



ФГБОУ ВО  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФ. В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы XI Международной научно-практической конференции  
(г. Красноярск, 14-15 ноября 2024 года)



**КРАСНОЯРСК  
2025**

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

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ  
ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА:  
ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС  
И ЖИЗНЕННЫЙ  
ПОТЕНЦИАЛ**

Материалы XI Международной  
научно-практической конференции

(г. Красноярск, 14-15 ноября 2024 года)

Красноярск  
2025

**УДК 159.9(063)**  
**ББК 88.46**  
**П86**

**Редакционная коллегия:**

И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Л. С. Гавриленко, Е. И. Алыджи,  
Л. М. Майлова, И. В. Ганюшина

**П86**      **Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал** : материалы XI Международной научно-практической конференции (г. Красноярск, 14-15 ноября 2024 г.) / ред. И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Л. С. Гавриленко [и др.]. – Красноярск : Версо, 2025. – 438 с.

ISBN 978-5-94285-260-3

Сборник материалов XI-й Международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» содержит статьи зарубежных и отечественных ученых, специалистов в области психологического здоровья, студентов психологических факультетов. Представленные материалы посвящены актуальным вопросам ценностного отношения к здоровью как жизненному ресурсу и жизненному потенциалу человека, прикладным аспектам психологии здоровья.

**УДК 159.9(063)**  
**ББК 88.46**

ISBN 978-5-94285-260-3

© ФГБОУ ВО КрасГМУ  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого  
Минздрава России, 2025

# СОДЕРЖАНИЕ

## *Раздел 1.*

### **ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ**

---

<b>РОЛЬ ГЛИНОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ УТРАТЫ</b> А. В. Алёшичева .....	9
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА БУЛЛИНГА И СКЛОННОСТИ К НАСИЛЬСТВЕННОМУ ЭКСТРЕМИЗМУ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ</b> Н. В. Басалаева, Ю. И. Джембек .....	14
<b>ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ</b> Ж. Г. Василькова, Т. Ю. Тихонович .....	20
<b>ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> Я. П. Гойколова, В. Б. Чупина .....	27
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАДРОВОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ</b> А. Г. Гутько .....	34
<b>ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА</b> А. А. Дрянных, Е. А. Черенева .....	39
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКСИВНЫХ И АДАПТАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА</b> Н. И. Дьякова, Е. С. Цыганова .....	46
<b>ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b> Е. Н. Ермакова, Е. А. Черенева .....	55
<b>ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ СТРАТЕГИИ ЖИЗНЕОСУЩЕСТВЛЕНИЯ</b> М. В. Злобина .....	62
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА</b> Н. А. Золотарева .....	70
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ</b> Р. Н. Клищенко .....	77
<b>ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> И. О. Кононенко, Н. Н. Вишнякова .....	82

<b>ПРИЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ</b>	
О. А. Корнилова .....	88
<b>КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ МИНИМИЗАЦИИ УЯЗВИМОСТИ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ</b>	
О. М. Краснорядцева, И. В. Ширеезданова .....	94
<b>ВЫНУЖДЕННАЯ ДЕФИЦИТАРНОСТЬ У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	
Е. А. Кудашова .....	101
<b>«ТЕТРАДЬ САМОПОМОЩИ ПО СОВЛАДАНИЮ С ТРЕВОГОЙ, СТРЕССОМ И ГНЕВОМ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ» КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ НАВЫКОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В КОНФЛИКТЕ С ЗАКОНОМ</b>	
Е. С. Кузнецова .....	106
<b>ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ</b>	
Д. А. Ланин, М. Е. Федоськина, В. Р. Шевчук .....	115
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЧЛЕНАМ СЕМЕЙ УЧАСТНИКОВ СВО НА БАЗЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН</b>	
М. А. Лисняк, А. А. Одинец, А. С. Шумилова, В. И. Золотова .....	121
<b>ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ</b>	
И. О. Логинова, П. Г. Шнякин .....	127
<b>ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОЛЛЕКТИВЕ</b>	
Е. В. Наконечная .....	135
<b>ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ЖЕНЩИНАМИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ</b>	
А. Г. Никитина, Л. С. Гавриленко .....	142
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДАЛЬНОСТЕЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ</b>	
Е. В. Павлова .....	149
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ХОЛИСТИЧЕСКОГО МАССАЖА В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У СПОРТСМЕНОВ</b>	
Е. Р. Поспелова .....	156
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК</b>	
И. А. Ральникова .....	164

<b>ФОРМИРОВАНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАКУРСЕ ЛИЧНОСТНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ</b>	
А. Р. Рафикова .....	172
<b>ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ОБРАЗА ТЕЛА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ</b>	
М. В. Сафонова, Н. П. Булахова.....	178
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОМИНИРУЮЩИХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ И СУБЪЕКТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ</b>	
Е. С. Тетерина .....	185
<b>К ПРОБЛЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ</b>	
И. В. Титков.....	193
<b>СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТА-МЕДИКА</b>	
Н. В. Тихонова .....	199
<b>ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ» И 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»</b>	
И. В. Турова.....	205
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ГОССЛУЖАЩИХ</b>	
О. А. Халифаева.....	213
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРБАЛЬНО-ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТРОЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ</b>	
Е. А. Черенёва, С. Г. Маслобоев .....	220
<b>УСТОЙЧИВОСТЬ К АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ ПОДРОСТКОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ: ЗАМЫСЕЛ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
Т. В. Черникова, Д. А. Водолазов .....	225
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОТРАЖЕННОГО ВНЕШНЕГО ОБЛИКА ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ «МЯГКИМИ ТЕХНИКАМИ» ФИТНЕСА</b>	
О. И. Чернышова, Н. А. Лужбина.....	232

<b>THE IMPACT OF NEWS ON ANXIETY AND STRESS LEVELS OF SECOND-YEAR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS</b> O. A. Kozyreva, D. O. Kozyreva .....	239
<b>MODERN DOMESTIC PSYCHOLOGICAL STUDIES OF THE BEHAVIOR OF A PERSON WITH A MENTAL DISORDER</b> Yu. V. Kuznetsova, E. V. Gutkevich.....	244
<b>ФЕНОМЕН ПРОКРАСТИНАЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И ИСТОРИЯ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ</b> А. Н. Аникин.....	253

*Раздел 2.*

**РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

---

<b>ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА УСПЕШНОСТЬ РАННЕЙ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> Д. А. Береговая.....	257
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ</b> А. В. Букина .....	262
<b>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ И КОРРЕКЦИИ</b> С. А. Вахтель.....	266
<b>ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ РЕЧИ И НАВЫКАМИ ЧТЕНИЯ ВСЛУХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</b> В. С. Грищенко.....	273
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РИСУНОЧНЫХ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК</b> Д. В. Екина .....	281
<b>САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ В ДОСТИЖЕНИИ СПОРТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ</b> М. В. Казорина.....	287
<b>ЦИФРОВОЙ ПРОФИЛЬ СПОРТСМЕНА</b> А. А. Кокорина.....	294
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИЕЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ</b> М. А. Кольцова, Е. А. Денисова, А. В. Зыков .....	298

<b>НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА</b>	
А. В. Корнеев .....	303
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ</b>	
Ю. С. Курнева .....	309
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОММОЦИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГКУЮ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВУЮ ТРАВМУ</b>	
М. Е. Лазарева .....	314
<b>ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ</b>	
Д. А. Ланин, В. Р. Шевчук .....	322
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ</b>	
А. С. Лаптева .....	328
<b>ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСРЕДСТВОМ СКАЗКОТЕРАПИИ</b>	
Е. Р. Медведева .....	331
<b>РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА</b>	
П. А. Моторина .....	335
<b>ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b>	
Д. Д. Парфенчук .....	340
<b>ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА: СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ</b>	
К. В. Петрухина .....	343
<b>ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ФЕНОМЕНА КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ</b>	
Е. В. Приживая .....	351
<b>ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В АЛЕКСИТИМИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ИНТЕЛЛЕКТЕ</b>	
М. К. Роговая, К. Р. Струганова .....	355
<b>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИГРЫ В ГОЛЬФ: НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА ВИДА СПОРТА «ГОЛЬФ»</b>	
А. К. Романова .....	362



<b>ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СПОРТЕ</b>	
А. В. Сенашова .....	367
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ХРОНИЧЕСКУЮ ИШЕМИЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b>	
П. В. Скутин .....	373
<b>ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК НЕОБХОДИМАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ</b>	
А. С. Судочакова .....	378
<b>КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b>	
Ю. Р. Тихомирова, Д. В. Дождева .....	382
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН</b>	
Д. К. Чикунова .....	385
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧЕРТ ТЕМПЕРАМЕНТА И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА</b>	
Е. Т. Шареева .....	390
<b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b>	
А. В. Шанева .....	397
<b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ</b>	
А. А. Шапугёва .....	402
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b>	
С. В. Шваб .....	408
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У СОТРУДНИКОВ ГУФСИН</b>	
М. А. Шиндова .....	414
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У СОТРУДНИКОВ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ</b>	
В. В. Штоль .....	420
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПОДРОСТКОВ 10-16 ЛЕТ</b>	
А. П. Шункова .....	426
<b>ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВОГО ДЕТОКСА НА ВНИМАНИЕ ПОДРОСТКОВ 14-16 ЛЕТ</b>	
П. Д. Юхновец .....	431

## ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

---

УДК 159.9.018.2

### РОЛЬ ГЛИНОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ УТРАТЫ

А. В. Алёшичева

*Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний,  
г. Рязань, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается значение глинотерапии как эффективного метода психологической поддержки людей, столкнувшихся с горем. Цель работы заключается в исследовании терапевтического потенциала глинотерапии, а также в анализе ее применения в контексте эмоциональных переживаний, связанных с потерей близкого человека. Статья основана на данных, полученных в рамках реализации проекта «Ты не один!», поддержанного Фондом президентских грантов в 2023 году, где глинотерапия была использована как один из методов работы с участниками, переживающими утрату. В исследовании приняли участие 51 человек, средний возраст — 36 лет. Новизна работы заключается в систематизации опыта применения глинотерапии как арт-терапевтического метода в условиях горевания, а также в выявлении позитивных изменений, произошедших у участников в процессе занятий. Глинотерапия способствует эмоциональному освобождению, интеграции травматического опыта и улучшению социальных навыков. Участники отмечают повышение психоэмоциональной устойчивости, уверенности в себе и снижение тревожности. Таким образом, результаты исследования подтверждают значимость глинотерапии как эффективного инструмента в психотерапии, способствующего восстановлению и улучшению качества жизни людей, переживающих утрату.

**Ключевые слова:** глинотерапия, переживание утраты, горе, арт-терапия, эмоциональное освобождение, психоэмоциональное здоровье, терапевтический потенциал, восстановление, психологическая поддержка, социальные навыки

**Актуальность.** В условиях современного общества вопросы психического здоровья и эмоционального благополучия становятся всё более актуальными. Внезапная потеря близкого человека представляет собой одно из самых тяжелых событий, с которым может столкнуться человек. Этот опыт часто сопровождается глубокими эмоциональными

переживаниями, такими как тревога, обида, чувство вины и одиночества. Данные состояния препятствуют нормальному функционированию личности, влияют на качество жизни и нарушают психоэмоциональное равновесие (Едиханова, 2019).

Поэтому поиск эффективных методов работы с горем становится приоритетной задачей для специалистов в области психологии и психотерапии. Традиционно применяются когнитивно-поведенческая и экзистенциальная терапия. Когнитивно-поведенческая терапия помогает клиентам изменять деструктивные мысли и убеждения, связанные с утратой (Гурьянова, 2020), а экзистенциальная терапия фокусируется на поиске смысла жизни после потери (Фалетрова, Лукина, 2022). Однако многие из этих методов требуют от клиентов способности вербализовать свои чувства, что бывает крайне затруднительно в состоянии горя.

В этом контексте глиноterapia представляется как один из эффективных инструментов работы с утратой. Пластичность и податливость глины позволяют «придать форму» переживаниям, которые трудно выразить вербально, что делает этот метод особенно ценным для людей, переживающих утрату (Тарасова, 2019; Черкашина, 2018). Кроме того, глиноterapia способствует активации внутренних ресурсов, необходимых для преодоления горя, тактильный контакт с натуральным материалом помогает восстановить связь с телесностью. Улучшается эмоциональная регуляция и в целом общее психоэмоциональное состояние, что особенно важно при работе с травмами (Кондрик, 2022; Основина, Тарасова, 2021).

Несмотря на растущий интерес к глинотерапии, существует недостаток научных исследований и клинических данных о её эффективности. Многие практики могут оказаться неэффективными или даже вредными, если используются неправильно или без достаточного уровня подготовки терапевта (Голубева, 2020). Поэтому необходимо продолжать изучение методов, способствующих психоэмоциональному восстановлению, а глиноterapia может стать ценным дополнением к существующим подходам в работе с утратой.

**Постановка проблемы.** Существует противоречие между растущей потребностью в эффективных методах работы с горем и недостатком научных данных о глинотерапии как подходе к исцелению травмы, вызванной утратой. С одной стороны, арт-терапия положительно влияет на эмоциональное и психическое состояние людей, т.к. позволяет обходить трудности вербализации и помогает в невербальном выражении чувств.

С другой стороны, глиноterapia остается недостаточно исследованной и часто воспринимается как менее традиционный метод, что приводит к сомнениям в ее эффективности и целесообразности применения в контексте психотерапии. Этот разрыв между теоретическими преимуществами и практическим применением глинотерапии создает

неопределенность среди специалистов в области психологии и психотерапии, затрудняя их выбор методов работы с клиентами, переживающими утрату.

Таким образом, противоречие заключается в том, что, несмотря на очевидные преимущества и потенциал глинолечения, ее применение не всегда обосновано научными исследованиями, что ставит под сомнение ее место в арсенале психологических инструментов для работы с горем.

Целью данного исследования является изучение терапевтического потенциала глинолечения в работе с людьми, переживающими внезапную утрату близкого человека.

**Методы и материалы.** В данном исследовании глинолечение использовалась как один из методов работы с эмоциональными переживаниями, связанными с утратой. Этот метод был частью общей программы восстановления горящих в рамках проекта «Ты не один!», который был поддержан Фондом президентских грантов в 2023 году (№ 23-2-009 122).

Участники работали с глиной, создавая различные формы и образы, что позволяло им выражать и прорабатывать свои эмоции, связанные с горем. Выборка испытуемых состояла из 51 взрослого человека, средний возраст которых составил 36 лет (возраст варьировался от 24 до 46 лет). В основном это были родственники погибших участников специальной военной операции, что обусловило их потребность в психологической поддержке и помощи.

**Результаты исследования.** Участники, работая с глиной, смогли выразить и проработать сложные чувства, такие как гнев, обида, страх, агрессия. Процесс лепки стал способом снятия эмоционального напряжения и способствовал облегчению душевного состояния.

Создание символических образов из глины помогло участникам визуализировать свои переживания, что стало первым шагом к интеграции жизненного опыта и принятию утраты. Участники отмечали, что возможность «придать форму» своим эмоциям облегчила осознание утраты.

Групповая форма работа с глиной способствовала улучшению коммуникативных навыков участников. Многие из них отметили, что после занятий стало легче взаимодействовать с другими и возникло желание делиться своими переживаниями.

Респонденты также отметили значительное улучшение в ощущении уверенности в себе. Они осознали свои внутренние ресурсы и научились использовать их в повседневной жизни.

Работа с глиной способствовала снижению тревожности и депрессивных состояний. Участники сообщали о нормализации сна и общем улучшении психоэмоционального фона.

Таким образом, результаты исследования подтвердили, что глинолечение является эффективным инструментом при работе с горем, позволяя

участникам безопасно взаимодействовать с их эмоциями, что способствует их восстановлению и улучшению качества жизни.

**Обсуждение полученных результатов.** Полученные результаты исследования подчеркивают значимость глинолечения как эффективного инструмента для работы с эмоциональными переживаниями, связанными с утратой. Респонденты отметили заметные положительные изменения в своем психоэмоциональном состоянии, что свидетельствует о терапевтическом потенциале этого метода.

«Эмоциональное освобождение», достигнутое через работу с глиной, является важным аспектом в контексте горя. Участники смогли выразить подавленные эмоции, что является ключевым этапом в процессе исцеления. Это помогло снизить уровень тревожности и способствовало формированию более здорового отношения к своим переживаниям. Важно отметить, что использование глинолечения как метода, позволяющего обходить трудности вербализации чувств, представляет собой значительное преимущество, особенно для тех, кто испытывает трудности в открытом выражении своих эмоций.

Визуализация травматического опыта через создание символических образов из глины предоставила участникам возможность переосмыслить свою утрату. Этот процесс стал важным шагом к интеграции их жизненного опыта, позволяя участникам найти новые способы принятия своей ситуации.

Кроме того, глинолечение способствует улучшению социальных навыков. Групповая работа позволила участникам получить поддержку и развить навыки общения, что особенно важно в контексте горя, когда многие испытывают одиночество и изоляцию. Следовательно, групповые арт-терапевтические методы могут существенно укреплять социальные связи и поддерживать эмоциональное благополучие участников.

Повышение уровня психоэмоциональной устойчивости является ключевым результатом данного исследования. Участники, осознавшие свои внутренние ресурсы, приобрели уверенность в себе. Это согласуется с данными, указывающими на то, что терапевтические подходы, основанные на самоосознании и саморегуляции, могут значительно повысить адаптивность и жизнестойкость (Емельянова, Филь, 2023).

Однако важно отметить, что результаты данного исследования также подчеркивают необходимость дальнейшего изучения методов глинолечения и их применения в различных контекстах. Хотя участники продемонстрировали положительные изменения, важно учитывать, что каждый случай горя индивидуален, и подходы, которые работают для одной группы, могут не подойти другой. Это указывает на необходимость дальнейшей разработки персонализированных программ и стратегий, которые могли бы эффективно поддерживать разнообразные потребности людей, переживающих утрату.

В заключение, результаты данного исследования подтверждают, что глиноterapia является мощным инструментом в арсенале психологической помощи, предлагающим уникальные возможности для работы с горем. Она позволяет участникам безопасно взаимодействовать с их эмоциями, что способствует их восстановлению и улучшению качества жизни. Перспективы дальнейших исследований в этой области могут привести к более глубокому пониманию глинотерапии как метода, а также к развитию практических рекомендаций для её использования в различных контекстах.

#### **Выводы:**

1. Результаты исследования подтверждают, что глиноterapia является эффективным методом работы с эмоциональными переживаниями, связанными с утратой. Участники, прошедшие тренинг, продемонстрировали снижение негативных эмоций, таких как тревога, обида, гнев, а также улучшение общего психоэмоционального состояния.
2. Работа с глиной позволила участникам выразить подавленные чувства, что способствовало «эмоциональному освобождению». Создание символических образов помогло в визуализации травматического опыта, что стало важным шагом к интеграции утраты в их жизнь.
3. Групповая работа с использованием глинотерапии содействовала улучшению социальных навыков участников, что является важным аспектом в процессе горевания. Поддержка и взаимодействие с другими людьми помогли снизить чувство одиночества и изоляции.
4. Участники, прошедшие глинотерапию, отметили повышение уровня уверенности в себе и своих ресурсах. Осознание и принятие внутренних ресурсов способствовало формированию жизнестойкости и адаптированности к изменениям в жизни.
5. Несмотря на положительные результаты, необходимо проводить дальнейшие исследования для более глубокого понимания специфических методов глинотерапии и их применения в разных контекстах. Это поможет адаптировать подходы к индивидуальным потребностям участников, переживающих утрату.
6. Глиноterapia может быть интегрирована в программы психологической помощи для людей, столкнувшихся с утратой, предлагая уникальные возможности для работы с горем. Важно разрабатывать и внедрять персонализированные стратегии, учитывающие индивидуальные особенности каждого участника.

В целом, результаты данного исследования подчеркивают значимость глинотерапии как метода, способствующего восстановлению эмоционального благополучия и улучшению качества жизни людей, переживающих утрату.

## Список литературы

1. Голубева О.Л. Практика использования метода глинотерапии в работе с последствиями психологической травмы у детей // Технологии в работе с психотравмой (на примере работы частного учреждения социального обслуживания «Детская деревня — SOS Вологда»): сборник научно-методических статей. Вологда, 2020. С. 24-28.
2. Гурьянова Ю.С. Глинотерапия как метод работы с подростками, перенесшими психологическую травму // Технологии в работе с психотравмой (на примере работы частного учреждения социального обслуживания «Детская деревня — SOS Вологда»: сборник научно-методических статей. Вологда, 2020. С. 32-36.
3. Едиханова Ю.М. Использование глинотерапии в работе с неблагоприятными эмоциональными состояниями // Классические и инновационные подходы к коррекционной работе с детьми с условно нормативным развитием и с ограниченными возможностями здоровья: к 20 летнему юбилею кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии: материалы всероссийских психолого-педагогических чтений. Шадринский государственный педагогический университет, кафедра коррекционной педагогики и специальной психологии; составитель и редактор И. А. Тютюева. Шадринск, 2019. С. 151-156.
4. Емельянова М.Ф., Филь Т.А. Основные подходы к пониманию эмоциональной устойчивости // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. № 11 (2). С. 54.
5. Кондрик Д.А. Глинотерапия как арт-терапевтический метод преодоления стресса у студентов вуза // Научная палитра. 2022. № 4 (38). URL: culture.esrae.ru/ru/65-1302 (дата обращения: 04.09.2024).
6. Основина Т.Ю., Тарасова Н.А. Глина как сенсорная среда реабилитации человека как личности // Горизонты цивилизации. 2021. № 1 (12). С. 102-116.
7. Фалетрова О.М. Социально-трудовая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами глинотерапии // Гуманитарные науки (г. Ялта). 2024. № 2 (66). С. 96-101.
8. Черкашина Т.А. Глинотерапия как средство развития речи у старших дошкольников и подростков // Молодежь XXI века: образование, наука, инновации: Материалы VII Всероссийской студенческой научно-практической конференции с международным участием. Т. 4/под редакцией Г.С. Чесноковой, Н.В. Якуниной. Институт детства. Новосибирск, 2018. С. 187-188.

УДК 159.9

## ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА БУЛЛИНГА И СКЛОННОСТИ К НАСИЛЬСТВЕННОМУ ЭКСТРЕМИЗМУ В ШКОЛЬНОЙ СРЕДЕ

Н.В. Басалаева<sup>1,2</sup>, Ю.И. Джембек<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Лесосибирский педагогический институт —  
филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия

<sup>2</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

**Аннотация.** Цель данной работы — исследование экстремизма среди школьников, а также изучение риска буллинга в образовательной среде.

Это особенно актуально на фоне увеличения экстремистских преступлений в России, что требует тщательного анализа причин и проявлений данного явления.

Новизна исследования заключается в комплексном подходе к изучению экстремизма, с акцентом на аспекты, связанные с буллингом и его последствиями. Используя адаптированные методики, авторы, обращают внимание на социальные условия, способствующие развитию экстремистских настроений.

Основные выводы показывают, что 12% школьников относятся к группе риска проявления насильственного экстремизма. У некоторых опрошенных выявлены признаки интолерантности, социального пессимизма и агрессии. Результаты по риску буллинга свидетельствуют о наличии доверительного климата в большинстве классов, однако в некоторых коллективах обнаружены устойчивые проблемы. Данные проблемы требуют разработки мероприятий по улучшению психологической атмосферы и профилактике экстремизма. Статья подчеркивает важность участия педагогов и психологов в решении данных вопросов.

**Ключевые слова:** экстремизм, насильственный экстремизм, буллинг, старшие подростки, школьная среда

**Актуальность.** Анализ ситуации в области профилактики и противодействия идеологии экстремизма и терроризма на территории Российской Федерации свидетельствует о наличии определённой стабильности и контроля в данной сфере. Тем не менее, невзирая на предпринимаемые усилия по борьбе с экстремизмом, наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа зарегистрированных преступлений экстремистского характера, а также постоянный рост лиц, вовлечённых в деструктивную деятельность. Эти тревожные факты подчеркивают необходимость комплексного подхода к решению проблемы.

Социальные негативные последствия экстремизма очевидны и многогранны. Данный феномен может серьёзно дестабилизировать обстановку не только в конкретных регионах, но и на уровне всей страны. Экстремизм создает напряженность в обществе, увеличивает уровень агрессии и вражды между различными группами, способствует росту конфликтов и нарушает общественный порядок. В связи с этим важно развивать эффективные меры по профилактике экстремистских проявлений и образовательные программы, направленные на формирование толерантности и уважения к различиям.

**Постановка проблемы.** Экстремизм в образовательной среде, в частности, среди школьников, может проявляться в драках, участии в молодежных бандах, травле, скулшутинге (Литучина, 2022). В своей работе автор приходит к мнению, что травля (буллинг) является одной из форм экстремизма, так как оба явления основаны на ненависти, неуважении и агрессии. Так же М. Г. Литучина приводит стадии развития ситуации буллинга:



1. Агрессор формирует группировку для доминирования или защиты.
2. Отсутствие реакции от учителей и одноклассников приводит к повторению насилия, а жертва не может сопротивляться.
3. За учеником окончательно закрепляется статус «жертвы», Жертва испытывает подавленность и страх.
4. Жертва чувствует одиночество и начинает избегать контактов с обидчиком и дополнительной травматизации, вплоть до пропусков занятий. В последующем жертва буллинга, не получив поддержки, может причинить вред себе и задуматься о самовольном уходе из жизни.

По мнению исследователей, не только разновидностью, но и зачастую причиной экстремистского поведения могут являться трудности в общении со сверстниками, конфликты с ними и педагогами, в крайней степени переходящие в буллинг (Федосеева, 2022). Последствия насилия отражаются на эмоциональном и когнитивном развитии школьника, его физическом и психическом здоровье, поведении. Подвергаемые буллингу подростки не чувствуют себя безопасно в образовательном учреждении, испытывают страх и проявляют агрессию; желая себя защитить, такой подросток нередко склонен к экстремизму в разных его проявлениях.

В. Б. Салахова и А. В. Кидинов подчеркивают, что на сегодняшний день вопрос безопасности образовательной среды, особенно в контексте национальной безопасности, остается актуальным и требует решения. Нарастающее чувство небезопасности в учебных заведениях приводит к тому, что многие подростки не проявляют желания возвращаться в такие условия. Это создаёт неблагоприятную атмосферу, которая в свою очередь может вызывать отрицательное отношение к учебе и образованию в целом. К таким вопросам авторы относят школьную травлю (буллинг); повторяющиеся или единичные акты агрессии, совершенные одним человеком (в том числе скулшутинг — вооруженное нападение на учебное заведение); преступность среди подростков; аутоагрессивное и самоповреждающее поведение (в т. ч. суицидальное поведение) (Салахова, 2023).

С. В. Воробьёва, М. И. Кольцов и В. И. Абрамова акцентируют внимание на том, что молодёжный экстремизм, представляющий собой подростковую субкультуру, основан на агрессивном поведении и неприятию альтернативных точек зрения. Приверженцы этой субкультуры глубоко уверены в своей правоте и готовы добиваться своих целей любыми доступными средствами. Они убеждены, что только через такие крайние меры возможно добиться успеха в жизни. Особенно ярко эти черты проявляются у представителей направления молодёжного экстремизма, известного как «скулшутеры», для которых характерна именно такая установка (Воробьёва, 2024).

Таким образом, некоторые специалисты связывают буллинг с экстремизмом, подчеркивая, что оба явления не только взаимосвязаны, но и могут усиливать друг друга, создавая замкнутый круг насилия. Нарастающее чувство небезопасности в образовательной среде, связанное с травлей и агрессией со стороны сверстников, порождает у подростков чувство изоляции и безысходности. Это, в свою очередь, может подтолкнуть их к более радикальным формам экстремистского поведения, включая саморазрушение и насилие.

С учетом актуальности проблемы, наша исследовательская работа направлена на изучение экстремизма в качестве психологического феномена и выявление особенностей его проявления у школьников в связи с риском буллинга в учебной среде.

**Методы и материалы.** В качестве диагностического инструментария мы использовали методику диагностики диспозиций насильственного экстремизма (авторы Д. Г. Давыдов, К. Д. Хломов), Опросник риска буллинга (ОРБ) (авторы А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецова, Е. М. Бианки и др.). В исследовании участвовали 258 обучающихся среднеобразовательной школы с 5 по 11 классы.

