В. Москвина // Суицидология. – 2010. – Т. 1, № 1(1). – С. 44. – EDN OSJWQP.

5. Профилактика суицидов среди несовершеннолетних в рамках компетенции наркологической службы Кузбасса / О. П. Рублева, Д. В. Вострых, И. И. Зорохович [и др.] // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии : Сборник материалов II Международной научно-практической конференция к 165-летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога З. Фрейда, Кемерово, 29 октября 2021 года. – Кемерово: ООО "АРФпринт", 2021. – С. 268-276. – EDN IGNQOK.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Альшевская Вероника Александровна, преподаватель, отдел по работе с иностранными студентами, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Арапова Ольга Игоревна, ассистент кафедры психологии, педагогики и правоведения, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ», Россия, г. Новосибирск

Атоян Арсентий Иванович, д.ф.н., профессор кафедры психологии и конфликтологии, Государственное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск

Беккер Анна Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бреус Анастасия Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Валиуллина Евгения Викторовна, к. психол. н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Витковская Екатерина Дмитриевна, ведущий специалист, ФГБУ «Центральный Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Россия, г. Москва

Вострых Данила Владимирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Голоденко Ольга Николаевна, к.м.н., доцент, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Горшкова Ольга Александровна, клинический психолог, «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дорошенко Софья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Клюева Ольга Павловна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Конев Владислав Алексеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Красноперова Анастасия Олеговна, заведующий наркологическим дневным стационаром, врач психиатр-нарколог ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени проф. Н. П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ладушкин Сергей Иванович, к.ф. н., доцент, доцент кафедры философии и социологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации», Россия, г. Санкт-Петербург

Левченко Елена Вадимовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Левочкина Ольга Викторовна, старший преподаватель кафедры психологии и конфликтологии, заместитель директора Института философии, ГОУ ВО ЛНР «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск

Лопатин Андрей Анатольевич, д.м.н., профессор, главный специалист-нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Максименко Людмила Витальевна, к.б.н, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, Медицинский институт ФГБОУ ВО «Российский Университет дружбы народов», Россия, г. Москва

Михайловский Алексей Модестович, д.м.н., главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургский областной противотуберкулезный диспансер», Россия, г. Оренбург

Никонов Дмитрий Александрович, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе, БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», Россия, г. Омск

Носкова Марина Владимировна, к.психол.н, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Носова Татьяна Васильевна, врач-психиатр-нарколог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Петров Евгений Дмитриевич, студент, кафедра клинической психологии, ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

Пискарева Ольга Ивановна, заведующий отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н. П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Помыткина Татьяна Евгеньевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела, ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Прихода Игорь Викторович, к. психол.н., доцент, профессор кафедры индустриально-педагогической подготовки, Государственное образовательное учреждение высшего образования Луганской Народной Республики «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск

Райманова Ирина Ахматовна, медицинский психолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургский областной противотуберкулезный диспансер», Россия, г. Оренбург

Сквира Иван Михайлович, д.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Скляр Павел Петрович, д.психол.н., профессор, директор института философии, заведующий кафедрой психологии и конфликтологии, Государственное образовательное учреждение высшего образования Луганской Народной Республики «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, г. Луганск

Смирнова Светлана Игоревна, к. психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селиванова Любовь Владимировна, медицинский психолог, Отделение медицинской реабилитации, Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн, Россия, г. Кемерово

Скипер Алиса Алексеевна, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Стрелковский Максим Дмитриевич, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. проф. Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Стрельченко Нелли Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Тактаракова Светлана Сергеевна, аспирант, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Тен Михаил Борисович, к.м.н., доцент, врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургский областной противотуберкулезный диспансер», Россия, г. Оренбург

Теург-Дий Виктор Геннадьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кировский медицинский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Уфа

Титиевский Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Хасанова Резеда Рахматулловна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Россия, г. Томск

Федосеева Ирина Фаисовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Хургул-оол Диана Омаковна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чахлова Василина Юрьевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чернов Алексей Викторович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО, ФГБОУ ВО Воронежский медицинский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Чечин Артем Александрович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шайдуллина Екатерина Вячеславовна, студент, кафедра клинической психологии, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва

Юрени Елена Васильевна, главный врач, УЗ «Минский городской эндокринологический диспансер», Республика Беларусь, г. Минск

Юдин Семен Анатольевич, преподаватель, кафедра психиатрии, нарцеологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, ассистент, кафедра психиатрии, нарцеологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, ассистент, кафедра психиатрии, нарцеологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научное издание

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА.
АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В XXI ВЕКЕ:
НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ.**

Сборник материалов Международной научно-практической конференции
к 135 - летию со дня рождения немецкого психиатра и психолога
Э. Кречмера (6-7 апреля 2023 г.)

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 09.04.2023. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 25,68

Тираж 500 экз. Заказ № 128221

Кемеровский государственный медицинский университет
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская,
1/173, офис 202.

Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: www.arf-print.ru