**Результаты исследования.** Анализ результатов методики «Диагностика диспозиций насильственного экстремизма» показал, что 10,1 % (26 чел.) опрошенных набрали высокие баллы по шкале «Культ силы». Это значит, что для данных испытуемых насилие является предпочтительным способом достижения своих целей и разрешения противоречий. Для них также характерно восприятие реальности в таких категориях, как «сильный-слабый» и «господство-подчинение», вера в эффективность культа силы как средства решения социальных проблем. Остальная часть обучающихся признаёт необходимость договариваться, учитывать мнение других. Также 10,1 % (26 чел.) опрошенных школьников склонны быть готовыми к совершению насилия в отношении того, кто непосредственно не является причиной их проблем.

Интолерантность выражена у 14,4 % (37 чел.) обучающихся. Они стремятся к однозначности образа мира, отличаются неприятием особенностей других людей, отрицанием возможности инакомыслия и стремлением навязать окружающим свои взгляды любой ценой. 85,6 % (221 чел.) опрошенных при этом терпимы к противоречиям, готовы согласиться с правом другого на иную точку зрения, готовы принять возможную неправильность своей собственной позиции.

По шкале «Конвенциональное принуждение» мы отмечаем, что приоритет ценности восстановления справедливости над другими гуманистическими ценностями характерен для 48,1 % (124 чел.) опрошенных. Этой группе испытуемых свойственно убеждение, что есть люди, заслуживающие наказания, по отношению к которым насилие и агрессия являются по их мнению вполне заслуженной и правильной мерой.

Оставшиеся 51,9 % (134 чел.) обучающихся склонны к многоконтекстуальному восприятию сложных социальных ситуаций.

Анализ результатов исследования по шкале «Социальный пессимизм» показал, что у 12 % (31 чел.) опрошенных выявлена предрасположенность воспринимать мир как мрачный, непредсказуемый и опасный. Для данных испытуемых характерен негативный взгляд в будущее, ожидание катастрофы. Мистичность свойственна 5,4 % (14 чел.) обучающихся: например, они стремятся к объяснению явлений окружающего мира простыми, но эмоционально яркими схемами, склонны перекладывать собственную ответственность на внешние, неподвластные личному контролю силы.

«Деструктивность и цинизм» характерны для 3,5 % (9 чел.). Это может проявляться как в снижении ценности жизни противников, так и в невысокой ценности собственной жизни.

По шкале «Протестная активность» мы констатируем, что у 19 % (49 чел.) респондентов отмечается стремление к героическим действиям, к неизвестному, к приключениям и преобразованиям, готовность к риску, готовность жертвовать собой ради идеи. В то же время анализ результатов по шкале «Нормативный нигилизм» показал, что все опрошенные школьники понимают смысл законодательного регулирования и убеждены в необходимости соблюдать нормы поведения, даже те, которые им не нравятся. По шкале «Антиинтрацепция» результаты показывают, что у 8,5 % (22 чел.) опрошенных выявлено неприятие субъективных проявлений, таких как фантазии, чувственные переживания и т. д. Важными для них являются акцентирование значимости физической реальности, ориентация на простые идеи, непосредственные действия,

Анализ результатов по шкале «Конформизм» показал, что для 14,7 % (38 чел.) опрошенных свойственна подверженность давлению группы сверстников, слабость внутренних регуляторов поведения, готовность совершить правонарушение «за компанию».

Усреднённые показатели, полученные при использовании Опросника риска буллинга, показали следующие результаты:

1) Низкая выраженность предикторов буллинга — небезопасности ( $\mu = 4,5$  б.) и разобщённости ( $\mu = 2$  б.) говорит о низком фоновом напряжении в группе, выраженном качестве отношений и соблюдении правил общения, а также об отсутствии актуального и имеющего непосредственные ситуативные причины напряжения (вызываемое, например, драками).

2) Средняя выраженность благополучия ( $\mu = 6$  б.) Низкая выраженность равноправия ( $\mu = 1$  б.) Это свидетельствует о доверительном климате и открытом диалоге в школе и, как следствие, снижении уровня негативных установок по отношению к взаимодействию и общению. Однако систематические проявления агрессивности могут приводить

к изоляции членов школьного коллектива друг от друга вместо того, чтобы становиться свидетельством уважительных и принимающих разнообразие школьных отношений.

Стоит отметить, что в трех классных коллективах значение шкал «Небезопасность» и «Разобщённость» значение намного выше среднего, что свидетельствует о выраженности данных предикторов в указанных классах.

**Обсуждение результатов.** Обобщая результаты методики, и принимая во внимание то, что, согласно авторам методики в группу риска проявления экстремизма попадают испытуемые, превысившие нормативные показатели более чем по трем шкалам, мы приходим к следующему выводу: к группе риска склонности к насильственному экстремизму относятся 12 % (31 чел.) обучающихся. Для них рекомендуется организовать индивидуальную коррекцию и профилактику, опираясь на частные шкалы методики в качестве направлений работы. Около половины опрошенных проявляют некоторые признаки склонности к насильственному экстремизму, однако в комплексе это не выходит за грань нормы. Стоит также отметить, что у 38 % школьников признаки склонности к насильственному экстремизму не выявлены.

Низкие показатели предикторов буллинга, таких как небезопасность ( $\mu = 4,5$  б.) и разобщённость ( $\mu = 2$  б.), свидетельствуют о низком уровне фоновового напряжения в школьном сообществе, а также о высоком качестве межличностных отношений и отсутствии конфликтов. В то же время среднее значение благополучия ( $\mu = 6$  б.) и низкий уровень равноправия ( $\mu = 1$  б.) говорят о том, что при наличии открытости в общении в школе тем не менее случаются проявления агрессии, которые могут привести к изоляции членов коллектива.

Важно отметить, что в трех классах предикторы «Небезопасность» и «Разобщённость» показали значительно более высокие значения, указывая на их актуальность в этих группах. Были даны рекомендации усилить работу по нормализации психологического климата и предотвращению буллинга в этих классах. Кроме того, среди учеников указанных классов была выявлена наиболее высокая доля обучающихся с выраженной склонностью к насильственному экстремизму, а именно 9,3 % (24 чел.), что позволяет нам сделать вывод о том, что необходимо обратить особое внимание на профилактику и противодействие насильственному экстремизму среди учащихся этих классов.

**Вывод.** Таким образом, результаты исследования указывают на наличие проблем, связанных с буллингом и насильственным экстремизмом в школьной среде. Это требует принятия соответствующих мер, включая образовательные программы, создание безопасной и толерантной атмосферы в школах, а также осведомленность и поддержку со стороны педагогов, родителей и общественности. Преодоление подросткового и молодежного

экстремизма требует комплексного подхода, включающего психологическую помощь, образовательные программы и всестороннюю поддержку молодежи. Необходимо создать условия, способствующие конструктивному самовыражению и обеспечивающие более безопасную и поддерживающую среду для развития подростков и молодежи.

### Список литературы

1. Личутина М. Г., Куршев А. Х. Буллинг как составляющая экстремизма в образовательном пространстве школы // Проблемы современного педагогического образования. 2022. № 75-4. С. 169-171.

2. Федосеева К. Д., Поддубняков К. А. Общесоциальные меры предупреждения экстремизма и терроризма в молодежной среде // Актуальные проблемы противодействия экстремизму и терроризму на современном этапе: материалы I Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Новосибирск, 17-18 февраля 2022 г.). Новосибирск: Новосибирский военный институт имени генерала армии И. К. Яковлева войск национальной гвардии Российской Федерации, 2022. С. 238-244.

3. Салахова В. Б., Кидинов А. В. Проблема психолого-педагогической безопасности образовательной среды в контексте обеспечения национальной безопасности // Образование личности. 2021. № 1-2. С. 19-23.

4. Воробьева С. В., Кольцов М. И., Абрамова В. И. Теоретико-методологические основы деструктивного поведения несовершеннолетних: анализ динамики и профилактика // Актуальные проблемы государства и права. 2024. Т. 8, № 2 (30). С. 240-256. DOI: 10.20310/2587-9340-2024-8-2-240-256

УДК 159.91

## ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Ж. Г. Василькова<sup>1</sup>, Т. Ю. Тихонович<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

<sup>2</sup> Красноярский государственный педагогический университет  
им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия

**Аннотация.** В статье представлен краткий теоретический обзор исследований по проблеме факторов стрессоустойчивости в контексте рассмотрения жизненных ресурсов и потенциала человека. Отражены основные факторы, влияющие на уровень стрессоустойчивости.

**Ключевые слова:** стрессоустойчивость, факторы стрессоустойчивости

**Актуальность.** Проблема адаптации к стрессу и стрессоустойчивости является достаточно актуальной на сегодняшний день, учитывая социально-политическую нестабильность нашего времени. Длительный, неконтролируемый стресс оказывает разрушающее действие на организм человека. Современные исследования стрессоустойчивости затрагивают

такие важные аспекты данной проблематики как влияние личностных и возрастных особенностей на стрессоустойчивость (Петрова, 2018; Соболевская, 2021; И. Александрова, 2014), проблемы формирования профессиональной стрессоустойчивости (Кочеткова, 2018; Ульянкина, 2023), психофизиологические аспекты стрессоустойчивости (Козлова, 2021, Трифонов, 2017) и др.

Существует два вида стресса: физиологический и психологический. Последний включает в себя информационный стресс и эмоциональный: четкого разграничения между этими видами в психологии нет, однако информационный связан в большей степени с противоречивой информацией и/или когнитивной «перегрузкой» информацией, а эмоциональный — с внутриличностным конфликтом, который вызван той или иной дисфункциональной эмоцией (чувством вины, стыда, высокой тревожностью, страхом, сомнением и др.). Как правило, эмоциональная сторона личности является наиболее чувствительной к стрессу, эмоции первыми откликаются на стрессовый фактор. Психологический стресс в отличие от физиологического может запускаться не только реальными событиями, но и вероятностными, которые еще не произошли, но, наступление которых, тревожит человека.

Длительный психологический стресс вызван сильным или продолжительно действующим фактором, или характерен для людей с иррациональными убеждениями, со слабым типом нервной системы, высоким уровнем ригидности, тревожности, нарушенной психофизиологической адаптацией.

Стресс как общий адаптационный синдром включает в себя три основных стадии: стадию тревоги (мобилизации), стадию сопротивления и стадию истощения. На первой стадии происходит мобилизация всех психофизиологических ресурсов организма для борьбы со стрессовым фактором. Она сопровождается усиленной работой симпатической нервной системы, которая подготавливает человека к «бегству или нападению». В стадии сопротивления происходит попытка преодолеть изменения, а затем активная адаптация к происходящим изменениям (в норме). В случае неудачной попытки адаптироваться, когда стресс слишком сильный и/или длительный, и у человека недостаточно ресурсов для совладания с ним, то наступает стадия истощения, на которой происходит снижение психических и физических возможностей. На последней стадии, как правило, проявляются дисфункциональные эмоциональные состояния и дезадаптивные реакции, психосоматика, неврозы и т. д.

Прохождение данных стадий стресса зависит от уровня стрессоустойчивости личности. Человек с высокой стрессоустойчивостью, зачастую останавливается на второй стадии, так как обладает необходимым адаптивно-защитным комплексом для совладания со многими стрессовыми факторами.

**Постановка проблемы.** Ряд ученых сходятся во мнении, что человек убивает не сам стресс, а его реакция на стресс (Никифорова, 2006; Солдатова, 2007). Такая реакция и характеризует понятие стрессоустойчивости.

Следует отметить, что в психологической науке нет единого понимания стрессоустойчивости, в нее вкладывают и эмоциональную устойчивость, и стресс-резистентность, и фрустрационную толерантность, и некую психологическую стойкость к стрессу, обусловленную личностными и индивидуальными особенностями организма.

В целом же стрессоустойчивость можно считать одним из компонентов психического здоровья человека, а также важным качеством личности, которое позволяет адекватно реагировать на сложные и критические события и оставаться в ресурсе.

Стрессоустойчивость включает в себя волевую регуляцию поведения, особенности психофизиологии (нервная система, темперамент), умение анализировать ситуацию и принимать решение, эмоциональный опыт человека.

Таким образом, стрессоустойчивость — это свойство личности, позволяющее адекватно реагировать на возникновение стрессора, принимая ответные решения быстро и эффективно, без психологических и физиологических последствий для организма, а также, это умение справляться со стрессом, владеть и управлять собой при изменяющихся обстоятельствах.

Важно также отметить динамическую сущность стрессоустойчивости, поскольку данное качество способно к деформациям, развитию в зависимости от эмоционального опыта и жизненных ситуаций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В психологической литературе выделяют разные уровни стрессоустойчивости. Высокий уровень предполагает, что человек способен быстро ориентироваться и мгновенно принимать решение в сложных, критических ситуациях, контролировать свои эмоции. Человек со средним уровнем стрессоустойчивости способен трезво оценивать проблему, но отпускать критическую ситуацию через некоторое время, в меру управлять своими эмоциями; у человека с низким уровнем стрессоустойчивости, как правило, эмоции выходят из-под контроля, он не видит выхода из ситуации, не способен критично относиться к происходящему, ему сложно адаптироваться в новых обстоятельствах, в новой среде.

Рассмотрим более подробно факторы, от которых зависит уровень стрессоустойчивости. Все факторы можно условно разделить на три основные группы: биологические, личностные и социальные.

Биологические факторы связаны, прежде всего, с конституциональными особенностями, они являются врожденными, и их раскрытие зависит от условий социализации личности. К ним можно отнести

такие индивидуально-типологические особенности и качества личности как сильный тип ВВД, сила воли, готовность к риску, способность находиться в ситуации неопределенности, низкий уровень тревожности, умеренный уровень агрессивности, способность к саморегуляции, эффективные механизмы психологической защиты и многие другие.

Тип ВВД определяет реакцию человека на стресс, от проявления силы, уравновешенности, подвижности нервных процессов зависит стрессоустойчивость человека.

Ряд исследований (Останина, 2012; Никифорова, 2006) показывает, что люди с преобладанием подвижности нервных процессов отличаются высокой работоспособностью в условиях стресса, инертность нервных процессов, в свою очередь, предопределяет склонность человека к тревожности, замкнутости, что является индикаторами низкого уровня стрессоустойчивости.

В связи со спецификой процессов возбуждения и торможения люди разных типов темперамента склонны к той или иной степени стрессоустойчивости, хотя и не определяют ее полностью.

К биологическим факторам стрессоустойчивости можно также отнести особенности эндокринного статуса: уровень половых гормонов (прежде всего, тестостерона, эстрогена), гормоны щитовидной железы, гормоны надпочечников (кортизол, адреналин, норадреналин) и др. Так, например, снижение уровня кортизола на последней стадии «синдрома уставших надпочечников» может препятствовать эффективному сопротивлению на второй фазе стресса и приводить к быстрому истощению; эстрогены способствуют выработке серотонина, позволяющего менее тревожно воспринимать стрессовые события; адекватный уровень тестостерона придает уверенность в себе, что увеличивает сопротивляемость стрессу на уровне копинг-стратегий.

Ключевую роль играет также мозг, нейропластичность, способность в формированию новых нейронных связей. Следует отметить, что потенциал соматического здоровья значительно влияет на степень резистентности организма к стрессовым факторам и адаптивные возможности человека (Тихонович, 2023).

Личностные факторы представляют собой результат собственной активности, саморазвития, самовоспитания и особенностей социализации. Например, к личностным факторам стрессоустойчивости можно отнести рациональное мышление, адаптивные копинг-стратегии поведения, толерантность к фрустрации (отчасти), оптимизм, целеустремленность, настойчивость в достижении целей, умение планировать и стратегически мыслить, уверенность в себе.

Люди, склонные к враждебности, раздражительности, гневу, проявляющие тревожность, более подвержены стрессу, нежели, чем открытые и доброжелательные, обладающие чувством юмора и реалистично



оценивающие жизненные ситуации. Так, например, отношение человека к стрессам, как к возможности приобрести новый опыт, значительно помогает противостоять стрессу, повышает стрессоустойчивость. Большое значение имеет и адекватная самооценка, самодостаточность, умение преобразовывать ситуацию стресса. Чем чаще человек использует ресурсорасширяющие копинг-стратегии, тем выше уровень стрессоустойчивости.

Личностные факторы стрессоустойчивости в значительной степени зависят от биологических. Так, например, на толерантность к фрустрации оказывают влияние нейромедиаторы, гормоны, соматическое состояние.

Важно учитывать и особенности социальной ситуации развития личности в формировании стрессоустойчивости, поскольку развитие личности любого человека происходит во взаимодействии с другими людьми.

К социальной группе факторов стрессоустойчивости относятся такие как семейное воспитание, родительское отношение, поведенческие и эмоциональные паттерны родителей и значимых взрослых, ценности референтных групп, СМИ, стихийные социальные факторы (например, психотравма вследствие буллинга в школе), «социальные тренды» в общении и поведении (Василькова, 2021, 2023).

Анализируя вышеперечисленные социальные факторы, следует отметить, что большую роль в развитии стрессоустойчивости играет семья и близкие люди. С одной стороны, здесь оказывает влияние воспитание в семье, особенности взаимоотношений с родителями, с другой стороны, наличие поддержки близких взрослых. Поддерживающая и заботливая среда в детстве способствует развитию устойчивости к стрессу, развитию навыков эмоциональной регуляции. Социальная изоляция, отсутствие поддержки препятствует развитию способности человека справиться с жизненными трудностями, снижают стрессоустойчивость.

Семья также способствует формированию таких качеств, связанных со стрессоустойчивостью, как толерантность, коммуникативные навыки, стремление к саморазвитию, инициативность.

Известно, что с детства человек усваивает определенные копинг-стратегии поведения от родителей, а в ситуации стресса проецирует этот опыт в виде определенной реакции на стресс. Деадаптивные стратегии, негативные жизненные установки, переданные от родителей детям, будут определять в последующем его адаптационные возможности и реакцию на стрессовые события.

Негативный детский опыт, сильнейшие переживания детства могут привести к низкой стрессоустойчивости во взрослой жизни, снижению степени устойчивости к высоким психологическим нагрузкам.

Помимо семьи особую роль в формировании стрессоустойчивости играют и референтные группы, наличие друзей, принятие человека

в референтной группе. Принятый, комфортно сосуществующий в группе индивид будет более стрессоустойчив, нежели непринятый, отвергнутый референтной группой. Поскольку действие такого фактора напрямую способствует формированию качеств личности, способствующих развитию высокого уровня стрессоустойчивости, либо снижающих ее.

Немаловажная роль среди социальных факторов отводится стихийным социальным факторам, тем, которые не могут быть предопределены заранее и контролируемы человеком. Однако степень действия и роль данных факторов предопределяется уровнем стрессоустойчивости человека, его индивидуальными и психологическими характеристиками, то есть его биологической и личностной составляющей в восприятии стресса и реакции на него.

**Вывод.** Важно отметить, что уровень стрессоустойчивости может изменяться в течение жизни, в зависимости от работы над собой, приобретения опыта, формирования стратегий поведения, которые будут минимизировать негативное влияние стресса на организм человека.

Стремление к осознанию собственных эмоций, развитие навыков саморегуляции и позитивного мышления, развитие и поддержание здоровых взаимоотношений и навыков планирования деятельности будет способствовать повышению уровня стрессоустойчивости.

### Список литературы

1. Александрова Н. П., Богданов Е. Н. Эмоциональная саморегуляция и личностные факторы стрессоустойчивости // Прикладная юридическая психология. 2014. № 1. С. 22-30.
2. Василькова Ж. Г. Основные принципы работы психолога с тревожными клиентами в условиях социально-экономической нестабильности // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы IX-й Международной научно-практической конференции, Красноярск, 24-25 ноября 2022 года. Красноярск: Версо, 2023. С. 36-41.
3. Василькова Ж. Г. Компоненты стрессоустойчивости современного человека в условиях пандемии коронавируса COVID-19 // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы VII-й Международной научно-практической конференции, Красноярск, 26-27 ноября 2020 года / Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. Красноярск: Версо, 2021. С. 68-75.
4. Залыгаева С. А., Зайцев М. Д. Исследование особенностей стрессоустойчивости и копинг-стратегий у представителей экстремальных профессий // Научный потенциал. 2020. № 1 (28). С. 29-32.
5. Козлова Ю. С., Клайн Е. О., Ковалев В. В. Психофизиология стресса и стрессоустойчивости // Психология развития и образования. 2021. № 1. С. 11-13.
6. Кочеткова С. В. Факторы стрессоустойчивости спортсменов-стрелков // Материалы научной и научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. 2018. № 1. С. 43-44.

7. Лунева О. В. Психофизиологические аспекты стрессоустойчивости и проявление психоэмоционального стресса в условиях функционального покоя и эмоционально напряженного труда // Российская наука в современном мире: Сборник статей XIV международной научно-практической конференции, Москва, 31 августа 2024 года. Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Актуальность. РФ», 2024. С. 17-20.

8. Моторная С. Е., Маховых Ю. А. Исследование влияния проявления эмпатии будущего профессионала-психолога на уровень стрессоустойчивости в процессе обучения в высшей школе // Гуманитарно-педагогическое образование. 2019. Т. 5, № 4. С. 171-177.

9. Онуфриева В. В., Лисицына О. А. Особенности проявления стрессоустойчивости в подростковом возрасте // Инновационное развитие современной науки: теория, методология, практика: сборник статей международной научно-практической конференции, Петрозаводск, 19 марта 2020 года. Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2020. С. 163-166.

10. Останина Н. В. Подходы к классификации копинг-поведения в научной литературе // Известия Российского Государственного Университета им. А. И. Герцена. 2008. № 70-2. С. 127-131.

11. Петрова А. В., Петрова И. Н. Изучение влияния личностных особенностей на стрессоустойчивость персонала // Дорожно-транспортный комплекс: состояние, проблемы и перспективы развития: Сборник научных трудов XVII Республиканской технической научно-практической конференции, Чебоксары, 28 марта 2018 года. Часть 1. Чебоксары: Волжский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский автомобильно-дорожный государственный технический университет (МАДИ)», 2018. С. 225-229.

12. Психология здоровья: учебник для вузов/под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 607 с.

13. Соболевская Е. В. Особенности эмоционального интеллекта и стрессоустойчивости продавцов продуктовых торговых сетей // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. 2021. № 2. С. 211-219.

14. Солдатова О. Г., Юденко О. Н., Лысенко В. Н. Темперамент, психосоматическая конституция и резервы здоровья: пособие для психологов и педагогов. Красноярск: Универс, 2007. 42 с.

15. Тихонович Т. Ю. Здоровье как фактор адаптации и социализации детей младшего дошкольного возраста // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы IX-й Международной научно-практической конференции, Красноярск, 24-25 ноября 2022 года. Красноярск: Версо. 2023. С. 36-41.

16. Трифонов В. В. Психофизиологические аспекты стрессоустойчивости // Актуальные вопросы права, образования и психологии: сборник научных трудов. Выпуск 5. Могилев: Учреждение образования «Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь», 2017. С. 235-239.

17. Ульянкина О. В., Чернышев Д. А. Теоретический анализ проблемы формирования профессиональной стрессоустойчивости будущих медиков в процессе профессиональной подготовки // Педагогический журнал. 2023. Т. 13, № 9-1. С. 547-552.

18. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. Санкт-Петербург: Питер, 2012. 256 с.

## ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Я. П. Гойколова, В. Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Целью данной статьи является теоретическое исследование типов отношения к болезни у пациентов с заболеваниями соматического профиля. Дихотомия «здоровье — болезнь», имея многовековую историю, остается актуальной для ученых, специалистов в области медицины и психологии, а также тех, кто исследует человеческое благополучие. Связь между заболеванием, личностью пациента и результатами лечения уже давно вызывает интерес. В конце XIX — начале XX века была установлена взаимозависимость этих факторов. Ясно, что появление болезни влияет на психологические особенности человека, меняя его мировосприятие, установки и убеждения. В то же время, психоэмоциональное состояние пациента также воздействует на течение заболевания, эффективность лечения и его последствия. Например, исследования показали, что положительное эмоциональное восприятие связано с повышением болевого порога.

**Ключевые слова:** типы отношения к болезни, соматические заболевания

**Актуальность.** Отражение заболевания в переживаниях человека определяется понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Это понятие было предложено российским терапевтом Р. А. Лурия и активно применяется в медицинской психологии. Согласно определению учёного, ВКБ включает в себя всё, что чувствует и переживает больной: массу ощущений, общее самочувствие, самонаблюдение, представления о болезни и её причинах. Этот сложный комплекс состоит из различных комбинаций восприятия, ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов и психических переживаний. Болезнь — это не только страдание физического тела, но и испытание для личности. Проявления болезни зависят не только от биологических особенностей организма, но и от психологических характеристик индивида. Отношение больного к своему заболеванию влияет на его течение и исход, а также на способность справиться с последствиями болезни, компенсировать нарушения функций организма и адаптироваться к новым условиям жизни (Ельникова, Колосова, 2023).

Советский терапевт Р. Лурия ввёл понятие «внутренней картины болезни» (ВКБ) в 1935 году. ВКБ включает в себя переживания, ощущения

и представления пациента о своём заболевании. Классификация типов отношения к болезни, разработанная Р. Конечным и М. Боухалом на Западе, включает семь типов реакции: нормальный, пренебрежительный, отрицающий, нозофобный, ипохондрический, нозофильный и утилитарный. В отечественной медицинской психологии успешно используется классификация типов отношения к болезни, разработанная коллективом врачей Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева под руководством А.Е. Личко. Эта классификация включает 12 психотипов потенциальных больных и охватывает практически весь спектр возможных реакций на заболевание. Первые три типа реакции считаются «рациональными», так как социальная адаптация у таких пациентов не нарушена, и они способны самостоятельно справляться со своими психологическими проблемами. Она основана на оценке трёх ключевых факторов: специфики соматического заболевания, типа личности с акцентом на особенностях характера и отношения к заболеванию в значимой для пациента группе (Выборных, 2023; Ельникова, 2020; Рогачева, 2024).

**Постановка проблемы.** Внутренняя картина болезни представляет собой многогранный феномен восприятия своей болезни в сознании пациента. Она включает в себя смесь переживаний и ощущений, а также эмоциональных и интеллектуальных реакций на заболевание. Отношение человека к своей болезни и осознание ее причин влияют на его поведение в процессе лечения, выполнение рекомендаций врача и мотивацию к выздоровлению. Психологический анализ этих отношений позволяет выявить ключевые психические феномены, связанные с заболеванием пациента.

Качество жизни делится на три основные сферы: физическое, психологическое и социальное функционирование. Оно рассматривается как интегральный показатель, основанный на субъективной оценке здоровья, способности удовлетворять актуальные потребности и изменяется под влиянием хронического заболевания.

Госпитализация для пациента представляет собой вынужденную меру и вызывает широкий спектр психологических реакций, часто приводящих к дезадаптивным отношениям к болезни. В исследованиях обычно акцентируется внимание на диагностике типов отношения к заболеванию, определяя психологическую составляющую внутренней картины болезни.

В многочисленных работах (Руденко, 2023; Тулитбаева, 2023), посвященных пациентам с соматическими заболеваниями, типы отношения к болезни и качество жизни изучались отдельно. Связь между психологической составляющей внутренней картины болезни и качеством жизни госпитализированных пациентов рассматривалась лишь в ограниченном числе исследований, при этом использовались различные методики, что затрудняло однозначную интерпретацию результатов.

Согласно данным В.П. Зайцева и его коллег, у пациентов с остеохондрозом позвоночника ухудшение качества жизни связано с выражением болевого синдрома и такими факторами, как напряжение, неудовлетворенность, беспокойство, ригидность, фиксирование внимания на собственных чувствах, пессимизм и низкая стрессоустойчивость. Психологические характеристики, определяемые с помощью теста СМОЛ, и качество жизни, оцененное по шкале SF-36, зависели от пола и локализации вертеброгенного болевого синдрома. Отношение к болезни и качество жизни являются субъективными показателями, отражающими влияние заболевания на личность пациента.

Однако оценка качества жизни позволяет объективно судить об эффективности лечения и реабилитации, что подчеркивает важность изучения их взаимосвязи.

Цель данной работы заключается в исследовании типа отношения к болезни у пациентов соматического профиля.

В процессе исследования была сформулирована гипотеза: тип отношения к заболеванию, являющийся элементом внутренней картины болезни, связан с различными аспектами качества жизни у госпитализированных пациентов соматического профиля.

**Методы и материалы.** Для реализации поставленной цели использовался метод анализа теоретических источников по проблеме исследования.

**Результаты исследования.** Сам пациент, обладая собственным психоэмоциональным состоянием, оказывает прямое воздействие на содержание и динамику протекания болезни, результаты врачебных назначений и возможные последствия после перенесенного заболевания. Например, было установлено, что «позитивная эмоциональная установка личности связана с изменением болевого порога в сторону его ослабления». Центральным элементом данной взаимосвязи является отношение к болезни — это механизм, который помогает человеку не только справляться со стрессовыми ситуациями, мешающими его нормальной деятельности, но и формировать со временем определенную модель поведения, которую он использует каждый раз, когда возникает угроза утраты здоровья (Ивашкина, Чернов, Беляков, 2020).

Типы реагирования на болезнь можно разделить по степени нарушения социальной адаптации (Ельникова, Колосова, 2023):

Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации:

*Гармоничный.* Характеризуется трезвой оценкой своего состояния без преувеличений и пессимизма, а также без недооценки серьезности болезни. Пациент стремится активно участвовать в успешном лечении. При данном типе реагирования важно сохранять реалистичное восприятие симптомов и объективной тяжести заболевания.

*Эргопатический.* Это механизм ухода от болезни через работу. Даже при наличии серьезных заболеваний и страданий пациенты продолжают трудиться с прежним усердием или даже с большим рвением, чем до появления болезни.

*Анозогнозический.* Пациенты активно отрицают мысли о болезни и ее последствиях, не признают себя больными и игнорируют очевидные проявления недуга, приписывая их случайным обстоятельствам или незначительным проблемам. Они могут отказываться от обследований и лечения.

Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту:

*Ипохондрический.* Характеризуется сосредоточением на личных болезненных ощущениях и стремлением постоянно сообщать об этом окружающим. Пациенты переоценивают своё состояние и выискивают несуществующие заболевания, преувеличивают побочные эффекты лекарств и сомневаются в успехе лечения, несмотря на настоятельные запросы тщательного обследования.

*Тревожный.* Основное ощущение — постоянное беспокойство о неблагоприятном течении болезни, возможных осложнениях и неэффективности лечения. Настроение зачастую тревожное и подавленное, что может проявляться в повышенном интересе к медицинским материалам и внимательности к медперсоналу, а также в стремлении перепроверить информацию о своем состоянии.

*Меланхолический или депрессивный.* Пациенты чувствуют удрученность от болезни и не верят в свое выздоровление или любую положительную динамику, даже при наличии благоприятных объективных данных.

*Апатический.* Характеризуется полной безразличностью к итогам болезни и результатам лечения, при которой пациенты готовы следовать рекомендациям только под настойчивым давлением извне. Обычно такое безразличие связано с депрессией и заикленностью на собственном состоянии.

Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту:

*Эгоцентрический.* Пациенты «уходят в болезнь», выставляя на показ свои страдания и эмоции с целью привлечь к себе внимание. Они требуют исключительной заботы окружающих и быстро переводят разговоры на свои проблемы, описывая жалобы красочно и выразительно.

*Неврастенический.* Характеризуется раздражительностью и слабостью. Эти пациенты подвержены вспышкам гнева, особенно во время болевых ощущений или проблем с лечением, не могут терпеть дискомфорт и проявляют нетерпимость.

*Дисфорический.* Пациент испытывает тревогу и мнительность по поводу маловероятных осложнений и неудач в лечении. Его мыслительный процесс становится зависимым от различных ритуалов и примет, так как они служат защитой от страха; он начинает придавать избыточное значение незначительным деталям.

*Сенситивный.* Это чрезмерная озабоченность пациентом возможным негативным восприятием его болезни окружающими. Избегая обращения к врачу даже в критических ситуациях, пациенты могут проявлять застенчивость и робость, что усугубляет их состояние.

*Эйфорический.* Характеризуется необоснованно приподнятым настроением, которое может быть наигранным. Пациенты могут проявлять легкомысленное отношение к своей болезни, надеясь, что проблема решится сама собой. Это может быть, как защитным механизмом, так и отражением их личностных характеристик.

*Паранойальный.* Пациенты уверены, что их болезнь является результатом злого умысла, проявляя крайнюю подозрительность к медикаментам и процедурам. Они склонны приписывать возможные осложнения халатности или злым намерениям врачей и медицинского персонала.

Процесс психообразования пациента может осуществляться не только во время консультаций с клиническим психологом, но и через взаимодействие с медицинскими сестрами, врачами и родственниками, что особенно важно в условиях госпитализации. Системный подход к психологической помощи пациенту на стационарном лечении включает психологическое консультирование и психокоррекцию. Все элементы этой помощи взаимосвязаны и каждый из них имеет свою специфику и направленность (Федорова, Бальчева, 2022).

Психологическое консультирование для пациентов с соматическими заболеваниями должно сосредотачиваться на диагностике степени дезадаптации; в зависимости от полученных результатов необходимо проводить психокоррекцию, которая способствует формированию адекватного отношения к заболеванию и лечению.

Методы психокоррекции, применяемые при работе с пациентами в соматических клиниках, должны учитывать их отношение к болезни. Например, для пациентов с ипохондрическим и апатическим типами отношения к болезни хорошо зарекомендовал себя дыхательно-релаксационный тренинг; у пациентов с неврастеническим и тревожным типами эффективны аутогенные тренировки; для пациентов с дисфорическим и параноидальным типами — когнитивно-поведенческая терапия (Тулитбаева, 2023).

Кроме того, работа психолога с сотрудниками терапевтического стационара должна включать информирование о специфике взаимодействия с различными категориями пациентов, а также о методах разрешения конфликтных ситуаций.



**Вывод.** В наше время портрет больного претерпел значительные изменения. Современный пациент чаще всего обладает хорошим уровнем образования и активно ищет медицинскую информацию, однако нередко предпочитает альтернативные и народные методы лечения. Этот подход может привести к конфликтам с медицинскими рекомендациями, особенно учитывая стереотип о том, что «чем больше, тем лучше». Несмотря на требования к лечению, пациенты иногда игнорируют советы врачей, если они ограничивают их привычные занятия или хобби. Врач ежедневно сталкивается с разнообразными пациентами, которые отличаются по возрасту, полу, социальному статусу, темпераменту и степени принятия своей болезни. Однако из-за нехватки времени медицинский работник часто не может уделить каждому пациенту необходимое внимание, что может отразиться на процессе лечения и реабилитации.

Именно поэтому очень важно применять индивидуальный подход к каждому пациенту, учитывая его личное восприятие заболевания и эмоциональные реакции. Платные медицинские услуги также вносят изменения в менталитет пациентов, среди которых наблюдается рост эгоцентризма и потребительского отношения к медицине. Многие из них уверены, что могут самостоятельно принимать решения о своем лечении, забывая о том, что врач является экспертом в своей области и должен руководствоваться медицинскими знаниями и опытом. Тем не менее, даже в условиях такого мышления, важным остается понимание, что у каждого пациента есть право на своё мнение, даже если фраза «клиент всегда прав» занимает определенное место в этой ситуации. Это подчеркивает необходимость врачам знать особенности различных психотипов пациентов и учитывать их при составлении плана лечения.

Знание о том, как разные типы личности могут реагировать на болезнь и лечение, позволит снизить риск возникновения деструктивных психосоматических состояний, которые могут негативно сказаться на процессе выздоровления. Кроме того, важно принимать во внимание амбивалентное отношение больного к своему состоянию. Традиционно болезнь воспринимается как нечто негативное, однако психологические исследования показывают, что в некоторых случаях у заболеваний могут быть и положительные аспекты. Например, они могут стать источником новых жизненных приоритетов, привести к глубокой самораздумью или изменить социальные связи.

Задача врача заключается не только в том, чтобы лечить физические симптомы, но и в том, чтобы помочь пациенту увидеть положительные стороны его состояния. Установление эффективного психотерапевтического контакта и поддержка пациента в процессе борьбы с заболеванием могут стать важными факторами, способствующими успешному

лечению и улучшению качества жизни. Врачи должны использовать свои навыки общения и понимания для создания атмосферы доверия, где пациент будет чувствовать себя услышанным и понятым. Это в свою очередь будет способствовать более активному и осознанному участию пациента в процессе лечения.

### Список литературы

1. Приверженность лечению пациентов с заболеваниями системы крови с тревожными и депрессивными расстройствами/Д.Э. Выборных, Т.Н. Моисеева, Э.Г. Гемджян [и др.] // Терапевтический архив. 2023. № 7 (203). С. 554-559.
2. Ельникова О.Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема. Обзор литературы // Комплексные исследования детства. 2020. № 4 (86). С. 292-304.
3. Ельникова О.Е., Колосова И.Г. Отношение к болезни у юношей и девушек с различной гендерной идентичностью // Ped. Rev. 2023. № 5 (51). С. 187-194.
4. Ивашкина М.Г., Чернов Д.Н., Беляков К.В. Взаимосвязь типа отношения к болезни и отношения к родителям у подростков, страдающих онкогематологическими заболеваниями // Международный научно-исследовательский журнал. 2020. № 5-3 (95). С. 211-213.
5. Роль психодиагностики у онкологических пациентов в практике стоматолога/И.Г. Романенко, К.А. Аракелян, А.А. Джерелей [и др.] // Крымский терапевтический журнал. 2023. № 2 (6). С. 80-84.
6. Рогачева Т.В. Влияние типа взаимодействия клиента со специалистами на результативность реабилитационного процесса // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. № 3 (46). С. 217-228.
7. Русских Ю.С., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А. Тип отношения к болезни и уровень комплаентности у онкологических пациентов // Вопросы онкологии. 2023. № 3S (121). С. 176-177.
8. Руденко С.Л. Взаимосвязь отношения к болезни и социального восприятия у лиц с истерическим неврозом // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2023. № 1 (55). С. 62-66.
9. Особенности посттравматического стрессового расстройства, жизнестойкости и отношения к заболеванию у пациентов разных групп (на примере онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний)/Г.Ф. Тулитбаева, О.И. Политика, Л.Р. Шафигуллина, А.А. Божко // Психолог. 2023. № 5 (88). С. 183-192.
10. Федорова Е.А., Балычева В.С. Психологические особенности лиц, перенесших трансплантацию органов // Ученые записки университета Лесгафта. 2022. № 4 (206). С. 603-607.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАДРОВОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

А. Г. Гутько

*Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Беларусь*

**Аннотация.** Социально-психологический климат играет важную роль в системе управления персоналом учреждения. Он оказывает сильное влияние на деятельность всего учреждения и на успешность совместной деятельности. Социально-психологический климат является показателем, индикатором благополучия в отношениях между сотрудниками учреждения. Профессиональная деятельность педагога в современных условиях связана с постоянной чередой меняющихся событий, условий и обстоятельств. Для успешного выполнения профессиональной деятельности в условиях неопределенности для современного педагога важным качеством является толерантность, и ее компонент коммуникативная толерантность (Селезнева, 2022). Важной проблемой в работе с кадрами являются диагностирование уровня развития личностных качеств управленческого персонала и оценка их динамики в процессе профессионально-управленческой подготовки (Дубинко, 2007). Сегодня директора школ должны доказать свою инициативность, оригинальность и, что важнее всего, способность управлять командой учителей в школе мастерства (Глухенькая, 2018). Сильного руководителя отличает высокая степень разнородности используемых приемов и методов управления, управленческих умений, что, непосредственно, связано с коммуникативными навыками и умениями каждого руководителя и его подчиненных (Чемель, 2020). Таким образом, часто у специалистов, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми, проявляются признаки профессионального выгорания: чувство безразличия, эмоционального истощения; дегуманизация (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам); негативное профессиональное самовосприятие — ощущение собственной некомпетентности, недостатка профессионального мастерства (Гутько, 2018).

Нам было интересно, как часто общаются друг с другом работники образования, и как же они оценивают качества друг друга. С целью изучения мнений о своих лидерских качествах, у сотрудников учреждений образования, нами было предложено небольшое социологическое исследование, в результате которого были исследованы методологические основы формирования профессионально-личностных компетенций

работников системы образования; проанализированы профессионально-значимые качества работников системы образования на примере средней школы г. Гродно.

**Ключевые слова:** педагоги, профессиональная деятельность, коллектив, мнение, влияние

**Актуальность.** В любом коллективе общение среди коллег занимает значимое место. Особенно в педагогическом коллективе, где итак объем информации просто «зашкаливает».

**Постановка проблемы.** В настоящее время значимое количество статей посвящено особенностям общения сотрудников в коллективе. Рассматривается также взаимосвязь между данным вопросом и риском возникновения синдрома эмоционального выгорания.

**Методы и материалы.** Автором статьи был проведен социологический опрос преподавателей и директоров школ и гимназий.

Результаты социологического исследования позволили сопоставить мнения педагогов с мнением руководителей о самих себе, и получить весьма интересные и полезные сведения (в анонимном анкетировании участвовали 10 директоров и 125 педагогов школ г. Гродно (Гутько, 2020)). Было предложено оценить такие коммуникативные и личностные качества, как профессионализм и общительность. В первую очередь, было предложено оценить данные качества самим руководителям.

**Результаты исследования.** При сопоставлении результатов анонимного тестирования, нами были получены весьма интересные результаты (таблица 1; рисунок 1).

*Таблица 1*

**Сравнительный анализ мнений директоров школ г. Гродно о себе и мнений педагогов о директорах этих школ (анкеты и интервью)**

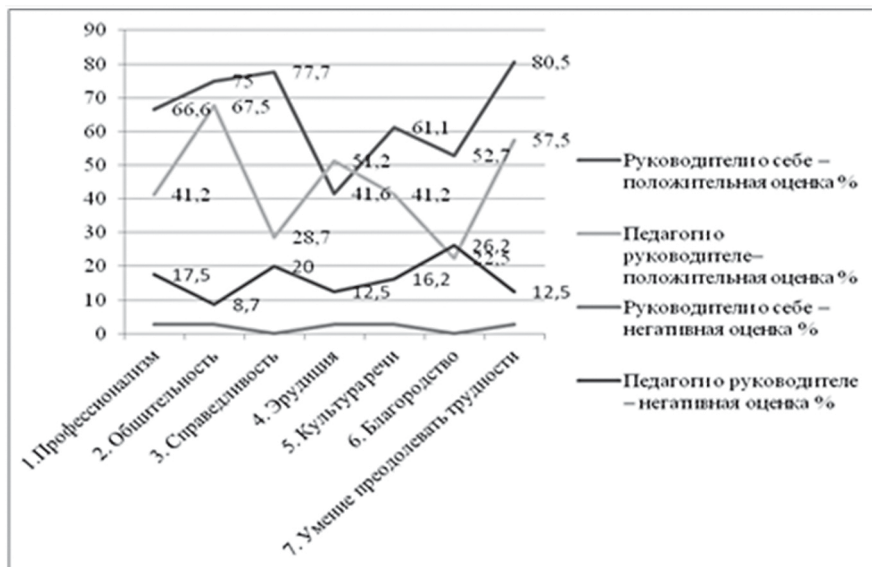
Качества	Руководители о себе – положительная оценка, %	Педагоги о руководителях – положительная оценка, %	Руководители о себе – негативная оценка, %	Педагоги о руководителях – негативная оценка, %
1. Профессионализм	66,6	41,2	2,7	17,5
2. Общительность	75,0	67,5	2,7	8,7
3. Справедливость	77,7	28,7	0,0	20,0
4. Эрудиция	<b>41,6</b>	51,2	2,7	12,5
5. Культура речи	61,1	41,2	2,7	16,2
6. Благородство	52,7	22,5	0,0	26,2
7. Умение преодолевать трудности	80,5	57,5	2,7	12,5

По мнению большинства руководителей, они с легкостью умеют преодолевать трудности (80,5%), они справедливы (77,7%) и бесконечно общительны (75%). В свою очередь, педагоги, из положительных качеств руководителей, в тройку лидирующих качеств, включили следующие: общительность — 67,5%; умение преодолевать трудности — 57,5%; эрудицию — 51,2%.

**Обсуждение результатов.** Самая большая разница при оценке личностных качеств педагогов и их руководителей, при положительной их оценке, заключается в таких ценностях, как: в справедливости, благородстве и профессионализме.

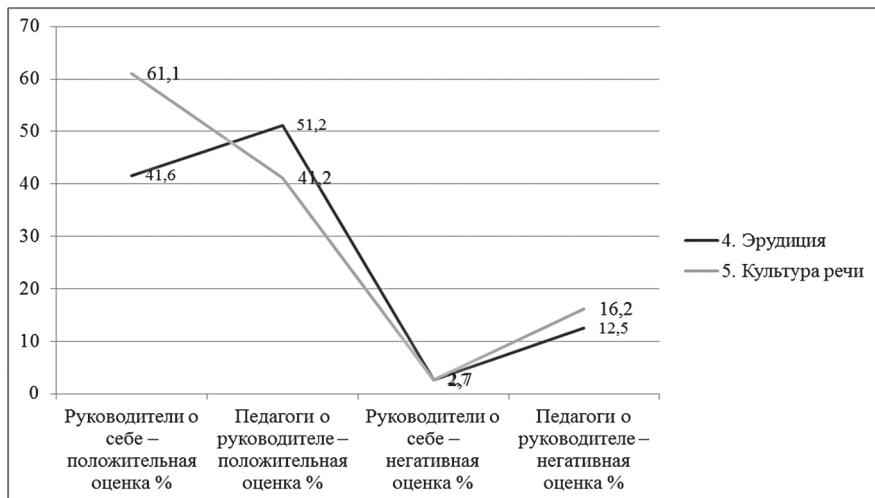
При негативной их оценке — в таких ценностях, как благородство, эрудиция и справедливость.

Наиболее наглядно негативная оценка коммуникативных умений представлена на рисунке 1.



*Рис. 1. Сравнительная характеристика личностных качеств руководителей и педагогов школ г. Гродно*

Среди своих положительных качеств руководители на первое место ставят профессионализм (70,0%), и 92% педагогов — «о своем руководителе» — придерживаются такого же мнения (рисунок 2) (Чемель, 2020) (Гутько, 2020).



*Рис. 2. Сравнительная характеристика личностных качеств руководителей и педагогов школ г. Гродно*

*Таблица 2*

**Сравнительный анализ мнений директоров школ г. Гродно о себе и мнений педагогов о директорах этих школ (анкеты и интервью)**

Качества	Руководители о себе – положительная оценка %	Педагоги о руководителе – положительная оценка %	Руководители о себе – негативная оценка %	Педагоги о руководителе – негативная оценка %
4. Эрудиция	41,6	51,2	2,7	12,5
5. Культура речи	61,1	41,2	2,7	16,2

**Вывод.** Необходимо развивать эрудицию и культуру. Автор статьи предлагает больше читать и узнавать новой информации ежедневно, учить новые слова, расширять свой индивидуальный словарный запас, посещать сайты, для повышения эрудиции, больше писать. Одной из важных ролей в управленческой команде называется «эксперт» — носитель разносторонних связей.

## Список литературы

1. Глухенькая А. С., Гутько А. Г. Образ женщины-руководителя в системе образования // Актуальные проблемы современной психологии: сб. материалов XVIII Международ. студ. науч. — практ. конф./редкол.: А. В. Ракицкая, О. Г. Митрофанова. Гродно: ГрГУ, 2018. С. 121-125.
2. Гутько А. Г. Синдром эмоционального выгорания у современного руководителя здравоохранения // Сборник материалов ежегодной итоговой научно-практической конференции «Актуальные проблемы диагностики, лечения, реабилитации психических расстройств и неврологических заболеваний» [Электронный ресурс]: сборник материалов областного научно-практического семинара, посвященного 25-летию медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского университета, 18 мая 2018 г./[редкол.: М. А. Ассанович (отв. ред.) и др.] Электрон. текст. дан. (объем 3 Мб). Гродно: ГрГМУ, 2018. 1 эл. опт. диск (CD-ROM). Систем. требования: IBM совместимый компьютер; Windows XP и выше; необходимая программа для работы Adobe Reader; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 16-х и выше. Загл. с этикетки диска. Гродно, 2018. С. 74-77.
3. Гутько А. Г. Лидер в современной системе образования // Перспективы развития высшей школы: материалы XIII Международной науч. — метод. конф./редкол.: В. К. Пестис [и др.]. Гродно: ГГАУ, 2020. С. 296-299.
4. Гутько А. Г. Имидж преподавателя в форме педагогического коллажа как одного из видов активного метода обучения // Современные тенденции образовательного процесса в медицинском университете [Электронный ресурс]: сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/отв. ред. В. В. Лелевич. Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 3,5 Мб). Гродно: ГрГМУ, 2020. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). С. 45-48.
5. Дубинко Н. А. Профессионально важные качества руководителя как предмет психологической диагностики // Научные труды Академии управления при Президенте Республики Беларусь/учредитель Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь. Вып. 1 (2001). Минск: Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь, 2007. С. 660-667.
6. Селезнева И. Н. Коммуникативная толерантность как профессионально значимое качество современного педагога // Вестник ВОИРО. 2022. № 2. С. 95-98.
7. Чемель А. С. Сравнительный анализ коммуникативных навыков работников учреждения образования // Студенческая медицинская наука XXI века. V Форум молодежных научных обществ: материалы XX международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Витебск, 28-29 октября 2020 г. Витебск, 2020. С. 946-948.
8. Чемель А. С. Анализ коммуникативных умений в сфере образования // Студенческая медицинская наука XXI века. V Форум молодежных научных обществ: материалы XX международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых, Витебск, 28-29 октября 2020 г. Витебск, 2020. С. 949-951.

## ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

А. А. Дрянных, Е. А. Черенева

*Красноярский государственный педагогический университет  
им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье показана важная роль в формировании мотивации пациента к выздоровлению. Рассмотрены факторы, снижающие мотивацию к лечению и, как следствие, уменьшение выраженности терапевтического эффекта, повышение вероятности развития осложнений основного заболевания, снижение качества жизни больных и увеличение затрат на лечение. Описаны попытки исследования мотивации к лечению у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

**Ключевые слова:** дегенеративно дистрофические заболевания позвоночника, мотивация, поддержание результата лечения, качество жизни

**Актуальность.** Данное исследование определяется необходимостью поиска стратегий реабилитации пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. По статистике МЗ РФ доля дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП), поражающего людей наиболее активной социальной группы — составляет до 80 % случаев временной нетрудоспособности. При этом в структуре заболеваемости взрослого населения нашей страны эти заболевания составляют половину случаев (48-52 %), занимая первое место по числу дней нетрудоспособности и первое место (41,1 %) среди причин первичной инвалидности. Среди инвалидов с заболеваниями периферической нервной системы в 80 % случаев наблюдаются именно вертеброгенные поражения (Авдеев, 2020; Coric, 2018). К 30 годам клинические проявления дегенеративно-дистрофических изменений диагностируются у 1,1 % населения, а к 59 годам — уже у 82,5 % населения РФ. Признаки ДДЗП встречаются чаще (в 60 %) — в пояснично-крестцовом отделе, 25 % — в шейном, около 10 % в грудном и еще 5 % — распространенной локализации. Это когда боли беспокоят пациента в двух отделах позвоночника или во всех отделах сразу. Около 7 % поражений позвоночника имеют иную природу (онкологическое поражение, ревматоидные заболевания и т. д.). Но примерно у 93 % обратившихся в поликлинику с болью



в спине (шее, руке, ноге), причиной болей является дегенеративно-дистрофический процесс позвоночного столба и связанных непосредственно с ним структур (Калашникова, 2021; Парфенов 2019).

**Постановка проблемы.** Мотивация — это формирование желания у человека в своей жизни изменить что-либо. Процесс мотивации (мотивирования) основывается на потребностях человека, которые и выступают основным объектом воздействия с целью побуждения человека к действию. В самом общем виде потребность определяется как ощущение недостатка в чем-либо, которое носит индивидуализированный характер при всей общности проявления (Вилюнас, 1990).

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из ключевых понятий, используемых для объяснения движущих сил поведения и деятельности (Леонтьев, 2014). Любое настоящее лечение заболевания действительно должно начинаться с мотивации, нахождению правильных мотивов для обращения за помощью именно самостоятельно со стороны самого больного. А лечение и терапия ДДЗП сложный процесс, который просто немыслим без высокой мотивации пациента в результатах лечения. Как бы мы не говорили пациентам, что причиной остеохондроза (как по старинке пациенты, да и многие врачи называют такие поражения позвоночника) является «прямохождение» — в настоящий момент совершенно понятно, что это наша расплата за малоподвижный или (как противоположная ситуация) чрезмерно нагруженный тяжелым физическим трудом образ жизни, при сильно увеличившейся ее продолжительности.

И вот такой страдающий острой или чаще хронической болью пациент, получив терапию у невролога (или нейрохирурга) задает врачу и тот же вопрос: «А что делать, чтобы эта боль не возвратилась вновь?» И вопрос этот далеко не праздный. Многие пациенты с болью в «спине» становятся вдруг совершенно нетрудоспособными, а многие просто надолго прикованными к постели. Иногда эти обострения могут случаться несколько раз в год, а хроническая боль может не отпускать страдающего ДДЗП никогда. И даже назначение сильнодействующих препаратов постоянного применения не вход из ситуации. Не говоря уж о случаях, когда приходится ложиться на операционный стол.

Боли нет, или она незначительная и не требующая медикаментозной поддержки. Стадию избегания, в данном случае избегания боли, через избегание провокации боли — прошли успешно. Те, кто срывается уже на этой стадии, а есть и такие — в данном случае не в счет. Все рекомендации врача до этого момента выполнялись дисциплинированно — мы хотим вернуться к первоначальному состоянию, когда нас боль не беспокоила. Мы «вернулись».

Но оказывается на этом ситуация не закончилась. Вернуться к привычной жизни — значит, почти гарантировано — опять будет боль,

неподвижность, нетрудоспособность, беспомощность, а может и операция, инвалидность и далее по списку. Просто «избегать» провокации и нагрузки — не выход (Луцик, 2019; Lu VM, 2019).

Из стадии «избегания» надо переключаться в стадию «реализации» — начать регулярно (и регулярно это ключевое условие) заниматься контролируемой физической нагрузкой. Практически стать фанатом любительского спорта.

**Методы и материалы.** Для организации исследования влияния мотивации на выздоровление у исследуемой категории испытуемых мы провели исследование, позволяющее выявить механизмы формирования мотивации на выздоровление у пациентов с ДДЗП. Исследование проводилось на базе многопрофильного медицинского центра «Первый Меридиан» г. Красноярск.

В исследовании принимали 150 пациентов (83 мужчины и 67 женщины), имеющих ДДЗП в возрасте от 45 до 55 лет и не имеющих противопоказаний к активной физической нагрузке по сопутствующим заболеваниям.

Нами разработан авторский опросник, который включал ряд вопросов, раскрывающий характеристику болей: 1) какой по счету в течении 3х лет этот эпизод болей (дольше как оказалось они достоверно не помнили); 2) понимают ли они необходимость изменения своего образа жизни (ЛФК, физкультура, модифицируемые факторы риска); 3) занимались ли они ЛФК или физкультурой после предыдущего эпизода болей и сколько по времени они «регулярно» это делали; 4) занимались ли они «на регулярной основе» каким либо профессиональным или любительским спортом ранее (до первого эпизода болей).

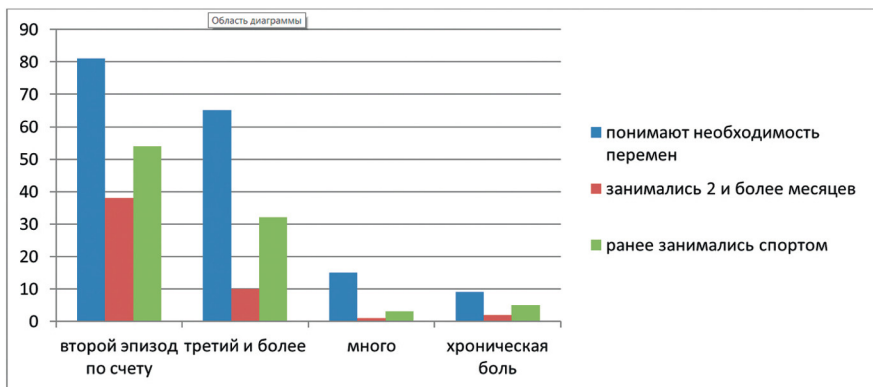
**Результаты исследования.** Результаты разделены на четыре категории: первая группа — пациенты, у которых опрос проводился после второго по счету эпизода болей; вторая группа — те, кто до опроса перенес третий эпизод обострения; третья группа — опрошенные, у которых таких эпизодов было больше трех; четвертая группа — пациенты, у которых на момент опроса были признаки хронического болевого синдрома (Давыдов, 2020; Николаева, 1987). Результаты у мужчин и женщин оценивались отдельно.

Полученные результаты отражены на рисунках 1 и 2. Результаты исследования показателей у мужчин отражены на рис. 1.

Из проводимого опроса среди мужчин: понимают необходимость изменения образа жизни 97 % опрошенных пациентов, впервые справившихся с болевым синдромом; при повторном обращении их уже около 80 %; при каждом следующем обращении процент пациентов соглашающихся с данным тезисом прогрессивно уменьшается.

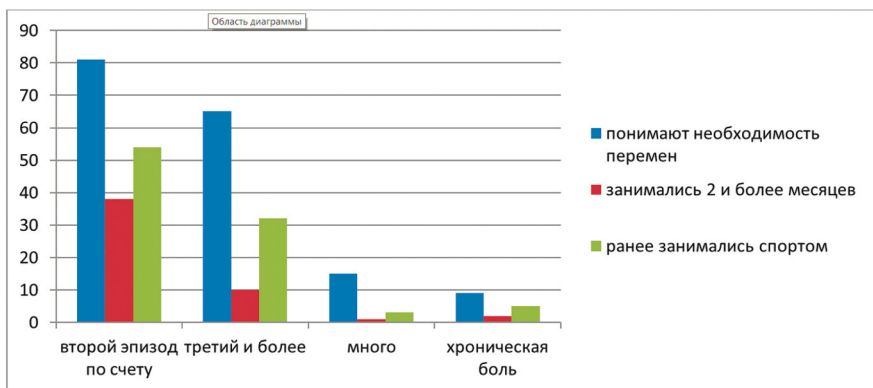
Из повторно обратившихся в течении трех лет с болевым синдромом в спине менее 50 % мужчин занимались физкультурой дольше двух

месяцев. А из тех, у кого это было третье обострение — занимались всего около 12 %. При этом ранее (до первого обострения) из первой группы опрошенных — спортом занималось в 65 %, а из тех, у кого это было третье и более обострений (вторая и третья-четвертая группы) — менее 40 %.



*Рис. 1. Результаты исследования приверженности к занятиям ЛФК у пациентов (мужчины)*

Результаты исследования показателей у женщин отражены на рис. 2.



*Рис. 2. Результаты исследования приверженности к занятиям ЛФК у пациентов (женщины)*

Из опрошенных женщин: понимают необходимость изменения образа жизни при втором эпизоде менее 80 % опрошенных, а вот при третьем — 85 %. При каждом следующем обращении процент пациентов соглашающихся с данным тезисом уменьшается, но не так прогрессивно как у мужчин.

Из повторно обратившихся в течении 3х лет женщин менее 30 % занимались «физкультурой» дольше 2х месяцев. А вот из тех, у кого это было третье обострение — занимались уже более 50 %. После второго обострения больше количество женщин стало заниматься регулярно, у мужчин наоборот — после второго обострения занимающихся регулярно меньше. При этом менее 30 % женщин ранее занималось спортом.

Часть опрошенных респондентов (менее 50 %) добросовестно занималось спортом на протяжении 2-3-х недель. Затем занятия становились нерегулярными и к концу второго месяца прекращались совсем. Дольше 3х месяцев «продержались» менее 10 %. При этом все опрошенные испытывали позитивные ощущения от занятия физкультурой и осознают, что если бы они продолжали заниматься, вероятность повторного обращения с болью была бы ниже. Но мотивация «заниматься» снижалась пропорционально времени «без боли». Реализации «проекта» регулярно и постоянного занятия любительским спортом проваливается у 90 % добросовестно начинающих занятия после снятия первого обострения. Примерно 5 % занимаются дольше, но нерегулярно. Около 20 % респондентов пробовали заниматься, но сразу бросили. 30 % исследуемых не начинают заниматься под разными предлогами (в том числе из за страха нового обострения). Есть гендерная особенность. Мужчины активнее начинают заниматься ЛФК (или физкультурой) уже после первого эпизода болей, особенно если они ранее (даже может быть в детстве и юности) занимались спортом относительно профессионально (регулярно и долго). Т. е мужчины мотивировались с первого раза, из памяти «доставалось» позитивное отношение к занятию спортом, на положительный результат работала и мышечная память. Но постепенно, так как боли больше нет, а «патерн» на здоровый образ жизни не успел закрепиться — занятия большинством мужчин прекращались. А после следующих эпизодов болей мужчины как правило к занятиям больше не возвращались и предпочитали тактику «избегания» — длительное (дольше рекомендованного) ношение корсета и постельный режим, исключение любой физической нагрузки.

Женщины в большинстве (более половины) начинали заниматься ЛФК или физкультурой, а так же соблюдать принципы ЗОЖ только после второго эпизода болей, считая первый эпизод случайностью не заслуживающей перемены образа жизни. И количество занимающихся дольше 2х месяцев женщин не так коррелирует с тем занимались ли они ранее спортом или нет. Но после неоднократных обострений количество занимающихся физкультурой, так же как и мужчин значительно сокращается.

Результаты наших исследований демонстрируют, что около половины опрошенных мужчин и женщин сделали уверенный старт при формировании мотивации к лечению заболевания (женщинам потребовался для этого больше мотивации), а затем в течении от одного до трех

месяцев — «проект» завершили т. е. мотивации на начало занятий у них хватило, но на продолжение уже нет. А при частых обострениях, мотивации начинать заниматься, уже совсем нет, и о реализации проекта изменения образа жизни с целью снизить прогрессирование заболевания позвоночника — речь больше не идет.

Значит: если добиться реализации цели «Регулярное контролируемое занятие физической нагрузкой в комплексе с ЗОЖ» уже после первого (максимум второго) эпизода «Боли» — вероятность повторения «обострения» резко снижается и приверженность идеи изменения своего образа жизни на более активный остается высоким. Напротив, с каждым обострением — приверженность к «началу здорового активного образа жизни» снижается, как снижается и эффективность самой физкультуры как средства предотвращения дальнейшего развития и хронизации дегенеративного заболевания позвоночника.

**Обсуждение результатов.** По результатам нашего исследования мы установили, что значимым фактором при повышении качества лечения и выздоровления важным элементом в курсе общего лечения является мотивирующее психотерапевтическое воздействие на пациента уже после первого эпизода избавления от болевого синдрома. Такой подход повлияет на формирование уверенности, снижение негативных установок на выздоровление, что поможет пациенту реализовать и закрепить желание перемен. В этот период еще есть крепкая уверенность в полном избавлении от «болезни» и сохранении привычного уклада жизни «без боли», а так же срабатывают «механизмы памяти» о регулярном занятии спортом ранее.

Да, требуется изменить свое расписание, выделить в нем время для физической активности, изменить привычки, в том числе питания, приучить к этому себя и окружающих, возможно, приобщить их к этой активности (что может укрепить и семью и коллектив). Формирование новых привычек и образа жизни пациента принесет новый позитивный опыт, тогда это может быть закреплено надолго или навсегда. Никто не обещает 100 % избавления от обострения, но шансы то высокие. И протекают обострения (как показывает статистика) в такой ситуации легче, позволяя быстро вернуться к работе и к активности.

При этом, по клиническим рекомендациям и на практике, неврологи и нейрохирурги — подключают психолога на этапе уже хронизации болевого синдрома, иногда исключительно для решения вопроса о необходимости длительной медикаментозной терапии и то только в «центрах лечения боли» (Клин. рек., 2023; Клин. рек., 2022). Когда вопрос о занятии активной физкультурой на повестке чаще уже больше не стоит. Тут с начинающейся депрессией надо что-то делать. Что подтверждают и вопросы, на которые должен ответить пациент заполняя опросники качества жизни: «Испытывает ли он тревогу или депрессию»

(Опросник по здоровью EQ-5D), «Из-за боли в спине я более раздражителен и не сдержан по отношению к другим людям, чем обычно» — да или нет (Вопросник Роланда-Морриса) (Метод. рекоменд., 2023). Для общества и семьи такой пациент уже потерян. Он полностью поглощен борьбой со своим организмом. Более того в перечне специальностей целевой аудитории данных клинических рекомендаций — психолога нет. Как нет его и в стандарте оказания специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга.

**Вывод.** В такой ситуации актуален вопрос обучения специалистов занимающихся лечением и реабилитацией пациентов с болью в спине по следующим направлениям: психологические методы лечения; мотивация на выздоровление; поддержание результата выздоровления. А также, более широкого и раннего подключения специалистов психологов для восстановления пациентов с дегенеративным заболеванием позвоночника, задолго до момента хронизации процесса и формирования хронического болевого синдрома.

### Список литературы

1. Заболевания позвоночника/А. В. Авдеев, А. К. Вешкин, В. Ф. Гладенин [и др.]; [под ред. Ю. Ю. Елисеева]. Москва: Научная книга, 2019. 586 с.
2. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. Москва: Изд-во Москва. ун-та, 1990. 285 с.
3. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли/О. С. Давыдов, Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин [и др.] // Российский журнал боли. 2018. № 4 (58). С. 5-41.
4. К вопросу этиологии остеохондроза позвоночника/Е. В. Калашникова, А. М. Зайдман, Н. Г. Фомичев, Т. И. Аксенович // Новые аспекты остеохондроза. Санкт-Петербург: МОРСАР АВ, 2002. С. 43-49.
5. Клинические рекомендации. Дегенеративные заболевания позвоночника: Утверждены Министерством здравоохранения РФ, 2021 г./Российская ассоциация хирургов-вертебрологов [и др.]; одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. URL: <https://base.garant.ru/403622338/> (дата обращения: 04.03.2024).
6. Клинические рекомендации. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия: Утверждены Министерством здравоохранения РФ, 2023 г./Межрегиональная общественная организация «Общество по изучению боли»; одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. Утверждены Минздравом РФ. URL: [http://disuria.ru/\\_id/13/1373\\_kr23M51G55MZ.pdf?ysclid=m4m7d99ccd384330259](http://disuria.ru/_id/13/1373_kr23M51G55MZ.pdf?ysclid=m4m7d99ccd384330259) (дата обращения: 08.12.2023).
7. Леонтьев Д. А. Общее представление о мотивации поведения человека // Психология в вузе. 2014. № 1. С. 51-65.
8. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника/Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника/А. А. Луцки, М. А. Садовой, А. В. Крутько [и др.]. Новосибирск: Новосибирское отделение издательства «Наука», 2012. 264 с.
9. Методические рекомендации. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника/ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздравсоцразвития России. Иркутск, 2023.

10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Москва: Изд-во Московского университета, 1987. 168 с.

11. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ)/В.А. Парфенов, Н.Н. Яхно, О.С. Давыдов [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. № 11, Прил. 2. С. 7-16.

12. Prospective, randomized multicenter study of cervical arthroplasty versus anterior cervical discectomy and fusion: 5-year results with a metal-on-metal artificial disc/D. Coric Guyer, P.D. Nunley [et al.] // Journal of neurosurgery. Spine. 2018. Vol. 28, № 3. P. 252-261. DOI: 10.3171/2017.5. SPINE16824

13. Lu V.M., Mobbs R.J., Phan K. Clinical Outcomes of Treating Cervical Adjacent Segment Disease by Anterior Cervical Discectomy and Fusion Versus Total Disc Replacement: A Systematic Review and Meta-Analysis // Global spine journal. 2019. Vol. 9, № 5. P. 559-567.

**УДК 159.9**

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКСИВНЫХ И АДАПТАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Н. И. Дьякова, Е. С. Цыганова**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена исследованию взаимосвязи рефлексивности и адаптивности как ключевых факторов успешной адаптации студентов к динамично меняющимся условиям современного мира. Рефлексивность, как способность к самоанализу и критическому осмыслению собственного опыта, играет ключевую роль в развитии адаптивных способностей, что делает изучение их взаимосвязи особенно актуальным для социальных исследователей и специалистов в области управления образовательными ресурсами. Непараметрический коэффициент корреляции Спирмена позволил выявить связи между параметрами рефлексивности и адаптивности. Рефлексивность и адаптивность — взаимодополняющие качества, повышающие эффективность человека в различных сферах жизни, способствующие улучшению качества жизни. Понимание этой взаимосвязи может способствовать разработке эффективных программ личностного развития, направленных на повышение успешности будущих врачей.

**Ключевые слова:** адаптивность, рефлексивность, студенты-медики

**Актуальность.** Актуальность исследования обусловлена необходимостью повышения адаптивных способностей индивидов в условиях стремительных изменений современной действительности. В частности, студенты-медики, как будущие специалисты, сталкиваются с высокими требованиями к их профессиональной деятельности, что делает адаптивность критически важной для их успешного обучения и последующей профессиональной реализации. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что адаптивность личности тесно связана с различными психологическими характеристиками, однако вопрос взаимосвязи между адаптивностью и рефлексивностью остается недостаточно изученным, особенно в контексте обучающихся медицинских специальностей (Аксенова, 2022; Анчукова, 2021).

Личность представляет собой сложное динамическое образование, развитие которого происходит не генетически, а через процесс социализации и личностного роста, формируется и изменяется под влиянием внешних факторов и собственного опыта, в частности, через взаимодействие с окружающими. В современной психологии отмечается растущий интерес к исследованию рефлексивности и адаптивности как ключевых факторов, определяющих успешность функционирования индивида в различных сферах жизни и профессиональной деятельности.

Рефлексивность определяется как способность субъекта к осознанию, анализу и оценке собственных мыслей, эмоций и действий, а также их воздействия на окружающую среду (Маркина, 2021). Адаптивность, в свою очередь, является способностью индивида изменять свое поведение в соответствии с изменяющимися условиями, эффективно справляться с новыми ситуациями и находить оптимальные решения. Эти два качества тесно взаимосвязаны: рефлексивность позволяет человеку осознавать и оценивать свои реакции, что способствует более гибкому и эффективному приспособлению к новым условиям (Карлышев, 2023).

Рефлексия, как обращение внимания на собственные когнитивные процессы и результаты своей деятельности, играет важную роль в адаптации, обеспечивая возможность переосмысления опыта и корректировки поведения. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных рефлексии и адаптивности, их взаимосвязь, особенно в контексте студентов медицинских специальностей, требует дальнейшего теоретического и эмпирического рассмотрения.

**Постановка проблемы.** Поступление в медицинский вуз представляет собой сложный и динамичный процесс, который требует от студентов постоянной адаптации к меняющимся условиям обучения. Высокий уровень адаптации является ключевым фактором успешной учебной деятельности на протяжении всех курсов, и его повышение на начальных этапах обучения может положительно сказаться на качестве учебы



студента. Однако, несмотря на очевидную взаимосвязь рефлексивности, и адаптивности, эта область исследований сталкивается с рядом проблем, требующих дальнейшего изучения.

Одной из основных проблем является сложность определения и измерения рефлексивности и адаптивности. Разнообразие подходов к определению и измерению данных концепций вносит определённые затруднения при сравнении результатов исследований. Отсутствие единого стандарта в измерении рефлексивности и адаптивности препятствует объективному сравнению полученных данных. Кроме того, субъективные оценки самих индивидуумов о своем уровне рефлексивности и адаптивности могут исказить искомые результаты исследований.

Другой проблемой является влияние личностных особенностей, культурного контекста и ситуационных факторов на уровень рефлексивности и адаптивности. Например, темперамент, мотивация и убеждения могут влиять на уровень рефлексивности и адаптивности, а культурный контекст может определять различия в этих качествах между различными группами. Ситуационные факторы, такие как стрессовые ситуации, также могут повлиять на уровень рефлексивности и адаптивности.

Таким образом, несмотря на сложности, изучение взаимосвязи рефлексивности и адаптивности у студентов-медиков является актуальной и перспективной областью изучения. Полученные результаты могут быть использованы для разработки программ развития рефлексивных способностей, что позволит повысить адаптивность студентов и создать условия для более успешной учебной деятельности.

**Методы и материалы.** В исследовании принимали участие студенты 1 курса педиатрического лечебного факультетов КрасГМУ 223 человек, из них 53 юноши и 170 девушек. Медиана возраста составила 19 лет.

Для реализации поставленной цели использовались: эмпирические методы: психодиагностическое тестирование, которое проводилось с помощью методик: Опросник «Определение индивидуальной меры рефлексивности» (А.В. Карпов, В.В. Пономарева); Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность, МЛО-АМ» (А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин).

**Результаты исследования.** Рассмотрим результаты, полученные в результате исследования уровня рефлексивности с помощью опросника «Определение индивидуальной меры рефлексивности» за авторством А.В. Карпов, В.В. Пономарева.

Анализ полученных данных для показателя общей рефлексивности (таблица 1) демонстрирует, что у незначительного процента опрошенных наблюдается высокий уровень рефлексивности. В основном преобладает средний уровень (70,9%), отмечается значительное количество студентов будущих медиков с низким уровнем рефлексивности (28,5%).

Также значительное расслоение в показателях наблюдается при рассмотрении компонентов, собирающие общую рефлексивность, в частности, можно отметить, что (33,9 %) участников исследования характеризуется низкой степенью выраженности рефлексии в области взаимодействия с людьми (данная компонента является составляющей профессиональной коммуникативной компетенции). У 26,1 % — низкий уровень рефлексии будущего, что отражается на способности к проактивному поведению, т. е. невниманию к самому себе и неспособность анализировать свои мысли, переживания и поведение являются недостаточными развитыми у части респондентов.

Таблица 1

**Анализ показателей опросника  
«Определение индивидуальной меры рефлексивности», (%)**

Уровень	Общая рефлексивность личности	Ретроспективная рефлексия	Рефлексия настоящей деятельности	Рассмотрение будущей деятельности	Рефлексия общения и взаимодействия с людьми
Низкий	28,5	27,3	25,5	26,1	33,9
Средний	70,9	56,4	60,0	44,2	56,4
Высокий	0,6	16,4	14,5	29,7	9,7

Таким образом, результаты данной части исследования указывают на наличие практической необходимости в работе над развитием рефлексивного аспекта.

В соответствии с полученными данными, МЛЮ-АМ (таблица 2) личностный адаптационный потенциал (ЛАП), являющийся суммой ПР, КП и МН у большей части опрошенных находится на низком уровне, при этом в его подпараметрах также, как и в рефлексивности наблюдается большее расслоение, однако доля малой выраженности характеристики снижается.

По шкале дезадаптационные нарушения у 45,7 % опрошенных наблюдаются проявления астенических реакций, у 27 % — психотических. Различные дезадаптационные нарушения наблюдаются у 46,2 % опрошенных. Эти статистические данные говорят о сильной выраженности негативных реакций среди студентов-медиков на младших курсах.

В результате анализа полученных данных было установлено следующее, среди опрашиваемых высоким уровнем рефлексивности обладал лишь 0,9 % студентов, средний уровень — 65,9 % и низкий — 33,2 %. Личностный адаптационный потенциал находится на высоком уровне у 3 % студентов, на среднем у 23 % и низкий уровень у 74 % студентов.

**Анализ показателей по субшкалам МЛО-АМ  
(шкалы 2 и 3 уровней), (%)**

Уровень	Поведенческая регуляция	Коммуникативный потенциал	Моральная нормативность	Астенические реакции и состояния	Психотические реакции и состояния
Высокий	9,9	3,6	8,1	45,7	26,5
Средний	38,6	65,9	77,1	54,3	73,5
Низкий	51,6	30,5	14,8	0	0

**Обсуждение результатов.** Согласно полученным данным, у большинства опрошенных (80%) личностный адаптационный потенциал (ЛАП) находится на низком уровне, что указывает, на то, что студенты испытывают серьезные трудности в приспособлении к новым условиям, изменениям в жизни, а также в поиске комфортного и эффективного взаимодействия с окружающей средой.

При этом, как и в случае с общей рефлексивностью, наблюдается значительное расслоение в компонентах, собирающих ЛАП. Это указывает на то, что опрошенные демонстрируют разную степень гибкости и способности адаптации в различных жизненных сферах. Т. е. часть студентов может легко приспосабливаться к новой деятельности, но испытывать трудности в социальном взаимодействии, в то время как другие респонденты легко сходятся с людьми, но имеют сложности с регуляцией в учебной деятельности.

Данные полученные по шкале дезадаптационные нарушения (ДАН — шкала 3 порядка МЛО-АМ) свидетельствуют о том, что у студентов-медиков младших курсов наблюдается высокая степень дезадаптации, проявляющаяся в различных негативных реакциях.

Данные полученные по шкале дезадаптационные нарушения свидетельствуют о том, что у студентов-медиков младших курсов наблюдается высокая степень дезадаптации, проявляющаяся в различных негативных реакциях на учебный процесс и условия обучения. 45,7% опрошенных демонстрируют астенические реакции, которые проявляются в повышенной усталости, снижении работоспособности, раздражительности, нарушении сна и аппетита. 27% студентов-медиков ощущают симптомы психотических нарушений, характеризующиеся нарушением восприятия реальности, неадекватным поведением. 46,2% опрошенных имеют различные проявления дезадаптации.

Анализ результатов исследования указывает на высокую распространенность негативных реакций на академическую среду медицинского вуза. Интенсивность учебной программы и значительный объем

информации, характерные для медицинского образования, выступают существенными стрессогенными факторами для студентов.

Кроме того, дефицит социальной поддержки и непонимание специфики обучения на младших курсах со стороны ближайшего окружения могут усугублять адаптационные трудности.

Полученные данные актуализируют необходимость психологического сопровождения студентов медицинских вузов с целью профилактики дезадаптации и создания условий, способствующих их успешному обучению и профессиональному развитию.

Для определения взаимосвязи данных параметров личности был использован коэффициент Спирмена, были получены прослеживаемые корреляции между параметрами. Основными связанными параметрами являются: для рефлексивности — рефлексия общения и взаимодействия с людьми, для личностного адаптационного потенциала — моральная нормативность и коммуникативный потенциал.

Наиболее тесная связь была выявлена между рефлексией общения и взаимодействия с людьми и всеми параметрами адаптивности, а также между моральной нормативностью и всеми параметрами рефлексивности.

Ретроспективная рефлексия положительно связана с коммуникативным потенциалом, что говорит о том, что способность к осмыслению прошлого опыта способствует развитию навыков общения и взаимодействия с окружающими. Респонденты, склонные к ретроспективной рефлексии, лучше осознают свои ошибки и достижения, а также могут анализировать поведение других людей, что помогает им строить более эффективные коммуникации. В свою очередь, развитый коммуникативный потенциал позволяет таким людям легче адаптироваться в социальных ситуациях, устанавливать доверительные отношения и достигать взаимопонимания.

Положительная связь ретроспективной рефлексии с моральной нормативностью говорящая о развитии нравственных качеств и этической зрелости личности, оценивающая свой опыт с точки зрения моральных норм и ценностей, способствует формированию устойчивых представлений о правильном поведении, укреплению внутренней системы моральных ориентиров, повышению ответственности за свои действия и стремлению к соблюдению моральных принципов и в повседневной, и в учебной, и профессиональной деятельности.

В свою очередь взаимосвязь рефлексии настоящей деятельности и рассмотрения будущей деятельности с моральной нормативностью способствует развитию осознанной саморегуляции, прогнозированию последствий своих действий, предвидения возможных результатов с учетом моральных норм и ценностей, принятию взвешенных решений и стремлению к социально одобряемому поведению, что очень важно для будущего врача.

**Корреляционные отношения показателей рефлексивности  
и адаптационного потенциала у студентов-медиков**

	<b>Общая рефлексивность личности</b>	<b>Ретроспективная рефлексия</b>	<b>Рефлексия настоящей деятельности</b>	<b>Рассмотрение будущей деятельности</b>	<b>Рефлексия общения и взаимодействия с людьми</b>
Личностный адаптационный потенциал	-0,02	0,09	-0,07	0,12	0,23*
Поведенческая регуляция	0,00	0,09	-0,07	0,13	0,19*
Коммуникативный потенциал	0,05	0,18*	0,05	0,16*	0,24*
Моральная нормативность	0,28*	0,17*	0,21*	0,16*	0,24*
Астенические реакции и состояния	-0,00	-0,09	-0,07	-0,04	-0,06
Психотические реакции и состояния	-0,05	0,00	-0,05	-0,08	— 0,19*
Деадаптационные нарушения	-0,02	-0,07	-0,06	-0,07	— 0,15*

*Примечание: \* — имеются статистически значимые связи показателей*

Будущие врачи сталкиваются с особым требованием к своему поведению и принятию решений, поскольку их деятельность связана с жизнью и здоровьем пациента, не только в стенах ВУЗа, но в условиях медицинских баз практики, поэтому рефлексия общения и взаимодействия с пациентом, однокурсниками, будущими коллегами с учетом моральных норм помогает формировать такие качества как эмпатия, ответственность, уважение автономии пациента и соблюдения конфиденциальности.

Коммуникативный потенциал включает в себя способность ясно выражать мысли, слушать и понимать собеседника, устанавливать доверительные отношения. Для будущих врачей эти навыки особенно важны, так как они часто работают в условиях стресса и неопределенности. Развитие коммуникативных способностей через рефлексивную практику общения и взаимодействия помогает будущим врачам лучше понимать потребности и ожидания людей, избегать конфликтов и недопонимания.

Рассмотрение будущей деятельности с учетом коммуникативного потенциала позволяет человеку предвидеть возможные сценарии развития событий и подготовиться к ним, развивая необходимые навыки и стратегии через активное слушание, совершенствование умения выражать свои мысли четко и понятно.

О возможностях усиления адаптационных ресурсов и повышения психологической гибкости говорит взаимосвязь рефлексии общения и взаимодействия с личностным адаптационным потенциалом. Высокий личностный адаптационный потенциал помогает человеку успешно справляться с различными жизненными вызовами и изменениями, а рефлексия общения и взаимодействия с людьми способствуют осознанию слабых и сильных сторон своей личности, соответственно их взаимодействие друг на друга повышает уверенность в самом себе, что играет большую роль в становлении в личностном и профессиональном плане.

Рефлексия общения и взаимодействия с людьми с развитой поведенческой регуляцией значимы в развитии самоконтроля и способности адаптироваться к различным социальным ситуациям, позволяют будущим специалистам осознавать, как их поведение воспринимается окружающими и изменять, корректировать его в зависимости от конкретной ситуации и способствуют улучшению навыков управления эмоциями.

Однако психотические реакции могут значительно затруднять коммуникацию и восприятие реальности, что приводит к искаженному восприятию окружающей среды и людей, а рефлексия общения и взаимодействия с людьми в контексте психотических реакций позволяет выявить специфические трудности, возникающие в процессе коммуникации, и выбрать стратегию для их преодоления. Это может включать в себя работу над улучшением эмоциональной устойчивости, развитием навыков распознавания и управления стрессовыми ситуациями, а также развитие способности к адекватному восприятию информации.

Рефлексия общения и взаимодействия с людьми в отрицательном контексте взаимосвязи с дезадаптационными нарушениями указывает будущим врачам на необходимость осваивать новые формы поведения и развитие эмоциональной саморегуляции в процессе взаимодействия с людьми.

**Вывод.** Проведенное исследование подтвердило наличие взаимосвязи между рефлексивностью и адаптивностью у студентов младших курсов медицинского вуза. Анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена выявил статистически значимые корреляции между рефлексией взаимодействия с людьми и всеми параметрами личностного адаптационного потенциала (ЛАП), а также между моральной нормативностью и всеми параметрами рефлексивности.

Данные результаты свидетельствуют о том, что способность к анализу межличностных отношений, критической оценке собственных

действий и решений является важным фактором успешной адаптации к изменяющимся условиям среды. Развитие рефлексивности способствует более эффективному приспособлению к новым обстоятельствам, позволяя глубже понимать собственные сильные и слабые стороны, анализировать поступки и извлекать уроки из опыта, что в конечном итоге ведет к личностному росту.

Рефлексивность и адаптивность выступают взаимодополняющими качествами, повышающими эффективность деятельности и качество жизни. Высокая распространенность негативных реакций на академическую среду медицинского вуза актуализирует необходимость разработки и внедрения специальных программ, направленных на развитие рефлексивных способностей студентов. Перспективным направлением дальнейших исследований является более детальное изучение взаимосвязи рефлексивности и адаптивности с учетом специфики медицинского образования и выявленных адаптационных трудностей, что позволит разработать эффективные методы психологического сопровождения студентов.

### Список литературы

1. Аксенова Е. С., Синёва О. В. Взаимосвязь социально-психологической адаптивности и толерантности к неопределенности у студентов-психологов // *Baikal Research Journal*. 2022. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-sotsialno-psihologicheskoy-adaptivnosti-i-tolerantnosti-k-neopredelennosti-u-studentov-psihologov> (дата обращения: 19.08.2024).
2. Анчукова Н. И. Коммуникативная компетентность как личностный ресурс психологической адаптивности личности молодого человека // *НАУ*. 2021. № 74-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnaya-kompetentnost-kak-lichnostnyy-resurs-psihologicheskoy-adaptivnosti-lichnosti-molodogo-cheloveka> (дата обращения: 29.09.2024).
3. Карлышев В. М. Адаптивность в концепции предопределённости // *Ученые записки университета Лесгафта*. 2023. № 1 (215). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnost-v-kontseptsii-predopredelyonnosti> (дата обращения: 13.09.2024).
4. Карпов А. А. Исследование метакогнитивных процессов и качеств личности в деятельности управленческого типа // *Ярославский психологический вестник*. Вып. 2 (38). Ярославль, 2017. С. 33-38.
5. Кондратюк Н. Г., Колесникова И. М., Жемерикина Ю. И. Взаимосвязь осознанной саморегуляции и карьерной адаптивности старших школьников: лонгитюдное исследование // *Вестник Государственного университета просвещения*. Серия: Психологические науки. 2023. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-osoznannoy-samoregulyatsii-i-kariernoy-adaptivnosti-starshih-shkolnikov-longityudnoe-issledovanie> (дата обращения: 09.10.2024).
6. Кучерявенко И. А., Гринёва О. И., Еголаева Е. С. Феномен жизнестойкости в психологической науке // *Проблемы современного педагогического образования*. 2023. № 79-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-zhiznestoykosti-v-psihologicheskoy-nauke> (дата обращения: 29.10.2024).
7. Локаткова О. Н. Характеристики процесса адаптации личности в современной Психолого-педагогической науке // *Ученые записки университета Лесгафта*. 2023. № 6 (220). С. 527-530.

8. Маркина Н. А., Галкина Т. В., Маркина О. С. Взаимосвязь рефлексии и креативности в образах «реального» и «идеального» Я // Экспериментальная психология. 2021. Т. 4, № 3. С. 74-85.

9. Михальчи Е. В. Изучение взаимосвязей адаптивности к физическим условиям среды с другими психологическими качествами личности // Вестник Мининского университета. 2022. № 2 (39) URL: <https://www.minin-vestnik.ru/jour/article/view/1283/889> (дата обращения: 13.09.2024).

10. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Ред. и сост. Д. Я. Райгородский. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. С. 549-672.

11. Монахов О. Н. Взаимосвязь рефлексивности и смысловожизненных ориентаций как фактор становления профессиональной ответственности будущих военных специалистов // Вестник НБГУ. 2021. № 4 (56). С. 16-26.

12. Тащёва А. И., Гриднева С. В., Арпентьева М. Р. Особенности адаптивности студентов с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2022. № 3 (67). С. 246-252.

**УДК 159.942**

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Е. Н. Ермакова, Е. А. Черенева**

*Красноярский государственный педагогический университет  
им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты теоретического исследования о взаимосвязи понятий «эмоциональный интеллект» и «психологическое здоровье» в дошкольном возрасте. Цель работы заключается в том, чтобы выделить роль эмоционального интеллекта в дошкольном детстве и его влияние на процесс формирования психологического здоровья воспитанников в дошкольных образовательных учреждениях. Психологическое здоровье является важной характеристикой благополучия дошкольников, его развитие и укрепление — важная задача дошкольной организации. Можно выделить следующие компоненты, входящие в понятие «психологическое здоровье»: эмоциональный, интеллектуальный, личностный. При этом важно учитывать, что на сегодняшний день современные дети развиваются в совершенно иных условиях среды, что приводит к возникновению иных проблем, оказывающих влияние на психологическое здоровье воспитанников. Одной из проблем можно назвать сокращение социальных контактов, что приводит к уменьшению



эмоционального опыта. Таким образом, перед специалистами детского сада возникает необходимость восполнить данный дефицит через развитие эмоционального интеллекта детей дошкольного возраста.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, психологическое сопровождение, психологическая служба, эмоциональный интеллект, дошкольный возраст, дошкольное образовательное учреждение

**Актуальность.** Изучением проблемы психологического здоровья занимаются специалисты различных наук: философы, врачи-психиатры, психологи, педагоги, социологи и прочие. Особое внимание уделяется развитию психологического здоровья детей, поскольку именно в детском возрасте закладывается личность человека: формируются первые моральные и нравственные представления, мотивы деятельности, понятия о социальных нормам, развивается «я» ребёнка, его способности и самооценка, и т. д. Задача специалистов сопровождения в образовательных организациях состоит в том, чтобы помочь детям реализовать себя как гармоничную и многогранную личность.

Сегодня дети сталкиваются с качественно иными условиями среды, которые приводят к возникновению новых проблем, оказывающих влияние на психологическое здоровье ребёнка. Одной из проблем можно назвать сокращение общения детей со взрослыми и сверстниками, что оказывает неблагоприятное влияние на эмоциональное состояние ребёнка, значительно уменьшает получаемый воспитателем эмоциональный опыт. Это, с одной стороны, приводит к сложностям в понимании эмоциональных реакций других людей и неумению выстраивать коммуникацию с окружающими, с другой — к трудностям определения собственного эмоционального состояния, к неспособности помочь самому себе в сложных психологических ситуациях. Именно поэтому необходимо организовывать работу с дошкольниками, направленную на восполнение данного дефицита через обогащение представлений детей об эмоциях, способах их выражения и контроля, а также научение к использованию данных знаний для выстраивания социальных контактов.

**Постановка проблемы.** В настоящее время продолжается поиск способов сохранения и укрепления психологического здоровья воспитанников как основы гармоничного развития. Формирование эмоционального интеллекта у детей дошкольного возраста может выступать как одним из способов сохранения и укрепления психологического состояния детей, создаёт условия для успешного включения в мир общественных отношений, эффективного обучения и развития в дошкольных организациях.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на основе изучения психолого-педагогической литературы, посвящённой изучению понятия психологического здоровья в дошкольном детстве, способах его

укрепления и сохранения в дошкольных образовательных учреждениях; изучению особенностей развития эмоционального интеллекта в дошкольном возрасте и его роли в жизни ребёнка.

**Результаты исследования.** Тема здоровья является одной из центральных во многих науках. Изучением способов сохранения здоровья человека учёные стали заниматься достаточно давно. Первоначально люди связывали здоровье человека с религиозными идеями и божественными силами, а болезни — со злыми духами и небесной карой. Первые представители медицины и философы Древнего мира считали причинами болезней как внешне неблагоприятные условия, так и потерю внутреннего спокойствия (нарушение духовного порядка).

С развитием научной медицины стали изучаться идеи болезни и здоровья, основанные на исследованиях строения организма на различных уровнях (физиологическом, анатомическом, молекулярном и пр.). Уделялось внимание особенностям становления, сохранения и укрепления биологического здоровья человека.

Начиная с XX века, концепция здоровья стала рассматриваться не только с точки зрения биологической нормы. Было обозначено, что на уровень здоровья во многом влияет уровень знаний о способах сохранения и укрепления здоровья и социальная среда человека (Орлова, Ковтюх, Камынина, Бонкало, 2022).

Таким образом, на сегодняшний день здоровье человека представляет собой комплексную характеристику, которая определяет благополучие организма, его способность успешно функционировать в постоянно меняющихся условиях окружающей среды, обеспечивая нормальную жизнедеятельность человека. Под здоровьем мы понимаем полное и гармоничное развитие организма в различных направлениях — физическом, психологическом и социальном, которые подразумевают собой:

- Физическое здоровье — обусловлено свойствами организма как биологической системы и представляет собой способность организма поддерживать на определённом уровне различные биологические показатели (физиологические, биохимические и иные).
- Психологическое здоровье — обусловлено функционированием психики человека и обеспечивает состояние внутреннего благополучия, становится основой для личностного развития человека в социуме.
- Социальное здоровье — это состояние благополучия, обусловленное способностью человека эффективно выстраивать социальные отношения и адаптироваться к различным социальным ситуациям (Денисова, Кузьмичев, Чапала, Малышев, 2017).

Изучением психологического здоровья человека занимались многие зарубежные и отечественные учёные: А. Маслоу, К. Роджерс, И. В. Дубровина, О. В. Хухлаева, А. Г. Портнова и другие.

Существуют различные подходы к выделению составляющих психологического здоровья. Так, В. И. Слободчиков и А. В. Шувалов выделяли три компонента психологического здоровья: аксиологический (принятие себя и других людей), инструментальный (способность к совершенствованию и рефлексии) и мотивационный (потребность к развитию) (Жесткова, 2018). В свою очередь, В. А. Ананьев выделял иные компоненты: когнитивный (совокупность знаний и представлений о способах сохранения и укрепления здоровья), эмоциональный (общий эмоциональный фон) и мотивационно-поведенческий (усилия, направленные на достижение конкретных целей) (Ельникова, Меренкова, 2015).

Особое внимание в науке уделялось изучению психологического здоровья в детском возрасте. Исследованием психологического здоровья дошкольников занимались такие учёные, как Л. С. Выготский, И. В. Дубровина, О. В. Лебедева, И. А. Баева и другие.

Дошкольный возраст — это возрастной период от 3-х до 7-ми лет, на протяжении которого происходит активное развитие всех сфер жизни ребёнка, что обусловлено созреванием всего организма дошкольника и изменением социальной ситуации развития.

Согласно ФГОС ДО, дошкольные образовательные учреждения должны создавать благоприятные психолого-педагогические условия для формирования физического и психологического здоровья воспитанников.

Исходя из различных представлений о компонентах психологического здоровья, условно можно выделить следующие составляющие психологического здоровья дошкольников:

- Эмоциональный компонент — определяется эмоциональным благополучием ребёнка, под которым понимается устойчивое положительное комфортное эмоциональное самочувствие ребёнка, которое влияет на особенности его эмоциональных переживаний и стиль реагирования на стрессовые ситуации, на отношения с другими людьми, а также на развитие познавательной сферы дошкольника (Пожиткина, Савенок, Папушина, 2014). Психологически здоровый дошкольник обладает достаточной эмоциональной устойчивостью для разрешения сложных для него ситуаций, знает способы контроля собственного эмоционального состояния и снятия эмоционального напряжения (Горбунова, Фетисов, 2022).
- Когнитивный компонент — предоставляет собой общий уровень когнитивного развития ребёнка и уровень его работоспособности (Левина, 2013); владение определёнными знаниями, умениями и навыками, обеспечивающие личностное развитие (саморазвитие) и психологическое здоровье дошкольника.

- Личностный (поведенческий) компонент — включает в себя мотивы и ценности, являющиеся движущим ориентиром к достижению определённых целей ребёнка.
- Существуют различные факторы, оказывающие влияние на психологическое здоровье воспитанников:
- Внешние (социальные): стиль семейного воспитания, детско-родительские отношения, уклад жизни современного общества (технологический прогресс), уровень культуры общества и другие.
- Внутренние: темперамент, черты характера, свойства личности и прочие (Ионина, 2017).

Сегодня современные дети сталкиваются с качественно иными условиями окружающего мира, которые приводят к возникновению новых проблем, оказывающих влияние на психологическое здоровье ребёнка.

Одной из проблем можно назвать сокращение общения детей с взрослыми и сверстниками. Общение детей переходит в электронный формат через гаджеты, а свободное время дошкольников родители посвящают развитию их когнитивных способностей путём посещения различных дополнительных занятий. Сокращение реального общения и большой упор на когнитивное развитие приводит к особенностям формирования эмоциональной сферы дошкольников и уменьшению их эмоционального опыта.

Восполнить данный дефицит возможно через развитие эмоционального интеллекта детей дошкольного возраста.

Эмоциональный интеллект представляет собой сочетание интеллектуальной и эмоциональной сферы человека, подразумевает способность поддерживать благоприятное эмоциональное состояние и успешно вступать в коммуникацию с другими людьми посредством анализа и использования имеющихся эмоциональных знаний и опыта.

Понятие «эмоциональный интеллект» в психологическую науку впервые было введено П. Сэловеем и Дж. Майером в 1990 году. На сегодняшний день данный феномен рассматривался в научных трудах многих учёных: Д. Гоулман, Д. В. Люсин, Р. Бар-Он, И. Н. Андреева, Н. Ю. Верховтурова и других. Не менее значимой является тема развития эмоционального интеллекта в детском возрасте — её изучением занимались А. О. Куракина, О. А. Токарева, М. А. Нгуен, И. О. Карелина и прочие.

Существуют различные многочисленные классификации компонентов эмоционального интеллекта человека. Дж. Мейер, П. Сэловей и Д. Карузо включали в модель эмоционального интеллекта такие способности, как экспрессивное выражение эмоций, понимание эмоций, регуляция эмоций, использование эмоций в мышлении и деятельности. Д. Гоулман выделял несколько иные компоненты: управление эмоциями

(своими и чужими), понимание эмоций и связи между эмоциями и мышлением человека, навыки общения (Пономарёва, 2019). А. О. Куракина выделяет в структуре эмоционального интеллекта три компонента: эмоциональный (чувственное отражение окружающей действительности), когнитивный (эмоциональная оценка посредством суждений) и поведенческий (эмоциональная саморегуляция) (Токарева, Серый, Федоров, 2018).

На протяжении всего дошкольного возраста эмоциональные проявления детей остаются яркими и насыщенными. При этом можно выделить следующие особенности развития эмоционального интеллекта на разных этапах дошкольного возраста (Карелина, 2017; Куракина, 2013; Жулина, Архипова, Гора, 2020):

- В 3-4 года дети распознают эмоции как «хорошие» (радость) и «плохие» (грусть, злость, страх). Они способны их контролировать путём внешних способов (позвать взрослого, спрятаться, бросить игрушку и другие). Эмотивные слова воспринимаются ребёнком как определённая характерная черта, зачастую присваиваемая определённому персонажу, а не как поведенческая реакция.
- В 4-5 лет дети способны распознать основные эмоции, такие как радость, грусть, злость и страх. Для контроля продолжают использоваться внешние способы воздействия. Эмотивные слова воспринимаются ребёнком как определённая характерная черта, которая может присваиваться уже нескольким персонажам.
- В 5-6 лет дети способны распознать более сложные эмоции, такие как удивление, вина, обида, отвращение и пр. Дети начинают осознавать, что для контроля собственных эмоциональных состояний возможно использовать не только внешние, но и внутренние способы воздействия с помощью мыслей. Эмотивная лексика начинает использоваться для описания состояния реальных людей.
- В 6-7 лет дети улучшают своё умение распознавать более сложные эмоции, способны поддерживать своё эмоциональное состояние через мыслительный процесс (например, подумать о хорошем). Дети используют эмотивную лексику в широком диапазоне для описания эмоциональных состояний (своего и других людей).

В дошкольных учреждениях специалист психологической службы может организовать работу по укреплению компонентов психологического здоровья воспитанников через проведение психологической программы развития эмоционального интеллекта, которая включает в себя:

- Эмоциональный компонент — гармонизация эмоционального состояния воспитанников через формирование представления ребёнка о себе, выражения своих переживаний, их коррекция.

- Когнитивный компонент — формирование представлений об эмоциях, их особенностях и различиях, способах регуляции; развитие умения распознавать различные эмоциональные реакции, понимать их с учётом эмоциональной ситуации; расширение эмотивного словаря.
- Личностный (поведенческий) компонент — развитие эмоционально-самоконтроля для достижения тех или иных целей.

**Обсуждение результатов.** Полученные нами данные свидетельствуют о том, что эмоциональный интеллект дошкольников можно понимать как часть психологического здоровья детей. Развитый эмоциональный интеллект обеспечивает эмоциональное благополучие детей дошкольного возраста через: формирование представлений о своём эмоциональном состоянии; когнитивные знания об эмоциональных состояниях и эмоциональный опыт; навыки эмоционального самоконтроля как способа достижения необходимых результатов.

**Вывод.** Обобщая результаты исследования, мы можем сделать вывод, что понятия «эмоциональный интеллект» и «психологическое здоровье» имеют тесную взаимосвязь. Развитый эмоциональный интеллект является одной из основ психологического здоровья детей дошкольного возраста.

### Список литературы

1. Горбунова Н.В., Фетисов А.С. Психологическое здоровье личности: состояние и механизмы сохранения // Гуманитарные науки. 2022. № 2 (58). С. 122-126.
2. Психология здоровья: учебное пособие/Е.А. Денисова, С.А. Кузьмичев, Т.В. Чапала, И.В. Малышева. Тольятти: Из-во ТГУ, 2017. 107 с.
3. Ельникова О.Е., Меренкова В.С. Психология здоровья: учебное пособие. Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2015. 122 с.
4. Жесткова Н.А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. № 3. С. 384-392. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-384-392
5. Жулина Е.В., Архипова М.В., Гора Ю.В. Развитие эмоциональной лексики и коррекция нарушений у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // проблемы современного педагогического образования. 2020. № 69. С. 213-215.
6. Ионина О.С. Факторы, определяющие психологическое здоровье ребёнка // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. 2017. Т. 33, № 1. С. 105-109.
7. Ичитовкина Е.Г., Жернов С.В., Завадский А.Н. Эмоциональный интеллект как ресурс в обеспечении субъективного благополучия человека // Гаудеамус. 2023. № 2 (22). С. 9-22. DOI: 10.20310/1810-231X-2023-22-2-9-22
8. Карелина И.О. Развитие понимания эмоций в период дошкольного детства: монография. Прага: Sociosfera-CZ, 2017. 178 с.
9. Куракина О.А. Модель психолого-педагогического сопровождения развития эмоционального интеллекта дошкольника // Фундаментальные исследования. 2013. № 1. С. 546-550.
10. Левина И.Л. Структурно-компонентный анализ феномена психологического здоровья // Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 7 (14). С. 40-42.

11. История трансформации концепции здоровья / Н. В. Орлова, Г. С. Ковтюх, Н. Н. Камынина, Т. И. Бонкало // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 7. С. 1091-1096. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1091-1096

12. Пожиткина Н. В., Савенок Д. А., Папушина А. В. Анализ эмоционального благополучия дошкольника в контексте его психологического здоровья // Психология, социология и педагогика. 2012. № 6. Текст: электронный. URL: <https://psychology.snauka.ru/2012/06/856> (дата обращения: 07.10.2024).

13. Пономарёва Е. Ю. Сущностная характеристика природы эмоционального интеллекта // Гуманитарные науки. 2019. № 3 (47). С. 102-106.

14. Токарева О. А., Серый А. В., Федоров А. И. Теоретико-методологические проблемы исследования эмоционального интеллекта у детей старшего дошкольного возраста // СибСкрипт. 2018. № 3. С. 129-135.

УДК 159.9.07

## ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ СТРАТЕГИИ ЖИЗНЕОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

М. В. Злобина

*Новосибирский национальный исследовательский  
государственный университет, г. Новосибирск, Россия*

**Аннотация.** Современная действительность характеризуется высокой степенью неопределенности, которая охватывает все сферы жизни человека. Зачастую попадание в неопределенные ситуации является стрессовым и может вызывать негативные эмоциональные состояния. В этой связи возникает задача изучения проблемы «устойчивости человека в неустойчивом мире» (В. Е. Клочко). Традиционно в психологии отношение человека к неопределенности фиксируется термином «толерантность к неопределенности». Однако до сих пор существуют противоречивые взгляды на природу данного конструкта. Эти противоречия снимаются, если мы встаем на позицию постнеклассической психологии. С этой точки зрения проблема отношения к неопределенности предстает в новом свете, а толерантность к неопределенности может быть рассмотрена как компонента стратегий жизнеосуществления. Целью данного исследования стал анализ толерантности к неопределенности как компонента стратегий жизнеосуществления. Выборку составили 73 человека (7 мужчин и 66 женщин), в возрасте от 18 до 25 лет ( $M = 20,4$ ;  $Sd = 1,7$ ). Были использованы следующие методики: Новый опросник толерантности к неопределенности Т. В. Корниловой, шкала толерантности к неопределенности МАТ-50, опросник «Темпоральные модальности

жизнеосуществления» Е. В. Бредун, методика исследования устойчивости жизненного мира И. О. Логиновой. В результате проведенного кластерного анализа было выявлено 4 типа стратегий жизнеосуществления, характеризующихся различным сочетанием толерантности к неопределенности, устойчивости жизненного мира и темпоральных модальностей жизнеосуществления: неустойчивая, противоречивая, компенсаторная и устойчивая стратегии. Необходимо отметить, что диапазон стратегий жизнеосуществления может включать в себя намного большее число стратегий, в зависимости от сочетания указанных выше компонентов. Таким образом, в настоящем исследовании было показано, что отношение к неопределенности (толерантность к неопределенности) может выступать в роли компонента стратегий жизнеосуществления. Это открывает новые перспективы исследования данного конструкта.

**Ключевые слова:** толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности, жизнеосуществление, стратегии жизнеосуществления

**Актуальность.** На сегодняшний день не вызывает сомнений тот факт, что современная действительность характеризуется высокой степенью неопределенности, неясности, неустойчивости. Неопределенность ставится неотъемлемой характеристикой жизни современного человека. Несмотря на то, что каждый человек оказывается, вынужден каждый день сталкиваться с ситуациями неопределенности, не всегда это столкновение дается легко. Неопределенность может выступать в роли стрессового фактора и вызывать негативные эмоциональные состояния и эмоциональные расстройства, такие как беспокойство, тревога и депрессия, что в значительной степени снижает качество жизни человека.

Традиционно в психологии отношение человека к неопределенным ситуациям обозначается термином толерантность (интолерантность) к неопределенности. Несмотря на то, что данный конструкт уже давно вошел в психологию, на сегодняшний день до сих пор существуют противоречия, касающиеся самой природы толерантности к неопределенности. К примеру, являются ли полюса «толерантность» и «интолерантность к неопределенности» полюсами одной шкалы или это принципиально разные конструкты; как объяснять относительно невысокие корреляционные связи между результатами разных методик, направленных на оценку толерантности к неопределенности; является ли толерантность к неопределенности сложным конструктом или это одномерная переменная и т. д.

Эти и другие противоречия в отношении данного феномена снимаются, если мы встаем на позицию постнеклассической психологии. В данном контексте толерантность к неопределенности может выступать важным фактором жизнеосуществления.



**Постановка проблемы.** Под жизнеосуществлением в современной психологии понимается процесс и результат разрешения противоречий между образом мира и образом жизни (Логинова, 2012). Противоречивость выступает в качестве одного из ключевых признаков ситуаций неопределенности (McLain, 1993). С этой точки зрения ситуации противоречия между образом мира и образом жизни могут быть рассмотрены в качестве ситуаций неопределенности.

Это дает на основании предположить, что толерантность к неопределенности может выступать важным компонентом стратегии жизнеосуществления, способствуя, наряду с другими компонентами, преодолению дисбаланса между образом мира и образом жизни и выводя целостную систему «человек» на новые уровни системности.

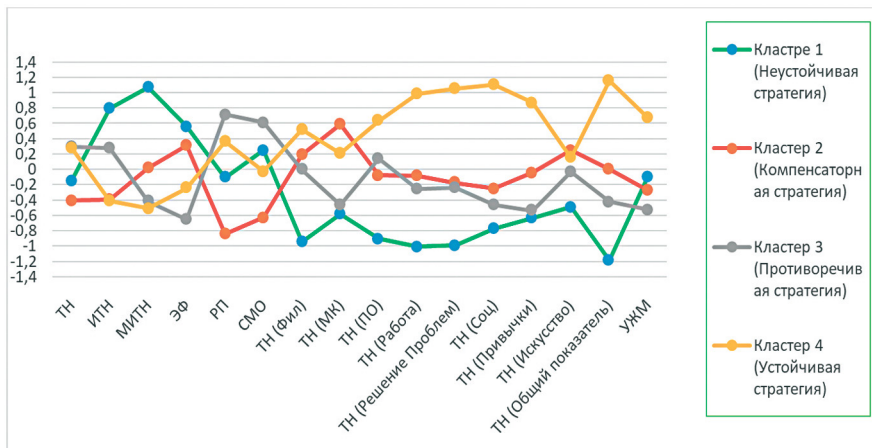
Исходя из этого, целью данного исследования стал анализ толерантности к неопределенности как компонента стратегий жизнеосуществления.

**Методы и материалы.** Для проведения исследования нами были использованы следующие психодиагностические инструменты. Новый опросник толерантности к неопределенности Т. В. Корниловой, предназначенный для оценки толерантности, интолерантности и межличностной интолерантности к неопределенности (Корнилова, 2010); шкала толерантности к неопределенности МАТ-50, которая позволяет оценивать отношение к неопределенности в различных сферах жизни (Злобина, 2022); опросник «Темпоральные модальности жизнеосуществления» Е. В. Бредун, направленный на оценку особенностей темпоральной перцепции и отношения человека ко времени (Бредун и др., 2012); методика исследования устойчивости жизненного мира И. О. Логиновой, позволяющая оценить характер устойчивости жизненного мира (Логинова, 2012).

В исследовании приняли участие 73 человека (7 мужчин и 66 женщин), в возрасте от 18 до 25 лет ( $M = 20,4$ ;  $Sd = 1,7$ ).

Математико-статистический анализ данных был осуществлен в программе Jamovi 2.3.21.

**Результаты исследования.** С целью анализа толерантности к неопределенности как составляющей стратегии жизнеосуществления, по результатам проведенных методик нами был реализован кластерный анализ методом  $k$ -средних. В результате было выявлено четыре кластера, характеризующихся различным сочетанием толерантности к неопределенности, темпоральных модальностей жизнеосуществления и устойчивости жизненного мира (рисунки 1).



**Рис. 1.** Кластерный анализ методов *k*-средних (стандартизованные значения)

*Примечание:* ТН — толерантность к неопределенности (НТН), ИТН — интолерантность к неопределенности (НТН), МИТН — межличностная интолерантность к неопределенности (НТН), ЭФ — эмоциональная фиксация на событиях, РП — рационализация периодов жизнеосуществления, СМО — сбалансированность модальных оценок, УЖМ — устойчивость жизненного мира (методика И. О. Логиновой), ТН (Фил) — ТН (Общий показатель) — шкалы методики МАТ-50.

В первый кластер (на рисунке изображен зеленым цветом) вошло 16 человек. Данная стратегия характеризуется низким уровнем толерантности к неопределенности (во всех сферах), высокой интолерантностью к неопределенности, высокой межличностной интолерантностью к неопределенности, высокой эмоциональной фиксацией на событиях прошлого, средним уровнем рационализации периодов жизнеосуществления и сбалансированности модальных оценок, средней (по нашей выборке) устойчивостью жизненного мира.

Во второй кластер, окрашенный на рисунке в красный цвет, вошло 20 человек. Данная стратегия характеризуется низким уровнем толерантности к неопределенности, низкой степенью рационализации периодов жизнеосуществления и низким уровнем сбалансированности модальных оценок жизнеосуществления; одновременно с этим, данная стратегия характеризуется также невысокой интолерантностью к неопределенности, средним уровнем толерантности к неопределенности в разных сферах, но высокой толерантностью к неопределенности в сфере межличностных коммуникаций, высокой эмоциональной фиксацией на событиях прошлого и средней (ближе к низкой) устойчивостью жизненного мира.

В третий кластер, окрашенный на рисунке серым цветом, вошло 15 человек. Данная стратегия характеризуется высоким уровнем толерантности к неопределенности, высоким уровнем рационализации периодов жизнеосуществления и сбалансированности модальных оценок, низкой эмоциональной фиксацией на событиях прошлого, но при этом также характеризуется относительно невысокой толерантностью к неопределенности в области межличностной коммуникации, рабочей сферы, социальной сферы, сферы привычек, а также низким уровнем устойчивости жизненного мира.

В четвертый кластер, изображенный на рисунке желтым цветом, вошло 22 человека. Данная стратегия характеризуется сочетанием высокой (по нашей выборке) устойчивости жизненного мира, высокой толерантности к неопределенности во всех сферах, низкой интолерантности к неопределенности, низкой межличностной интолерантности к неопределенности, довольно высокими показателями рационализации периодов жизнеосуществления, сниженными показателями эмоциональной фиксации на событиях прошлого и среднем уровне сбалансированности модальных оценок жизнеосуществления.

В результате сравнения всех четырех групп с помощью критерия Н-Крускалла-Уоллиса были выявлены значимые различия по всем показателям отношения к неопределенности, кроме показателя толерантности к неопределенности по опроснику НТН и показателя шкалы Искусство опросника МАТ-50 (таблица 1).

*Таблица 1*

**Сравнение четырех групп по показателям толерантности к неопределенности (Н-Крускалла-Уоллиса)**

Шкала	$\chi^2$	df	p	$\varepsilon^2$
ТН	7.61	3	0.055	0.1057
ИТН	22.47	3	<.001	0.3121
МИТН	26.72	3	<.001	0.3711
Фил	14.36	3	<.001	0.33
Межл	26.21	3	<.001	0.238
Публ.	15.71	3	<.001	0.2979
Работа	23.76	3	<.001	0.5218
РешП	17.14	3	<.001	0.5962
Соц	21.45	3	<.001	0.5331
Прив	37.57	3	<.001	0.3827
Иск	42.93	3	0.148	0.0742
Общ	38.38	3	<.001	0.7939

В результате дальнейшего попарного сравнения с помощью критерия Dwass-Steel-Critchlow-Fligner (DSCF) были показаны отличия в отношении к неопределенности среди лиц, вошедших в четыре кластера (таблица 2). Так, было показано, что первый кластер значительно отличается от трех других групп по показателю межличностной интолерантности к неопределенности, толерантности к неопределенности в области работы, толерантности к неопределенности в области решения проблем, а также по показателю шкалы «Философия» и общему показателю шкалы МАТ-50. Кроме того, представители данного кластера демонстрировали значительно более низкие показатели толерантности к неопределенности в отношении Публичного образа, в области Привычек и в Социальной сфере и более высокие показатели интолерантности к неопределенности (ИТН) по сравнению с представителями четвертого кластера. Было показано, что группа лиц, вошедших во второй кластер, значительно отличается по показателю толерантности к неопределенности в межличностной сфере от групп лиц, вошедших в первый третий кластеры.

Таблица 2

**Результаты попарного сравнения по показателям  
отношения к неопределенности в группах лиц,  
реализующих различные стратегии жизнеосуществления  
(только значимые)**

Показатели отношения к неопределенности	Группа		W	p
	1	2		
ИТН (ИТН)	1	2	-5.299	0.001
	1	4	-5.064	0.002
	2	3	3.85	0.033
	3	4	-3.856	0.032
МИТН (ИТН)	1	2	-5.17	0.001
	1	3	-5.97	<.001
	1	4	-5.88	<.001
Философия (МАТ-50)	1	2	5.414	<.001
	1	3	4.547	0.007
	1	4	6.168	<.001
Межличностная коммуникация (МАТ-50)	1	2	5.225	0.001
	2	3	-4.357	0.011
Публичный образ (МАТ-50)	1	3	4.12	0.019
	1	4	5.91	<.001
	2	4	3.73	0.041

Работа (MAT-50)	1	2	4.93	0.003
	1	3	3.66	0.048
	1	4	6.94	<.001
	2	4	5.6	<.001
	3	4	5.52	<.001
Решение проблем (MAT-50)	1	2	4.7572	0.004
	1	3	3.7545	0.04
	1	4	7.0732	<.001
	2	4	6.6869	<.001
	3	4	6.2229	<.001
Социальная сфера (MAT-50)	1	4	6.717	<.001
	2	4	6.722	<.001
	3	4	6.419	<.001
Привычки (MAT-50)	1	4	6.006	<.001
	2	4	4.973	0.002
	3	4	5.145	0.002
Общий показатель (MAT-50)	1	2	6.92	<.001
	1	3	4.98	0.002
	1	4	7.36	<.001
	2	4	7.34	<.001
	3	4	7.05	<.001

**Обсуждение результатов.** Первая из выявленных нами стратегий характеризуется сочетанием стагнационного характера устойчивости жизненного мира и высокой эмоциональной фиксацией на событиях прошлого. Мы назвали данную стратегию «неустойчивой», поскольку такое сочетание будет обуславливать восприятие будущего как неопределенного, неясного, угрожающего. Результаты попарного сравнения групп по показателям отношения к неопределенности действительно свидетельствуют о низкой толерантности и высокой интолерантности к неопределенности у представителей данной стратегии.

Вторая выявленная нами стратегия была названа «компенсаторной». Она характеризуется высокой эмоциональной фиксацией на событиях прошлого, сниженной рационализацией периодов жизнеосуществления, низкой целостностью восприятия времени. Характер устойчивости жизненного мира схож с предыдущей стратегией. Данная стратегия характеризуется низкой толерантностью к неопределенности в целом, однако вместе с этим наблюдается и низкая интолерантность к неопределенности, т. е. можно предположить, что человек, реализующий подобную стратегию,

не будет выражать крайних позиций в отношении неопределенности. Интерес представляет тот факт, что данная стратегия характеризуется высокой толерантностью к неопределенности в области межличностных отношений. Вероятно, именно это придает ей компенсаторный характер. Эта стратегия может выражаться в готовности взаимодействовать с другими людьми, в поиске поддержки у окружающих в трудные периоды жизни, готовности и способности выстраивать межличностные отношения.

Третья стратегия, обнаруженная в нашем исследовании, характеризуется высокой рационализацией периодов жизнеосуществления и высокой сбалансированностью модальных оценок при низкой эмоциональной фиксации на событиях. Такое сочетание темпоральных характеристик жизнеосуществления характеризует целостное, осмысленное переживание времени, представленность будущего в настоящем, и включенность в него прошлого. Подобная темпоральная организация будет обуславливать позитивное отношение к неопределенности. Однако наряду с позитивным отношением к неопределенности и целостным, осмысленным переживанием времени обнаруживается низкая устойчивость жизненного мира, что делает данную стратегию, на первый взгляд, противоречивой. Вероятно, речь идет о таких способах и формах поведения, которые, с одной стороны, основаны на целостном отношении к событиям своей жизни, но, с другой стороны, не обнаруживают ее ценностного содержания. Данная стратегия была названа нами «противоречивой».

Четвертая стратегия, названная нами «устойчивой», характеризуется высокой толерантностью к неопределенности, более высокой, по сравнению с другими, устойчивостью жизненного мира, высокой рационализацией периодов жизнеосуществления, средним уровнем сбалансированности модальных оценок и низким уровнем эмоциональной фиксации на событиях прошлого. Данная стратегия является наиболее устойчивой из выявленных стратегий. Целостное, осознанное и ответственное отношение ко времени своей жизни, способность к обнаружению собственных дефицитов будет способствовать более позитивному отношению к неопределенности и формированию готовности к разрешению противоречий между образом мира и образом жизни. Это подтверждают результаты попарного сравнения групп, которые свидетельствуют о том, что толерантности к неопределенности в группе лиц, реализующих устойчивую стратегию, значимо выше по сравнению с тремя другими группами.

**Вывод.** Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что толерантность к неопределенности может выступать в роли компонента стратегий жизнеосуществления. Включение толерантности к неопределенности в контекст жизненного самоосуществления человека позволяет преодолевать противоречия, существующие в отношении данного феномена, и открывает новые перспективы изучения этого многомерного конструкта.

## Список литературы

1. Диагностические возможности опросника «Темпоральные модальности жизнеосуществления»/Е. В. Бредун, Э. А. Щеглова, Е. В. Смешко, Т. А. Шмер // Сибирский психологический журнал. 2021. № 82. С. 174-190. DOI: 10.17223/17267080/82/10
2. Злобина М. В. Адаптация методики отношения к неопределенности Р. Нортонa MAT-50: анализ внутренней структуры // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2022 Т. 19. № 3. С. 433-453. DOI: 10.17323/1813-8918-2022-3-433-453
3. Корнилова Т. В. Новый опросник толерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 74-86.
4. Логинова И. О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики // Психологическая наука и образование. 2012. № 3. С. 18-28.
5. McLain D.L. The MSTAT-I: A New Measure of an Individual's Tolerance for Ambiguity // Educational and Psychological Measurement. 1993. Vol. 53, № 1. P. 183-189. DOI: 10.1177/0013 164493 053 001 020

УДК 159.9

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Н. А. Золотарева

*МБОУ СОШ № 30 имени М. К. Янгеля, г. Братск, Россия*

**Аннотация.** В подростковом возрасте тревожность приобретает особенное значение, объясняющееся тем, что в период формирования личности тревожность становится базовым основанием, вокруг которого образуются личностные структуры и конструкты ребенка, определяя не только личность детей, но и их жизненные выборы, деятельность, поведение и общение. Цель: изучение возможностей психологического тренинга в профилактике и коррекции тревожности в подростковом возрасте, разработка программы психологического тренинга.

**Ключевые слова:** тревожность, коррекция, профилактика детей подросткового возраста

**Актуальность.** В современном мире аспекты эмоционального состояния человека привлекают внимание многих специалистов разных направлений. Выраженность психоэмоционального неблагополучия в целом, нарастание показателей страха, депрессии, личностной тревожности у людей разных возрастов и социального статуса определила для всемирной организации здравоохранения необходимость проведения статистических исследований, результатом которых стали выводы о том, что примерно половина населения Земли периодически и в разных возрастах страдает нервно-психическими расстройствами. Учитывая значимость

личностного становления в подростковом возрасте, большое значение приобретает психологическое сопровождение и целенаправленная помощь детям этого возраста с целью гармонизации их эмоциональных состояний и качественного развития личностных качеств, умений и навыков. Психологическая помощь в современном мире уже прочно утвердила свою актуальность и стала востребованной людьми самых разных возрастов и с самыми разнородными запросами. Одной из эффективных, популярных и востребованных форм психологической помощи и профилактики является психологический тренинг.

**Постановка проблемы.** В отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе проблеме тревожности уделяется достаточно большое внимание. основополагающие научные представления были сделаны Д. Х. Барлоу, К. Т. Ясперсом, Р. Э. Зинбаргом, Ч. Д. Спилбергером, Ф. Б. Березиным, В. М. Астаповым, А. М. Прихожан, Г. В. Артамоновой, Н. Д. Левитовым и многими другими. Большой вклад в исследование тревожности был сделан Ч. Д. Спилбергером, который, систематизировав полученные в ходе исследований данные, сформулировал необходимость разделять тревожность по формам. Так, предложив изучать отдельно ситуативную и личностную тревожность, он практически дифференцировал степень подверженности личности тревоге относительно реакции на события жизни. В ходе научных исследований были выявлены также и возрастные особенности тревожности и, в частности, было установлено, что подростки, переживая возраст кризиса, имеют большое количество факторов, способных спровоцировать развитие как ситуативной, так и личностной тревожности.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось в 2023 и 2024 годах на базе МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 30 имени М. К. Янгеля» в городе Братске. Исследованием были охвачены дети подросткового возраста, всего 26 человек. Возраст детей 13-15 лет. Для реализации задач формирующего этапа эксперимента нами была разработана и апробирована программа профилактики тревожности у детей подросткового возраста, которые участвовали в психологическом тренинге.

Теоретическая значимость исследования заключается в систематизации данных по проблеме тревожности, ее видов и форм, механизмов ее образования и закрепления и негативных влияниях на личность.

Практическая значимость исследования заключается в разработке и апробации психологического тренинга, предназначенного для подростков с выраженным уровнем личностной тревожности, как формы психологической профилактики и минимизации ее негативного влияния на детей в этом возрасте.

Цель исследования: изучение возможностей психологического тренинга в профилактике и коррекции тревожности в подростковом возрасте, разработка программы психологического тренинга.



Задачи исследования: провести теоретический анализ проблемы тревожности в исследованиях отечественной и зарубежной психологии и раскрыть ее особенности в подростковом возрасте; провести комплексную диагностику испытуемых с использованием подробного комплекса стандартизированных методик; разработать программу психологического тренинга для подростков.

Методики исследования:

1. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент ситуативной тревожности и личностной тревожности, разработана Ч.Д. Спилбергером и адаптирована Ю.Л. Ханиным. (The Spielberg-Khanin Alarm Scale). Данный опросник предназначен для выявления типа испытываемой личностью тревоги. В методике используется метод самооценивания, то есть, испытуемый оценивает каждое из предложенных в опроснике суждений по каждой шкале, используя субъективное понимание наличия у себя соответствия в той или иной степени. Результаты анализируются отдельно по каждой шкале, где за основу положено понимание Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханиным об этих видах тревожности. Так, ситуативная тревожность отражает наличие реакции личности на стрессовую ситуацию и степень ее по силе проявления. Результатом интерпретации полученных данных здесь является показатели «уровня актуальной тревоги испытуемого, степень нахождения под воздействием стрессовой ситуации и его интенсивность» для ситуативной тревоги и «уровня стрессовой реакции для ситуаций широкого диапазона, где высокие показатели свидетельствуют о наличии невротического уровня тревоги» для личностной тревожности.
2. Тест «Самооценка психических состояний» по Г. Айзенку (G. Eysenck), который направлен на выявление наличия у испытуемых состояний «тревожности, ригидности, фрустрации и агрессивности».

**Результаты исследования.** Показатели ситуативной тревожности полученные в ходе исследования по методике 1 представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

**Результаты по группе, показатели ситуативной тревожности**

Уровень ситуативной тревожности	Средний бал	Количество	Доля испытуемых
Низкий	27,7	12	46 %
Средний	38,1	12	46 %
Высокий	46,5	2	8 %

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что испытуемых с высокими показателями ситуативной тревожности в выбранной группе не так уж много — всего 8 %. Детям с такими показателями свойственно беспокоиться о собственной неуспешности в каких-либо ситуациях, но скорее всего связанных с публичностью. Средний уровень ситуативной тревожности, а таких подростков почти половина 46 % свойственна тревога в тех или иных ситуациях, но ее выраженность не влияет на их деятельность. Детей с низким уровнем реактивной тревожности также примерно половина 46 %. В этой категории также необходимо внимательно анализировать результаты, так как низкие показатели этого состояния на различные ситуации, требующие мобилизации и активной деятельности, могут свидетельствовать о низкой активности субъекта или отсутствии у него мотивации на действия.

Таблица 2

**Результаты по группе, показатели личностной тревожности**

Уровень личностной тревожности	Средний бал	Количество	Доля испытуемых в процентах
Низкий	28,8	5	19 %
Средний	37,5	10	39 %
Высокий	50,8	11	42 %

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что половина детей имеют высокие показатели этого состояния 42 %. Таким детям свойственно реагировать тревожно на большинство ситуаций, причем характер ситуации может быть и нейтральным. Такое выраженное свойство личности в этом возрасте, скорее всего, может свидетельствовать о давнем наличии тревоги и эмоционального неблагополучия ребенка. Такая ситуация требует организации психологической помощи детям. Детей со средними значениями личностной тревожности в группе 39 %. У этих испытуемых ситуация более благополучна и скорее всего обусловлена возрастными особенностями детей им требует наблюдение за их тревожностью и программы развития и формирования необходимых возрастных новообразований уже личностной особенности. Низкая личностная тревожность выявлена всего у 19 % детей, причем ее значения у каждого подростка личностная тревожность. Рассмотрим ситуативную и личностную тревожность у испытуемых в сравнении.

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что средний уровень тревожности во многом схож у испытуемых, а вот по высокому и низкому уровню существует ряд разница, испытуемые с высоким уровнем личностной тревожности резко преобладает. Это является неблагоприятным признаком, говорящем о наличии психологического и эмоционального неблагополучия у этих подростков.

**Результаты ситуативной и личностной тревожности испытуемых,  
сопоставленный анализ**

Уровень тревожности	Вид тревожности			
	Количество	Ситуативная тревожность	Количество	Личностная тревожность
Низкий	12	46 %	5	19 %
Средний	12	46 %	10	39 %
Высокий	2	8 %	11	42 %

Далее представим и рассмотрим показатели, полученные при помощи опросника «Оценка психических состояний» Г. Айзенка.

**Результаты показателей исследуемых психических состояний**

Уровень выраженности	Тревожность		Фрустрация		Агрессивность		Ригидность	
	кол-во	доля	кол-во	доля	кол-во	доля	кол-во	доля
Низкий	6	23 %	7	27 %	10	39 %	11	42 %
Средний	11	42 %	8	31 %	11	42 %	6	23 %
Высокий	9	35 %	11	42 %	5	19 %	9	35 %

Данные таблицы 4 свидетельствуют о том, что наблюдается тревожность — 35 % высокий уровень у 9 испытуемых, фрустрация — 42 % высокий уровень у 11 испытуемых, агрессивность — 19 % высокий уровень у 5 испытуемых, ригидность — 35 % высокий уровень у 9 испытуемых. Состояния на среднем уровне более однородны. На основании полученных данных мы наблюдаем высокий уровень тревожности у 9 испытуемых.

**Обсуждение результатов.** Таким образом, мы можем констатировать, что данные, полученные в ходе тестирования испытуемых по опроснику Ч.Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина высокий уровень личностной тревожности, по опроснику Г. Айзенка также наблюдается высокий уровень тревожности. При этом следует отметить, что процент испытуемых с высоким уровнем тревожности достаточно велик. Полученные в исследовании данные, уточняют теоретические представления о проблеме тревожности у подростков. Результаты исследования могут быть использованы в работе практических психологов и в исследовательских целях, а также при разработке и реализации психологических программ для детей подросткового возраста в адаптационный период.

Такая картина диагностики позволила нам разработать программу психологического тренинга, направленного на профилактику тревожности у детей подросткового возраста.

Программа предназначена для психологической работы с детьми подросткового возраста. Психологическая программа состоит из 8 занятий, направленных на повышение стрессоустойчивости, каждое занятие продолжительностью 40 минут.

Цель психологической программы — создание благоприятных психологических условий для обеспечения решения задач психологического тренинга (снятие эмоционального напряжения, освоения навыков открытого поведения, доверительности и конструктивных способов взаимодействия).

Общие цели и задачи проведения занятий: снятие психоэмоционального напряжения, освоение навыков открытого поведения, доверительности и конструктивных способов взаимодействия и общения.

Таблица 5

**Психологическая программа тренинга,  
направленного на профилактику и коррекцию тревожности  
у детей подросткового возраста**

Этап	Цель	Содержание
1. Начальный этап (занятие 1-2)	Цель занятий начального этапа программы — создание благоприятных социальных и психологических условий для обеспечения возможности решения задач психологического тренинга (снятие психоэмоционального напряжения, освоение навыков открытого поведения, доверительности и конструктивных способов взаимодействия и общения). Знакомство участников группы.	Информирование, упражнение на знакомство, правила поведения в группе. Задание: «Презентация другого», «Комплимент», «Человек-образ», «Что такое общение».
2. Основной этап (занятия 3-6)	Цель занятий основного этапа программы, где решаются задачи профилактики и коррекции тревожности посредством получения практического опыта открытости безоценочного принятия себя и других, общения, взаимодействия и поведения в определенном рода ситуациях и опыта взаимопомощи.	Метод психологического просвещения, метод рефлексии исследования самого себя. Задание «Проекция своего образа Я», «Чемодан», «Доверяющее падение», «Дружеские отношения». Дискуссия «Лучший друг».
3. Завершающий этап (занятие 7-8.)	Цель занятий завершающего этапа программы, закрепление психологических знаний, умений, навыков, полученных в процессе прохождения программы, способствующих развитию саморегуляции эмоциональных состояний, повторение способов эффективного взаимодействия в различных социальных ситуациях.	Итоговая диагностика тревожности. Рефлексия. Упражнение «Процедура», «Обмен чувствами».

Так в ходе проведения программы мы наблюдали положительную динамику, выражающуюся в проявлении большей открытости опыту, меньшей критичности, повышению доверительности и креативности при выполнении заданий программы. Подростки становились более вдумчивыми, применяли аргументацию, что позволяло им лучше понимать себя и свои особенности, одновременно осмысливая имеющиеся у них преграды, установки и предубеждения как относительно себя, так и относительно других. Программа реализовывалась в форме психологического тренинга, в которую вошли 11 человек с выраженным уровнем тревожности. На завершающем этапе программы мы повторно изучили тревожность у детей при помощи психодиагностического инструментария с целью выявления динамики тревожности подростков. При помощи опросника «шкала тревоги» Ч. Спилбергера-Ю. Ханина. Далее представим полученные результаты.

Таблица 6

### Результаты ситуативной и личностной тревожности испытуемых

Уровень тревожности	До тренинга				После тренинга			
	СТ-доля	кол-во	ЛТ-доля	кол-во	СТ-доля	кол-во	ЛТ-доля	кол-во
Низкий	9 %	1	0 %	0	55 %	6	9 %	1
Средний	82 %	9	0 %	0	45 %	5	73 %	8
Высокий	9 %	1	100 %	11	0 %	0	18 %	2

*Примечание: УТ — уровень тревожности; СТ — ситуативная тревожность. ЛТ — личностная тревожность.*

Данные таблицы 6 свидетельствуют о том, что с тревожностью у детей произошли спонтанные изменения, но испытуемых с низким уровнем, как ситуативной тревожности, так и личностной тревожности стало меньше, а доля испытуемых со средним уровнем тревожности возросла. Нарастание уровня тревожности произошло с детьми в ходе повседневной жизни и учебной деятельности. Это свидетельствует о том, что уровень стресса в современной жизни высок и нервная система подростков истощается под влиянием тех или иных факторов.

**Вывод.** Таким образом, разработанная нами программа психологического тренинга, направленная на профилактику и коррекцию тревожности, показала свою эффективность. Эффективной формой профилактики является психологический тренинг, в рамках которого создается совокупность условий в виде комплекса отношений, взаимодействия, деятельности и методов и технологий, при помощи которых будет произведено воздействие на психику и личность участников с целью достижения благоприятных и желательных изменений.

## Список литературы

1. Абрамова Г.С. Психология развития и возрастная психология. Москва: Прометей, 2022. 708 с.
2. Авдулова Т.П. Психология подросткового возраста. Москва: Юрайт, 2023. 395 с.
3. Адлер А. Понять природу человека. Москва: АСТ, 2022. 352 с.
4. Астапов В.М. Тревожность у детей. Москва: ПЕР СЭ, 2008. 160 с.
5. Barlow D., Kraske M.G. Coping with anxiety and panic. The guidance of a psychotherapist. New York: Dialectics-Williams, 2021. 240 p.

УДК 159.9

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Р.Н. Клищенко

*Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия*

**Аннотация.** Ежегодно в России увеличивается количество людей с диагностированной алкогольной зависимостью. При этом растет и число употребление спиртных напитков население. В связи с этим важно исследовать психологические особенности людей с алкогольной зависимостью, что позволит выстраивать эффективные программы реабилитации и профилактики. В статье представлены результаты эмпирического исследования эмоционального состояния людей с зависимостью от спиртных напитков при помощи методик: Шкала депрессии А. Бека, Шкала проявлений тревоги Тейлора в адаптации Т.А. Немчина. Эмпирическую выборку составили 30 мужчин и женщин с алкогольной зависимостью, проходящих лечение в специализированном медицинском центре. В качестве контрольной группы выступили 30 человек без зависимости от алкоголя. В результате были выявлены статистически значимые различия выраженности показателей депрессии и тревожности у людей с алкогольной зависимостью и без нее.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, тревожность, эмоциональная сфера личности, депрессивное состояние

**Актуальность.** В современной России происходящие социально-экономические и политические преобразования ведут к увеличению случаев психологических расстройств среди граждан. Основной причиной ухудшения психического здоровья является невозможность людей реализовать свои жизненные амбиции и взгляды на мир, что приводит к психическим аномалиям. Эти аномалии разделяются на экзистенциальный кризис, характеризующийся отсутствием смысла жизни, и ноогенные

неврозы, возникающие на фоне конфликтов между личными убеждениями и моралью, глубоких духовных кризисов и, прежде всего, из-за ощущения потери смысла существования.

В исследованиях, проводимых В.Ю. Завьяловой, Ю.П. Лисицыным, А.Е. Личко, П.И. Сидоровым и другими специалистами, алкоголизм определяется как комплексное заболевание. Это состояние влечет за собой негативные последствия не только в физическом и психическом плане, но и оказывает воздействие на социальное положение человека (Фролова, Минуллина, 2003). Основная характеристика хронического алкоголизма, согласно Ю.П. Лисицыну и П.И. Сидорову, заключается в регулярном потреблении спиртного в объемах, способных ухудшить качество работы, привести к конфликтам в семейной жизни и обществе, а также нанести вред физическому и психическому здоровью (Лисицын, Сидоров, 1990). В целом, данное исследование подчеркивает многоаспектность проблемы алкоголизма, обращая внимание на его медико-биологические, психологические и социальные измерения.

Исследования, проведённые в нашей стране, показывают, что люди, страдающие от алкогольной зависимости, обладают повышенной тревожностью. Это состояние часто связано с ощущением собственной неспособности, сложностями в общении с другими людьми, которые могут привести к невротическим проявлениям, и общей эмоциональной лабильностью. Н.Г. Борок отмечает, что у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, уровень тревожности и неудовлетворённости социальными отношениями значительно выше по сравнению с людьми без подобной проблематики (Борок, Суботялов, 2016). В исследованиях, проведенных А.В. Смирновым, акцентируется внимание на высоком уровне тревожности людей с зависимостью из-за их неуверенности в себе и недовольства своей социальной ролью (Смирнов, 2015).

В исследованиях М.Ж. Torgens поднимается вопрос о том, как тревожность влияет на зависимое поведение. Автор указывает, что тревожные нарушения, усугубляющиеся с течением времени, могут быть спровоцированы как состоянием отмены, так и отрицательными последствиями употребления определённых субстанций. Люди могут начать прибегать к алкоголю, пытаясь справиться с глубоко испытываемыми чувствами тревоги, стимулированными конкретной жизненной ситуацией. Вместе с тем, само потребление психоактивных веществ может напрямую вызывать сильное нервное возбуждение и тревожность как частую побочную реакцию, подчеркивая взаимосвязь между приёмом наркотиков и возникновением психоневрологических проблем (Mahle, Mclean, 2023).

**Постановка проблемы.** В настоящее время в большинстве исследований подчеркивается повышение показателей тревожности у людей с алкогольной зависимостью. Однако важно изучить, является ли

повышенная тревожность и депрессивное состояние причиной формирования алкогольной зависимости или ее следствием. Увеличение числа эмпирических исследований в данном направлении позволит разрабатывать эффективные психотерапевтические программы реабилитации и профилактики алкогольной зависимости.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе Барнаульского медицинского центра «Интервал», одним из направлений работы которого является лечение людей с алкогольной зависимостью. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: Шкала депрессии А. Бека, Шкала проявлений тревоги Тейлора в адаптации Т. А. Немчина. В исследовании приняли участие основная и контрольная группа респондентов. В качестве основной группы выступили 30 пациентов, стоящие на учете у врача-нарколога в связи с алкогольной зависимостью (20 мужчин и 10 женщин, в возрасте от 38 до 55 лет). Контрольную группу составили 15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 37 до 52 лет, употребляющие алкоголь не чаще 1 раза в неделю, никогда не стоящие на учете у врача-нарколога.

**Результаты исследования.** Анализ показателей по методике «Шкала депрессии» А. Бека при помощи Т-критерия Стьюдента показал, что существуют значимые различия по ряду шкал.

*Таблица 1*

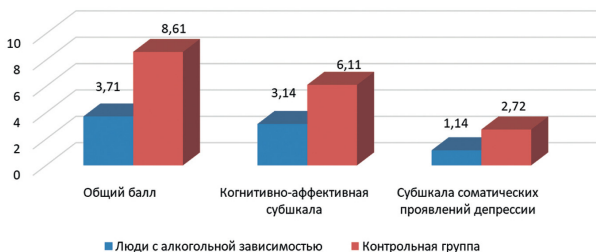
**Результаты сравнительного анализа показателей по методике «Шкала депрессии» А. Бека у людей с алкогольной зависимостью и контрольной группой**

Шкалы методики	Люди с алкогольной зависимостью		Контрольная группа		Значимость Т-критерия
	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	
Общий балл	3,71	3,11	8,61	6,46	0,004
Когнитивно-аффективная субшкала	3,14	2,05	6,11	4,76	0,014
Субшкала соматических проявлений депрессии	1,14	1,62	2,72	2,21	0.015

Важно отметить, что статистически значимо высшие по основным показателям наблюдалось у контрольной группы испытуемых.

Именно у них отмечаются разнообразные, пусть и слабо выраженные, симптомы пониженного настроения и ухудшения общего состояния. Эти наблюдения следует анализировать в контексте результатов, полученных с использованием другого психодиагностического инструмента.





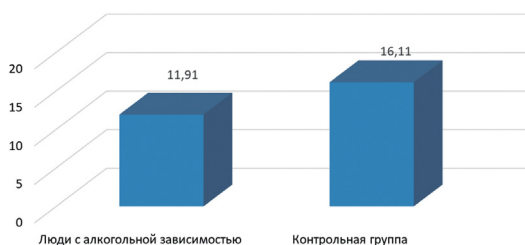
*Рис. 1. Показатели по методике «Шкала депрессии» А. Бека у людей с алкогольной зависимостью и контрольной группой*

*Таблица 2*

**Результаты сравнительного анализа показателей по методике «Шкала проявлений тревоги Тейлора» в адаптации Т. А. Немчина у людей с алкогольной зависимостью и контрольной группой**

Шкалы	Люди с алкогольной зависимостью		Контрольная группа		Значимость Т-критерия
	среднее значение	стандартное отклонение	среднее значение	стандартное отклонение	
Показатель тревожности	11,91	7,28	16,11	9,93	0,013

Таким образом, из-за регулярного употребления алкоголя, который люди используют в качестве инструмента для ухода от неприятностей, респонденты с алкогольной зависимостью оказываются менее восприимчивыми к депрессии и тревоге, а также теряют чувствительность к изменениям в социальной и политической среде.



*Рис. 2. Показатели по методике «Шкала проявлений тревоги Тейлора» в адаптации Т. А. Немчина у людей с алкогольной зависимостью и контрольной группой*

Наблюдается, что употребление алкоголя делает их менее обеспокоенными по поводу собственного будущего и будущего их близких, что объясняет их пониженный уровень беспокойства и депрессии. Это подчеркивает необходимость разработки и внедрения новых стратегий для адаптации к стрессовым обстоятельствам, что позволит снизить частоту употребления алкоголя населением.

**Обсуждение результатов.** Полученные в результате исследования данные кардинально меняют восприятие связи между депрессией, тревогой и алкоголизмом. Ранее было распространено мнение, что пристрастие к алкоголю часто развивается как реакция на стресс и психологические проблемы, новые данные указывают на обратное. В частности, выявлено, что люди, не сталкивающиеся с алкогольной зависимостью, на самом деле могут испытывать более глубокие уровни депрессии и более высокую тревожность, что подвергает сомнению предыдущие представления о первопричинах этих состояний.

Можно предположить, что низкий уровень тревожности у людей с алкогольной зависимостью может быть связан с защитным механизмом интенсивного вытеснения довлеющего чувства беспокойства. А также, что у аддиктов выражен дефицит критики к собственному статусу человека с зависимостью, больного и имеющемуся расстройству в целом.

Данные исследования могут применяться для совершенствования системы оказания психологической поддержки жителям России. Это, в свою очередь, не только положительно повлияет на психоэмоциональное состояние населения, но и будет действовать как эффективная мера предотвращения злоупотребления алкоголем. Ведь именно поиск утешения в алкоголе и других зависимостях часто является попыткой компенсировать психологический дискомфорт и стресс.

**Вывод.** В рамках исследования был проведен сравнительный анализ показателей выраженности депрессии и тревожности у людей, имеющих и не имеющих зависимость от алкоголя. Результаты показали неожиданную тенденцию: те, кто не страдает от алкогольной зависимости, оказались более подвержены депрессивным и тревожным расстройствам. Эти данные подчеркивают критическую необходимость в разработке продуманных методик психологической поддержки для жителей России на фоне текущей социально-экономической обстановки. Дополнительно, данный анализ предоставляет основу для создания целей и методов психотерапии в работе с лицами, имеющими алкогольную зависимость, эффективность которой предстоит оценить в дальнейших исследованиях.

### Список литературы

1. Ассоциация синдрома зависимости от алкоголя с клинко-психологическими характеристиками суицидального поведения у лиц с органическими психическими расстройствами (морально-этические особенности) (часть 2)/И. М. Петров, Н. Н. Спандерова, О. Н. Мальцева [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. 2022. Т. 23, № 2 (110). С. 23-27.

2. Балакина М. В. Ценностно-смысловые ориентации лиц с алкогольной зависимостью // Академическая публицистика. 2022. № 12-1. С. 330-335.
3. Борок Н. Г., Суботялов М. А. Личностные особенности больных алкоголизмом второй стадии // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2016. № 3. С. 40-48.
4. Взаимосвязь клинических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью с доминирующей мотивацией употребления алкоголя/С. Г. Климанова, А. А. Березина, А. В. Трусова [и др.] // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2022. Т. 56, № 4. С. 63-76.
5. Двойной диагноз: «депрессия» и «расстройство употребления алкоголя»/Ю. П. Сиволап, Е. М. Крупицкий, В. Д. Менделевич [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 7. С. 135-140.
6. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм: Социально-гигиенические аспекты. Москва: Медицина, 1990. 526 с.
7. Николаенко Я. Н., Аксенов А. И. Проявление тревоги и депрессии у больных с химической зависимостью в постабстинентном периоде // Современная психофизиология. Технология виброизображения. 2021. № 1 (4). С. 147-153.
8. Оглезнева А. В., Коновалова Е. В. Особенности проявления депрессии и тревоги у осужденных мужчин, имеющих зависимость от психоактивных веществ // Вестник Томского института повышения квалификации работников ФСИН России. 2022. № 1 (11). С. 121-129.
9. Смирнов А. В. Базовые психологические компоненты аддиктивного поведения в структуре интегральной индивидуальности. Москва: Центрполиграф, 2015. 134 с.
10. Фролова А. В., Мишулина А. Ф. Клиническая психология: Методическое пособие. Казань: ФГАО УВПО «Казанский федеральный университет», 2003. 74 с.
11. Integrated hepatology and addiction care for inpatients with alcohol use disorder improves outcomes: a prospective study/R. Mahle, P. McLean Diaz, C. Marshall [et al.] // Hepatology Communications. 2023. Vol. 7, № 5. P. 43-50.
12. Torrens M. F., Gilchrist G. U., Domingo-Salvany A. R. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders // Drug and alcohol dependence. 2011. Vol. 113, № 2. P. 147-156.

## УДК 159.9

# ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**И. О. Кононенко, Н. Н. Вишнякова**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты изучения особенностей внутреннего конфликта как предиктора психосоматических заболеваний у пациентов кардиологического отделения № 3 Краевой клинической больницы. Описаны характеристики настроений и выявлены

относительно устойчивые (доминирующие) состояния пациентов. Выявлены ценностные приоритеты пациентов и общая степень диссоциации в мотивационно-личностной сфере.

**Ключевые слова:** внутренний конфликт, доминирующее состояние, психосоматические заболевания, пациенты кардиологического профиля

**Актуальность.** Болезни сердца и сосудов — наиболее острая проблема современной медицины. Именно эта группа патологий является основной причиной смерти и получения инвалидности как в нашей стране, так и во всём мире. По оценке специалистов сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной более 50 % случаев смерти в России.

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания вызываются многими факторами. К ним относятся: врожденные биологические факторы (возраст, пол, генетическая предрасположенность); физиологические факторы, (повышенное кровяное давление, повышенный уровень холестерина в крови); психологические и социальные факторы (депрессия, беспокойство, определенные формы стресса, внутриличностные конфликты).

Взаимосвязь психосоматических и конфликтогенных факторов личности — одна из наиболее исследуемых проблем современной клинической психологии. Определение предикторов психосоматических заболеваний позволяет с одной стороны профилактировать их возникновение, а с другой (при наличии заболевания), — облегчить его течение и повысить комплаентность пациента.

Среди конфликтогенных факторов, влияющих на психосоматические расстройства, исследователи называют социальный стресс (проблемные взаимоотношения в профессиональной сфере, недостаточная профессиональная реализация, межличностные конфликты с руководителем или коллективом); эмоциональный дискомфорт в семье и семейный стресс (неблагоприятные отношения с близкими, тяжелое материальное положение, отсутствие надежной поддержки).

**Постановка проблемы.** Психосоматические взгляды на различные заболевания представляли собой влиятельное направление исследований клинической помощи в IX — XXвв. Учитывая неизвестную этиологию ряда основных заболеваний (например, гипертонии, сахарного диабета и астмы) были разработаны теории, в которых необходимым и достаточным условием считалось сочетание трех факторов: «слабое место» в организме пациента, характерный психологический профиль пациента и ситуация, вызывающая болезнь.

Причиной психосоматических патологий сердечно-сосудистой системы традиционно называют особенности личности пациентов, стиль жизни и т. п. Фокусом нашего исследования выступает внутренний конфликт личности как один из предикторов психосоматического заболевания.

Внутренние конфликты, которые происходят внутри личности, базируются на противоречиях между желаниями, ценностями, убеждениями или интересами. Внутренний конфликт — это состояние душевной несогласованности, внутреннего противоречия или борьбы между различными убеждениями, ценностями, желаниями или потребностями внутри самой личности. Этот конфликт может возникать как между различными аспектами личности, так и между личными ценностями и ожиданиями окружающего мира (Каткова, 2021).

Ключевой вклад в понимание взаимосвязи между психическими и физиологическими процессами, а также в разработку подходов к лечению, предупреждению и управлению психосоматическими расстройствами вносит современная психосоматика (Кедрярова и соавт., 2020). Для понимания внутреннего конфликта как предиктора психосоматических заболеваний исследователи обращают внимание на изучение того, как индивиды реагируют на стрессоры, и на изучение факторов, способствующих резилиентности и адаптации к физическим вызовам (Василенко, 2019).

Проблема в лечении психосоматических заболеваний заключается в том, что зачастую в их развитии не уделяется должного внимания нарушениям психологическим, а также в сложности выявления и коррекции этих нарушений (Исаченкова, Михайлова, 2020). Это связано, с одной стороны, с недостаточной оценкой значимости такого вида нарушений в генезе соматических заболеваний со стороны отечественной медицины, а с другой — с мощными психологическими защитами пациента, вытесняющими из сознания психотравмирующие факторы и создающими колоссальные трудности для их выявления и коррекции.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось в г. Красноярск, на базе Краевой клинической больницы. В нем приняли участие 34 пациента, проходящих лечение в кардиологическом отделении № 3. Испытуемыми стали 19 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 50 лет. Это пациенты с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), нарушением сердечного ритма, клапанной патологией, артериальной гипертонией, цереброваскулярной болезнью и поражением периферических артерий.

Изучение особенностей внутреннего конфликта как предиктора психосоматическим заболеваниям проводилось по следующим методикам. Методика «Доминирующее состояние» (Куликов, 2004) позволила определить характеристики настроений и диагностировать относительно устойчивые (доминирующие) состояния пациентов.

Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) (Фанталова, 2001), направленная непосредственно на раскрытие внутренних конфликтов, дает возможность выявить их локализацию и выраженность. Кроме того, данная

методика выясняет и ценностные приоритеты личности, и общую степень диссоциации в мотивационно-личностной сфере.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования психического состояния у пациентов кардиологического отделения № 3 Краевой клинической больницы по методике «Доминирующее состояние» (ДС-8, Л. В. Куликов) были получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

*Таблица 1*

**Распределение уровней значений проявления критериев по методике «Доминирующее состояние» у пациентов кардиологического отделения**

<b>Уровни</b>	<b>Удовлетворенность</b>	<b>Устойчивость</b>	<b>Образ самого себя</b>	<b>Степень напряжения</b>
Низкий	40 %	39 %	32 %	25 %
Средний	24 %	32 %	43 %	27 %
Высокий	36 %	29 %	25 %	48 %

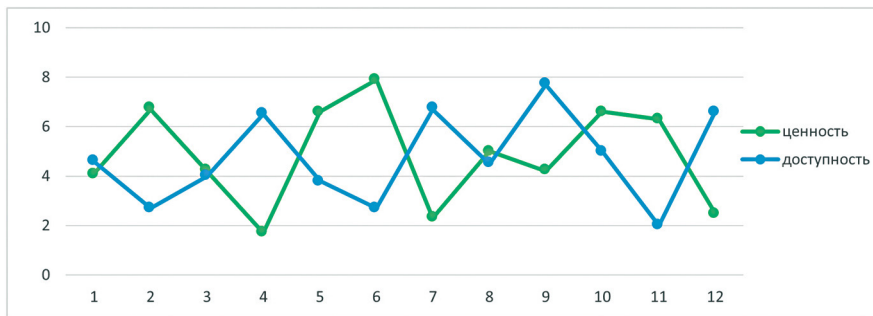
Согласно результатам исследования, 40 % респондентов имеет низкий уровень удовлетворённости жизнью, что говорит о присутствии нерешенного конфликта между ожиданиями и реальностью. Это позволяет нам с определенной долей уверенности говорить, что эти же респонденты имеют высокую степень напряжения. По нашим данным — это 48 % опрошенных.

Почти треть опрошенных (32 %) думает о себе в негативном ключе, что говорит о необходимости работы с самооценкой и принятия себя.

Аналогичная ситуация с устойчивостью эмоционального фона: 39 % опрошенных имеют низкий уровень устойчивости эмоционального фона, что означает повышенную раздражительность, переменчивость настроения и преобладание негативного эмоционального тона. Подобные тенденции могут негативно сказаться как на выполнении трудовых обязанностей, так и на качестве жизни, что обуславливает необходимость психологического сопровождения таких пациентов.

Результаты, полученные в ходе исследования пациентов по методике «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» представлены ниже на рисунке 1.

Для группы пациентов, значимыми выступают такие сферы жизни, как: здоровье (6,7), любовь (6,6), материально-обеспеченная жизнь (7,9) и счастливая семейная жизнь (6,3), свобода (6,6). Интересно отметить, что наибольшую значимость для респондентов группы представляет финансовое благополучие как ценность. Наименьшую значимость имеет: красота природы и искусства (1,7).



**Рис. 1.** Выраженность уровней соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах у пациентов кардиологического отделения № 3 Краевой клинической больницы

*Примечание:* 1 — Активная, деятельная жизнь; 2 — Здоровье (физическое и психическое); 3 — Интересная работа; 4 — Красота природы и искусства; 5 — Любовь; 6 — Материально-обеспеченная жизнь; 7 — Наличие верных друзей; 8 — Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений); 9 — Познание (возможность расширения своего образования, кругозора); 10 — Свобода как независимость в поступках и действиях; 11 — Счастливая семейная жизнь; 12 — Творчество (возможность творческой деятельности).

По шкале «доступность» самый высокий показатель наблюдаются в сфере познание (7,7), а также в следующих других: творчество (6,6), наличие верных друзей (6,7), уверенность в себе (6,5), и красота природы и искусства (6,5). Низкие показатели отмечены в сферах счастливой семейной (2) и материально — обеспеченной (2,7) жизни.

Самой конфликтной сферой жизнедеятельности для пациентов кардиологического отделения выступает «счастливая семейная жизнь», то есть, данный показатель характеризуется высокой значимостью, но не является доступным. Наличие конфликта также было обнаружено в сферах: «материально — обеспеченная жизнь» и «здоровье».

Респонденты признают ценность семейной жизни и здоровья как необходимого компонента в жизнедеятельности человека и выделяют его как цель, к которой нужно стремиться.

Кроме того, расхождение между ценным и доступным в различных жизненных сферах может свидетельствовать о наличии «внутреннего вакуума» (состояние, обратное «внутреннему конфликту»). «Внутренний вакуум» наблюдается в таких областях, которые характеризуются в среде участников очень высокой доступностью, но значимыми не являются: красота природы и искусства, наличие верных друзей, творчество.

Расхождения между показателями ценности и доступности отсутствуют в следующих жизненных сферах: наличие верных друзей, активная деятельная жизнь и имеют минимальный разрыв в сферах: уверенность

в себе и интересная работа. Данные показатели относятся к так называемой, бесконфликтной, «нейтральной зоне», то есть, мы можем говорить о том, что потребности желаемого в основном удовлетворяются, а отношения между «хочу» и «имею» сводятся к нулю.

**Вывод.** Таким образом, современный взгляд на психосоматические механизмы включает роль стресса, депрессии и внутриличностного конфликта наряду с биологическими и физиологическими факторами.

Резюмируя полученные данные, следует отметить, что у пациентов кардиологического отделения в ценностную сферу входят: здоровье, финансовое благополучие и счастливая семейная жизнь. Вместе с тем низкий уровень удовлетворённости жизнью у 40% респондентов говорит о присутствии неразрешенного конфликта между ожиданиями и реальностью. Это позволяет нам с определенной долей уверенности говорить, что эти же респонденты имеют высокую степень напряжения, как одного из психосоматических факторов, характерных для сердечно-сосудистых патологий.

Безусловно, информирование больных о психологических причинах возникновения и развития сердечно-сосудистой патологии, ее осложнениях и эффективности лечения способствует повышению комплаентности пациентов. Придание первоочередного значения вопросам, важным для пациентов, также может способствовать повышению приверженности лечению и стойкой ремиссии. Вместе с этим, применение пациент-ориентированного подхода предполагает взаимодействие врача и клинического психолога в разрешении внутренних конфликтов, выступающих предикторами психосоматического компонента сердечно-сосудистой патологии.

### Список литературы

1. Василенко Т.Д., Мангушев Ф.Ю. Особенности внутреннего телесного опыта при соматоформных расстройствах // Медицинская психология в России. 2019. Т. 10, № 1. С. 7. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-11 071
2. Исаченкова О. А., Михайлова Т.М. Глубинно-психологический подход в лечении психосоматических заболеваний // Ментальное здоровье — интеграция подходов: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Нижний Новгород, 10-11 декабря 2019 года. Нижний Новгород: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования. «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. С. 34-37.
3. Каткова А. С. Влияние интеграционно-дезинтеграционных процессов на познание внутренних конфликтов личности // International Journal of Medicine and Psychology. 2021. Т. 4, № 4. С. 7-11.
4. Куликов Л.В. Определение доминирующего и актуального психического состояния // Практикум по психологии состояний/под ред. А.О. Прохорова. Санкт-Петербург: Речь, 2004. 480 с.



5. Особенности защитных механизмов личности у лиц с различными психосоматическими заболеваниями/Е. А. Кедрярова, М. Ю. Уварова, В. В. Монжиевская [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11, № 1. С. 155-168.

6. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. 128 с.

7. Dolynnyi S. Psychosomatic factors in the aspect of the conflict generated behavior development. 2021. Vol. 7, № 5, № P. 50-59. DOI: 10.31108/1.2021.7.5.5

УДК 159.9:613. 86:364.26

## ПРИЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

О. А. Корнилова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*«Всё, что не убивает меня, делает меня сильнее»  
Фридрих Ницше*

**Аннотация.** В статье рассматривается вопрос о психологических приемах поддержки в условиях критических ситуаций как ресурсе устойчивости здоровья организма. Определены понятия «критической ситуации», «устойчивости», «психологической поддержки» и «психологического приема». Представлена типология приемов поддержки: бессодержательная медитация, мантра-медитация, медитативное восприятие искусства, молитва, покаяние, направление мыслей, позитивное мышление, самопрограммирование. Помогающими эффектами приемов являются: фокусировка внимания в настоящем моменте, организация «покоя» и поддержания ресурсного состояния, целенаправленное самовнушение на фоне глубокого расслабления, феномен веры, как следование внутреннему голосу и интуиции.

**Ключевые слова:** психологический прием, психологическая поддержка, критическая ситуация

**Актуальность.** Здоровье людей является основой процветания страны и залогом благополучия населения. Поэтому сохранение и укрепление здоровья россиян является ключевым приоритетом политики государства. Психологическое здоровье необходимо для полноценного функционирования человека в социуме. Оно служит основой эффективности профессиональной деятельности и общего благополучия человека. Однако, никто не застрахован от критической ситуации, которая может произойти в жизни внезапно. В процессе ее проживания может

ухудшиться здоровье человека. Это происходит из-за стресса — реакции на негативные раздражители физического или психологического характера, чрезмерного эмоционального напряжения. Критическая ситуация оказывает противоречивое воздействие на человека. С одной стороны, она разрушает привычный уклад жизни, повышает тревогу и депрессию, вызывает чувство беспомощности и безнадёжности, приводит к серьёзному жизненному кризису. С другой стороны, критическая ситуация придает смысл жизни, делает её полной и содержательной.

Актуальность изучения приемов психологической поддержки в критических ситуациях обусловлена их влиянием на личность и необходимостью помощи в ситуациях нестабильности и неопределенности.

Целью исследования является анализ и отбор психологических приемов поддержки в условиях критических ситуаций как ресурса способствующего устойчивости здоровья организма.

Анализ литературы. Критическая ситуация представляет собой социальную ситуацию травмирующего характера, ситуацию невозможности реализации значимых потребностей человека (Быстрова, 2023; Багинская, 2018). Критическая ситуация — это эмоционально переживаемые жизненные обстоятельства, которые в восприятии человека представляют сложную психологическую проблему, трудность, требующую своего решения или преодоления (Андрюшина, 2006). К критическим ситуациям относятся стресс, конфликт, кризис, трудная жизненная ситуация, фрустрация, информационная перегрузка и другие. В основе критической ситуации лежат катастрофические обстоятельства: инвалидность, увечье, болезнь, потеря значимого человека, в том числе родственника, семьи, престижного рабочего места, социального статуса, совершение проступка и т. п.

Критические ситуации характеризуются тем, что требуют от человека таких резервов, которые находятся на грани его адаптационных возможностей или превосходят имеющиеся ресурсы, дисгармоничностью, появлением неравновесных состояний. Поэтому, современному человеку необходимо владеть специальными психологическими приемами, которые могли бы поддержать психику человека, нейтрализовать отрицательные эффекты воздействия ситуации.

Чрезвычайно важно иметь представление о ресурсах устойчивости в критических ситуациях. Устойчивость — это способность «быть непоколебимым», «стойким», «прочным», «несокрушимым», «выстоять, несмотря на обстоятельства», «выдержать, вопреки чему-либо». Таким образом, устойчивость в критической ситуации — это способность продолжать жить, работать в «условиях жизненных, катастрофических» и при этом достигать эффективности и развития не в благоприятных обучающих условиях, а в нелегких, порой горестных и экстремальных. Безусловно, устойчивость к критической ситуации предполагает личностную зрелость, способность к саморегуляции (Крупник, Подымов, 2004; Осухова, 2011).

В зарубежной психологии понятию устойчивость соответствует понятие жизнестойкость, что в дословном переводе с английского *hardiness* (Maddi, 1998) означает выносливость, закалка, стойкость. Мадди охарактеризовал жизнестойкость как комбинацию трех установок: приверженности, контроля и вызова, которые обеспечивают мужество и мотивацию, необходимые для превращения критических обстоятельств из потенциальных бедствий в возможности для личностного роста (Осухова, 2011).

Понятие «психологическая поддержка» опирается на определение психологической помощи, которая включает «содействие», «сопровождение» и «поддержку». Поддержка в данном контексте рассматривается как оказание помощи, содействие. Поддержать можно косвенно, даже не будучи рядом; помочь — только в общении, тесном контакте с человеком, в момент его встречи с трудностью, с которой он самостоятельно не может справиться» (Строкова, 2011; Акулиничева, 2011).

Психологическая поддержка — это система приемов, которые позволяют людям, не имеющим психологического образования помочь себе и окружающим справиться с психологическими реакциями. Поскольку человек, оказавшись в критической ситуации, переживает сильное эмоциональное потрясение, ведь его привычная «нормальная» жизнь в одно мгновение изменилась. Выделяются следующие задачи, которые решает психологическая поддержка: снижение общего нервно-психического напряжения; формирование позитивного настроения, уверенности в себе; повышение мотивации к работе в сложившихся условиях (Брылева? 2012).

Прием представляет собой элемент метода, его часть, как отдельный шаг или кратковременный способ в его реализации. Психологический приём — это инструмент, который помогает человеку лучше понять себя, способствует поддержанию устойчивости в критической ситуации и повышению качества жизни в направлении личностного роста. Важно помнить, что выбор конкретного приёма зависит от индивидуальных потребностей и особенностей каждого человека. Лучшие результаты часто достигаются при индивидуальном подходе и комплексном использовании различных психологических приёмов (Войтишина? 2024).

**Методы и материалы.** Для анализа и отбора психологических приемов поддержки в условиях критических ситуаций были изучены научные источники аналоговые и цифровые на основе баз данных научных публикаций Elibrary, CyberLeninka. Проработаны научные публикации, раскрывающие сущность и содержание понятий «критическая ситуация», «психологическая поддержка», «психологический прием» и другие. Для изучения и анализа научных текстов были использованы методы контент-анализа, синтеза, классификации, сопоставления, обобщения. Для переосмысления полученной информации использовался метод рефлексии, модификации, систематизации.

**Результаты исследования.** Результаты исследования представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

**Приемы психологической поддержки в критических ситуациях**

<b>Прием</b>	<b>Определение</b>
Бессодержательная медитация	Сознание медитирующего нацелено на то, чтобы в нем не было ни одной мысли, только лишь пустота, создающая ощущение просветленного ума. Психологическая значимость заключается в глубоком погружении медитирующего в самого себя и обращения к своим внутренним ресурса (оздоравливающий эффект).
Мантра-медитация	Мантры — это особые звуковые молитвенные формулы, вызывающие в организме резонансные вибрации и приводящие человека к измененному состоянию сознания. Психологическая значимость заключается в уменьшении стресса, избавление от внутренней тревоги, суеты, обретение внутреннего покоя и удовлетворенности жизнью.
Медитативное восприятие искусства	Для восприятия произведения искусства (музыка, литература, живопись, литература и т. д.) необходимо перенестись из обычного мира в воображаемый мир художника, и прожить кусочек этой жизни, почувствовал все, что он чувствовал. Для данного приема необходимо время и соответствующий душевный настрой. Психологическая значимость заключается в переключение с собственного мира и погружение в мир произведения искусства. Тем самым происходит отвлечение, идентификация себя, своего эмоционального состояния с героем из произведения.
Молитва	Молитва во всех религиях связана с обращением верующего к Богу с просьбой о прощении, славословием и благодарением. Для благотворного воздействия, она должна совершаться с предельным вниманием. Психологическая значимость заключается в подготовке ориентировочной основы деятельности и переключает внимание с посторонних раздражителей на внутренний мир.
Покаяние	Очищение совести, глубоким искренним раскаянием. Психологическая значимость заключается в формировании способности к самокритике и оценки своих поступков с высоты нравственных идеалов в разрыве между «Я-реальным» и «Я-идеальным».
Направление мыслей	Осознание человеком последовательности актов мышления, вызывающих ту или иную отрицательную эмоцию, управление ею и устранение ее. Психологическая значимость заключается в осознании собственных актов мышления, проработки причин возникновения отрицательных эмоций.

Позитивное мышление	В процессе аналитического рассуждения увидеть в любом предмете как положительные, так и отрицательные стороны. Психологическая значимость заключается в том, что акцентируя на положительной стороне какого-либо явления и устранив отрицательную, можно добиться большей психологической устойчивости.
Самопрограммирование аффирмацией	Сформулировать позитивное утверждение, краткую фразу самовнушения, создающую правильный психологический настрой. Возможно, воспользоваться готовыми фразами для любой ситуации. Многократное повторение аффирмации поможет сменить негативные образы, закрепившиеся в подсознании, на новые. Психологическая значимость заключается в напоминании человеку о его возможностях, активизации внутренних ресурсов, вселяющих уверенность в своих силах, привлечении положительных перемен жизни.

**Обсуждение результатов.** Представленные приемы позволяют сфокусировать внимание человека на том, что он делает в настоящий момент. Фиксация в настоящем является основой правильно организованной жизни. Поскольку в критических ситуациях человек может жить или в прошлом, или в мечтах о будущем, не понимая и не принимая ценности каждого момента жизни. Организм человека сам находит дорогу к своему «выздоровлению», находясь в кризисной ситуации, когда ему предоставляют особым образом организованный «покой». Предложенные приёмы являются лучшим способом достижения этого покоя, поддержания ресурсного состояния в критических ситуациях.

В области «оздоровления» организма происходит (Петрушин, 2024):

- уменьшение стресса, избавление от внутренней тревоги и суеты, приводится внутренний покой и принятие жизни;
- нормализуется деятельность сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем, равно как и всех других функциональных систем;
- улучшается ночной сон;
- снижается потребность в психоэмоциональных стимуляторах, таких как алкоголь, курение, наркотики и т. п.
- снижается потребность во внешней медицинской помощи, в лекарствах и соответственно в обращении к врачам.

В области личностного развития:

- укрепляется внутренняя психологическая структура личности, появляются инструменты, с помощью которых человек управляет своим состоянием во время действия стрессовых факторов;
- формируется уверенное, спокойное мировосприятие и мироощущение;
- способствует нахождению жизненного смысла, жизненных целей, улучшает взаимоотношения с окружающими на работе и в семье.

Во всех приемах присутствует эффект целенаправленного самовнушения на фоне глубокого расслабления. Поскольку в расслабленном состоянии открывается возможность при помощи слов влиять на вегетативную нервную систему, а через нее на функциональные системы организма. Самостоятельно осуществлять саморегуляцию эмоционального состояния, самонастройку организма. Через применение данных методов человек учится свободно отдаваться своим неосознанным импульсам, растворяясь в своих представлениях, не анализируя их и не противодействуя им.

Способ поддержания и оздоровления организма в критических ситуациях связан с феноменом веры. Вера в психологии связана с продуктивным мышлением, как способность действовать в соответствии с выработанной установкой. Вера дает надежду даже в самой сложной жизненной ситуации, является лучшей защитой от ударов судьбы, от которых никто не застрахован. Вера формирует способность человека прислушиваться к своему внутреннему голосу и интуиции, следовать ему, а не внешним советам, трендам, модным тенденциям и т. п.

Вывод. Таким образом, критические ситуации требуют от человека резервов, находящихся на грани его адаптационных возможностей. В критических ситуациях необходим ресурс, поддерживающий жизнестойкость организма, поскольку здоровье человека зависит от сознания и физического тела. Для этого необходимо овладение специальными психологическими приемами — инструментами самопомощи, саморегуляции. Психологические приемы представляют собой частное проявление методов, позволяющих поддерживать психическое здоровье в критической ситуации. К ним относятся: бессодержательная медитация, мантра-медитация, медитативное восприятие искусства, молитва, покаяние, направление мыслей, позитивное мышление, самопрограммирование. Овладение данными приемами — признак психологической культуры современного человека, показатель духовной зрелости человека, умеющего любить жизнь не смотря на все превратности судьбы.

### Список литературы

1. Андрияшина Е. С. Понятие критической жизненной ситуации и ее признаки // Вологодские чтения. 2006. № 59. С. 5-7.
2. Брылева У.В. Теоретические основы понятия психологической поддержки профессиональной деятельности педагога // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2012. № 12. С. 403-406.
3. Войтишина М. В. Психологические приемы // B17. ru. Сайт психологов: [сайт]. 2024. URL: <https://www.b17.ru/article/psypriomi/> (дата обращения: 23.09.2024).
4. Осухова Н.Г. Профессиональное выгорание или как сохранить здоровье и не сгореть на работе: учебно-методическое пособие. Педагогический университет: «Первое сентября», 2011. 56 с.
5. Петрушин В. И. Петрушина Н. В. Психология здоровья. Москва: Юрайт, 2024. 381 с.

6. Психологическая поддержка. Практическое пособие/Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Москва, 2023. URL: <https://mchs.gov.ru/dokumenty/6564> (дата обращения: 02.10.2024).

УДК 159.9.072

## КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ МИНИМИЗАЦИИ УЯЗВИМОСТИ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ

О. М. Краснорядцева, И. В. Ширеезданова

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,  
г. Томск, Россия*

Результаты были получены в рамках выполнения государственного задания Минобрнауки России, проект № FSW/M-2020-0040

**Аннотация.** В статье представлены обобщенные результаты исследования, целью которого было выявление взаимосвязи между рефлексивной компетентностью и особенностями устойчивости профессионально-педагогической позиции педагогов, работающих с музыкально одаренными подростками. Обозначены новые психологические маркеры устойчивости профессиональной позиции как продуктивного проявления единства профессионального сознания и профессиональной деятельности. Зафиксированы новые эмпирические индикаторы взаимосвязи определенных дефицитов в развитии общей рефлексивности как особого свойства личности, выраженных дефицитарностей в развитии собственно педагогической рефлексии и наиболее часто встречающихся уязвимостей профессиональной позиции. Предлагаются к обсуждению направления работы по развитию рефлексивной компетентности, рассматриваемой в качестве когнитивного предиктора минимизации устойчивости профессионально-педагогической позиции.

**Ключевые слова:** профессионально-педагогическая позиция, минимизация уязвимости, когнитивные предикторы, устойчивость, эмоциональное выгорание, музыкально одаренные подростки

**Актуальность.** Различные аспекты профессиональной позиции как элемента интересующего пространства человека регулярно выступают в качестве предмета в психологических исследованиях, каждый раз открывая новые грани этого многомерного феномена (Быков, Быкова, Власова, 2022; Гордиенко, Мезенцева, Михайловна, 2023; Исаев, 2020; Faller, Lundgren, Marsick, 2020 и др.). В последнее время особую

актуальность обретает такая характеристика профессиональной позиции как устойчивость, особенно если речь идет о профессиональной деятельности в социальных практиках, профессионализм в которых проявляется не только во владении профессиональными умениями и навыками, но и в значительной степени в развитии специальных качеств, определяющих готовность и способность к продуктивному взаимодействию с людьми в условиях нарастающих информационной насыщенности, неопределенности, форс-мажорности в различных сферах жизни современного человека.

Устойчивость профессиональной позиции можно определить как продуктивное проявление единства профессионального сознания и профессиональной деятельности. Сама же деятельность в этом случае оказывается, по мнению Н. Г. Алексева, способом реализации базовых целей и ценностей личности (Алексеев, 2003). В этом контексте есть все основания рассматривать в качестве одного из значимых маркеров уязвимости устойчивости профессиональной позиции выраженную симптоматику профессионального выгорания, проявляющуюся в том числе и в различной степени деформации ценностно-смысловых составляющих профессионального образа мира (Александрова, Пряжников, Румянцева, 2019; Водопьянова, 2011; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Среди характеристик когнитивной составляющей профессиональной позиции, отражающей способность к выбору адекватных и актуальных форм, методов, средств осуществления своей профессиональной деятельности и готовности решения профессиональных задач, особое место занимает рефлексивная компетентность (Медведев, 2020; Савинорва, Сюбаева, 2021; Тараканов, Архипова, Ляшенко и др., 2020; Хмелькова, 2021; Leider, Tigert, Norova, 2024 и др.). Несформированность рефлексивной компетентности существенно ограничивает возможности профессионального развития и долговременного продуктивного профессионального функционирования, снижает самоконтроль и самоуправление процессом профессиональной деятельности.

Представляется, что именно развитая рефлексивная компетентность может выступить в качестве своего рода когнитивного предиктора предупреждения возникновения или минимизации уже проявляющейся деформации профессиональной подлинности и нарастающего профессионального выгорания.

Цель данного исследования — выявление взаимосвязи между рефлексивной компетентностью и особенностями устойчивости профессионально-педагогической позиции педагогов, работающих с музыкально одаренными подростками.

**Методы и материалы.** Для выявления уровня сформированности педагогической рефлексии использовались: методика определения уровня

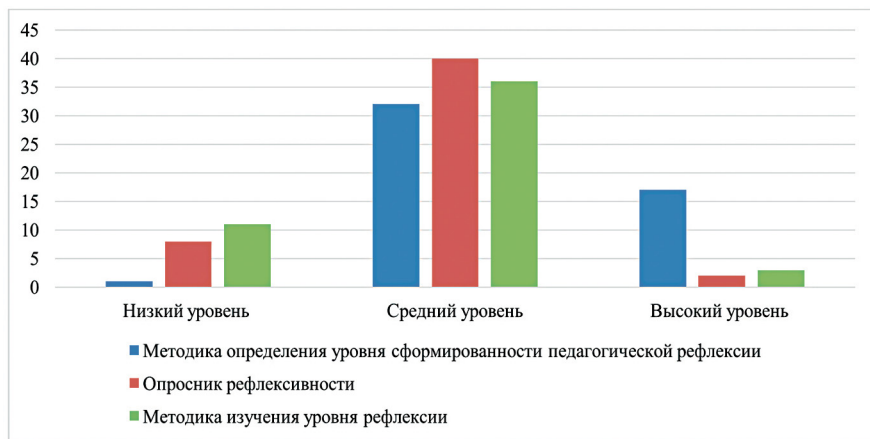


сформированности педагогической рефлексии (Калашникова О.В.), опросник рефлексивности (Карпов А.В.), методика изучения уровня рефлексии (Анисимов О.С.).

Для выявления уровня эмоционального выгорания использовались методика диагностики эмоционального выгорания (Бойко В.В.) и опросник профессионального выгорания (Maslach С., Jackson S.).

Сбор эмпирических данных осуществлялся на базе одного из музыкальных колледжей г. Томска. В исследовании приняли участие 50 респондентов — преподавателей колледжа.

**Результаты исследования.** На рисунке 1 представлены обобщенные результаты сформированности разных показателей рефлексивной компетентности преподавателей Томского музыкального колледжа, полученные с использованием трех методик, две из которых направлены на определение различных показателей рефлексивности, а третья — на выявление уровня сформированности педагогической рефлексии.



*Рис. 1. Сводные данные результатов диагностики по трем методикам исследования*

Полученные результаты позволяют сделать несколько обобщающих фиксаций:

- у значительной части преподавателей колледжа, работающих с музыкально одаренными подростками, есть определенные дефициты в развитии общей рефлексивности как особого свойства личности, что проявляется в наличии парциальных умений к осознанию собственных действий, эмоций, понимания и осознания мотивов своего поведения, планирования и прогнозировать деятельности;

- у подавляющего большинства педагогов, принявших участие в исследовании, имеются в той или иной степени выраженные дефицитности в развитии собственно педагогической рефлексии, характеризующей готовность и способность быть субъектом собственной профессионально-педагогической деятельности;
- за отсутствие дефицита рефлексивной компетенции мы можем брать только высокий уровень рефлексивности, который выявлен у небольшого числа респондентов по итогам ответа на все три опросника.

Анализ результатов диагностики наличного уровня выраженности симптомов эмоционального выгорания позволил выделить наиболее часто встречающиеся уязвимости профессиональной позиции:

- избыточные переживания обстоятельств, в значительной степени определяющие невозможность справляться с постоянно давящими стресс-факторами профессиональной деятельности;
- склонность «экономить» на эмоциях и ограничивать эмоциональную отдачу в ходе рабочих контактов;
- эмоциональная дезориентация и редукция профессиональных обязанностей, проявляющиеся в попытках преподавателей сократить контакт с обязанностями, которые требуют эмоциональных затрат;
- эмоциональный дефицит и эмоциональное истощение, приводящие к появлению нежелания включаться в возникающие проблемы, связанные с профессиональным взаимодействием и сопереживанием, «уход» от ситуаций, которые требуют от них эмоциональной отдачи.

Наименьшей выраженностью (но, тем не менее, имеющей место быть) в данном исследовании обладают такие симптомы уязвимости устойчивости профессиональной позиции как:

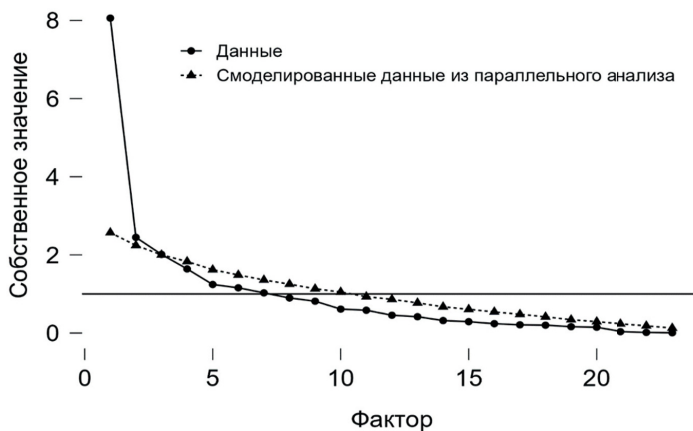
- неудовлетворенность собой, выбранной профессией, занимаемой должностью и конкретными обязанностями;
- состояние «загнанности в клетку», неумение или невозможность бороться с постоянно давящими стресс-факторами и как следствие, возникающее чувство безысходности;
- тревожные и депрессивные состояния;
- психосоматические нарушения со стойкими соматическими жалобами, связанными с непропорционально интенсивными и дезадаптивными мыслями, чувствами и поведением.

В таблице 1 представлены результаты факторного анализа полученных эмпирических материалов по итогам проведенного тестового опроса.

**Представленность показателей факторов «устойчивость профессиональной позиции» и «рефлексивная компетентность»**

<b>Шкалы</b>	<b>1 фактор</b>	<b>2 фактор</b>
Уровень развития рефлексии	-0,01	0,69
Рефлексивность	0,29	0,87
Уровень рефлексивности	-0,10	0,12
Уровень самокритичности	-0,14	-0,43
Уровень коллективности	-0,02	0,09
Фаза напряжения	0,97	0,22
Переживание обстоятельств	0,86	0,07
Неудовлетворенность собой	0,66	0,20
«Загнанность в клетку»	0,57	0,23
Тревога и депрессия	0,80	0,02
Фаза резистенции	0,71	-0,02
Неадекватное реагирование	0,36	0,00
Эмоциональная дезориентация	-0,25	-0,05
Расширение сферы экономии	0,74	0,03
Редукция проф. обязанностей	0,63	0,00
Фаза истощения	0,76	-0,37
Эмоциональный дефицит	0,58	-0,35
Эмоциональная отстраненность	-0,07	-0,22
Личностная отстраненность	0,72	-0,15
Психосоматические нарушения	0,72	-0,05
Эмоциональное истощение	0,68	-0,04
Деперсонализация	0,61	-0,02
Редукция проф. достижений	-0,17	0,32
Доля объяснимой дисперсии, %	33	9

На рисунке 2 представлены результаты обобщения эмпирических данных с использованием приема «Каменистая осыпь» с применением параллельного анализа для определения оптимального количества факторов.



*Рис. 2. График каменистой осыпи с параллельным анализом для определения оптимального количества факторов*

Таким образом, в ходе исследования были выявлены значимые взаимосвязи между развитием показателей рефлексивной компетентности и уязвимостей устойчивости профессионально-педагогической позиции, проявляющихся в выраженности симптомов профессионального выгорания. Так, установлены взаимосвязи уровня развитости рефлексии с редукцией профессиональных достижений ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,05$ ) и с фазой истощения ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,05$ ) и взаимосвязи рефлексивности с «загнанностью в клетку» ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,05$ ) и эмоциональной отстраненностью ( $r = -0,31$ ;  $p = 0,05$ ).

Обсуждение результатов. Полученные на выборке преподавателей музыкального колледжа эмпирические результаты согласуются с результатами других исследований, продемонстрировавших важность сформированности рефлексивности для минимизации и профилактики эмоционального выгорания у педагогов. Так, в исследованиях М. М. Принечовой (2019) было показано, что высокий показатель эмоционального выгорания сопряжен с уменьшением рефлексии специалистов, а О. В. Соловьева и И. В. Ортман (2020) констатируют, что высокие рефлексивные способности позволяют уменьшить риск выгорания. Если же рассматривать профессиональную деятельность педагогов музыкального колледжа, то специфика творческой работы с музыкально одаренными подростками требует специальных когнитивных компетенций, связанных

с пониманием особенностей поведения одаренных учащихся, проявляющихся в некотором возрастном опережении художественно-эстетического развития, что часто сопровождается выраженными уязвимостями в других аспектах развития подростков (неконформность, перфекционизм, проблемы с саморегуляцией, нестабильная самооценка, гиперчувствительность эмоциональной сферы, потребность в отстаивании своих интересов, некритичное отношение к своим возможностям).

Вывод. В этой связи, развитые готовность и способность педагогов к рефлексивному анализу процесса и результатов решения профессионально-педагогических задач, возникающих в процессе работы с музыкально одаренными детьми, могут рассматриваться как важные когнитивные предикторы устойчивости профессионально-педагогической позиции. Неизбежно появляющиеся в ходе педагогической деятельности уязвимости устойчивости профессиональной позиции (ощущение ограниченности в ресурсах, помогающих справиться со стрессовыми ситуациями; нарастание неблагоприятных функциональных состояний и другие симптомы эмоционального выгорания) должны становиться предметом рефлексии и последующей самоорганизационной работы преподавателя по минимизации возникших уязвимостей.

Актуальным является и специально организованная психолого-образовательная поддержка педагогов, работающих с музыкально одаренными подростками, направленная на содействие развитию рефлексивных компетенций как эффективный прием психопрофилактики возникновения уязвимости устойчивости профессионально-педагогической позиции.

### Список литературы

1. Алексеев Н. Г. Проектный подход к формированию рефлексивного мышления в образовании и управлении // Рефлексивно-организационные проблемы формирования мышления и личности в управлении и образовании/Под ред. И. Н. Семёнова, Т. Г. Болдиной. Москва: ИРПТиГО, 2003. С. 50-64.
2. Александрова Ю. Ю., Пряжников Н. С., Румянцева Л. С. Проблема соотношения «профессиональной идентичности» и «идентичности субъекта профессионального самоопределения» // Профессиональное образование. Столица. 2019. № 12. С. 14-18.
3. Быков Р. А., Быкова Е. Ю., Власова Ю. А. Конструирование профессиональной позиции как профилактика социальной апатии среди учителей // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 54. С. 55-63.
4. Водопьянова Н. Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания: методология, теория, практика. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011. 160 с.
5. Гордиенко Т. П., Мезенцева А. И., Михайлова А. Г. Развитие профессионально-личностной позиции преподавателя // Проблемы современного педагогического образования, 2023. № 81-1. С. 33-41.
6. Исаев Е. И. Деятельностный подход в педагогическом образовании: становление и реализация // Психологическая наука и образование, 2020. Т. 25, № 5. С. 109-119.
7. Медведев А. М., Жуланова И. В., Мысина Т. Ю. Педагогическая рефлексия — два контекста: опыт, интроспекция и самосознание или персонализация и деятельность. Часть 2 // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8, № 4. С. 38.

8. Савинова Т.В., Сюбаева Р.Р. Исследование рефлексии будущих педагогов // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. Т. 9, № 5. С. 24-32.
9. Рефлексивная готовность к освоению профессиональных компетенций / А. В. Тараканов, И. В. Архипова, М. В. Ляшенко [и др.] // Сибирский психологический журнал. 2020. № 76. С. 105-124.
10. Хмелькова М. А. Психологические особенности развития рефлексии у субъектов педагогической деятельности в системе дошкольного образования // Высшее образование сегодня. 2021. № 5. С. 59-64.
11. Faller P., Lundgren H., Marsick V. Overview: Why and How Does Reflection Matter in Workplace Learning? // Advances in Developing Human Resources. 2020. Vol. 22, № 3. P. 248-263. DOI: 10.1177/1523422320927295
12. Leider C.M., Tigert J., Norova N. Teaching Culturally and Linguistically Diverse Learners: A Content Analysis of Teacher Professional Organizations» Position Statements // Teachers College Record. 2024. Vol. 126, № 3. P. 54-85.
13. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job Burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397-422.

УДК 606.1/.9:159.9

## ВЫНУЖДЕННАЯ ДЕФИЦИТАРНОСТЬ У ЛИЦ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. А. Кудашова

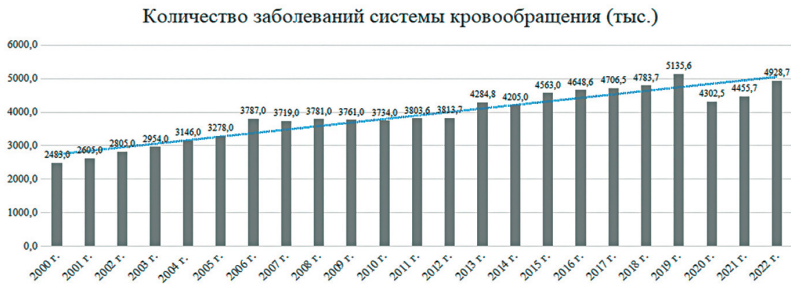
*Воронежский государственный медицинский университет  
имени Н. Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Аннотация.** Прогрессивный рост числа лиц с соматической патологией, в том числе, с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, влияние хронического соматического заболевания на психологическое состояние личности, недостаточно изученная содержательная составляющая феноменов «вынужденная дефицитарность» и «вынужденная дефицитарность лиц с соматической патологией» в психологической науке, а также необходимость осуществления сопровождения лечения лиц с соматическими патологиями в системе «врач — пациент — болезнь — клинический психолог», — определяют высокую актуальность для психологии и медицины исследования феномена вынужденной дефицитарности у лиц с соматической патологией, который может рассматриваться как устойчивое состояние, связанное с переживаниями ограниченности, недостаточности внутриличностных ресурсов, необходимых человеку для удовлетворения базовых потребностей, достижения поставленных целей и обеспечения собственного благополучия.

**Ключевые слова:** вынужденная дефицитарность, вынужденная дефицитарность лиц с соматической патологией, психическая организация, познавательные возможности, мотивационная структура личности, самооценка, лица с соматической патологией, комплексный

медико-психологический подход в лечении болезни, система «врач — пациент — болезнь — клинический психолог»

**Актуальность.** В настоящее время отмечается устойчивый рост числа лиц с соматической патологией, в том числе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. По данным Минздрава России и расчета Росстата за период с 2000 по 2022 год количество зарегистрированных заболеваний системы кровообращения у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни увеличилось более чем в два раза — с 2483 тыс. до 4928,7 тыс. (рис. 1).



*Рис. 1. Заболеваемость населения по основным классам болезней (заболевания системы кровообращения)*

По данным статистики Росстата о заболеваемости населения социально значимыми болезнями каждый год увеличивается количество больных с впервые установленным диагнозом «злокачественные новообразования». В 2000 году количество больных с данным диагнозом составляло 427,5 тыс., в 2022 году данный диагноз впервые установлен у 523,7 тыс. человек (рис. 2).



*Рис. 2. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями (злокачественные новообразования)*

Соматическое заболевание (в особенности с тяжелым хроническим течением) качественно изменяет всю социальную ситуацию развития человека (Выготский Л. С.): влияет на уровень его психических возможностей, ведет к ограничению контактов с людьми, т. е. оно меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также — его «внутреннюю позицию» по отношению к себе самому и жизни в целом, его «жизненное пространство» (Левин К.).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Рассмотрим более подробно, в чем могут состоять эти изменения. Прежде всего, следует подчеркнуть, что тяжелая соматическая болезнь может изменить сами биологические условия протекания деятельности. Вследствие соматогенной патологии могут измениться физические, физиологические и операциональные возможности осуществления деятельности.

Взрослый человек вступает в новую жизненную ситуацию с уже сложившимися особенностями психической организации: определенным уровнем познавательных возможностей, мотивационной структуры личности, самооценкой и т. д. Все эти качества могут быть изменены (ослаблены) вследствие болезни.

Новую, возникшую в условиях болезни социальную ситуацию развития, «утяжеляет» наличие социальных последствий болезни, среди которых важнейшими являются изменения профессионального и семейного статуса человека.

Болезнь может изменить и перспективу человеческой жизни в целом. Всякое истинное развитие предполагает именно направленность в будущее, открытость перспективы движения. Изменение представлений о будущем — одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающейся в условиях болезни социальной ситуации развития.

И, наконец, новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие которой, формируется новая «внутренняя позиция» человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности.

Новая социальная ситуация развития может стать источником формирования у человека как психологически позитивных для развития его личности новообразований (в виде, например, компенсаторных и приспособительных проявлений), так и негативных черт с тенденцией к переживанию дефицитарности как состояния недостатка чего-либо, необходимого для нормального функционирования и развития.

Анализ отечественной и зарубежной литературы, современных психологических исследований, раскрывающих влияние соматического заболевания на психологическое состояние больных показал, что феномен вынужденной дефицитарности у лиц с соматической патологией содержательно не раскрыт в достаточной степени. Существуют отдельные исследования, посвященные:



- изучению психологических особенностей больных хроническими соматическими заболеваниями (Фролова, 2009; Николаева, 1987 и др.);
- психологическому анализу изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью (Муладжанова, 1983);
- изучению клинико-психологических и личностных особенностей адаптационного потенциала личности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Лазарева, 2016; Николаев, 2016);
- изучению особенности психологического благополучия студентов с различным соматическим здоровьем до и во время пандемии COVID-19 (Вишнякова, Логинова, Наркевич и др., 2022);
- изучению психосемантических маркеров дефицитарности компонентов саморегуляции в ситуациях нарастающей неопределенности (пандемия COVID-19) (Красноярцева, Нейман, 2022);
- определению взаимосвязи между физической активностью, физической самооценкой, соматическими симптомами и депрессией от подросткового до молодого взрослого возраста (Ames, Robillard, Ryan, Merrin и др., 2023);
- определению взаимосвязи непродуктивных мыслей, соматических симптомов и переживания психологического благополучия (Kocsel, Horváth, Reinhardt и др., 2022);
- изучению процесса регуляции эмоций при соматических расстройствах и связанных с ними состояниях (Schnabel, Petzke, Witthöft, 2022).

Несмотря на наличие большого количество исследований, посвященных вопросам влияния соматической патологии на психологическое состояние и личность больного, переживание им благополучия или его отсутствия, в медицинской психологии до сих пор отсутствуют целостные представления о содержании феномена вынужденной дефицитарности лиц при различных соматических заболеваниях.

Потребность в осуществлении психологического сопровождения процесса лечения лиц с соматическими патологиями в системе «врач — пациент — болезнь — клинический психолог», необходимость разработки соответствующих рекомендаций, достижение согласованности действий специалистов и комплаенса со стороны пациента, определяют несомненную практическую значимость раскрытия понятия «вынужденная дефицитарность».

Комплаенс, приверженность пациента лечению, требует понимания запросов, индивидуально-личностных, психологических особенностей пациентов, а значит – включения работы психологов в общемедицинскую систему. В связи с этим все большее значение приобретает комплексный медико-психологический подход в лечении болезни.

Применение методов психологической помощи позволяет повысить качество жизни пациентов, оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса и улучшить их адаптацию к новой социальной ситуации развития.

**Вывод.** Таким образом, основные социальные, теоретические и практические аспекты, такие как:

- прогрессивный рост числа лиц с соматической патологией, в том числе, с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, влияние хронического соматического заболевания на психологическое состояние личности;
- недостаточно изученная содержательная составляющая феноменов «вынужденная дефицитарность» и «вынужденная дефицитарность лиц с соматической патологией» в психологической науке;
- необходимость осуществления сопровождения лечения лиц с соматическими патологиями в системе «врач — пациент — болезнь — клинический психолог»; — определяют высокую актуальность для психологии и медицины исследования феномена вынужденной дефицитарности у лиц с соматической патологией, который может рассматриваться как устойчивое состояние, связанное с переживаниями ограниченности, недостаточности внутриличностных ресурсов, необходимых человеку для удовлетворения базовых потребностей, достижения поставленных целей и обеспечения собственного благополучия.

### Список литературы

1. Особенности психологического благополучия студентов с различным соматическим здоровьем до и во время пандемии COVID-19/Н.Н. Вишнякова, И.О. Логинова, А.Н. Наркевич, Ю.А. Тяжелников // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева (Вестник КГПУ). 2022. № 3 (61). С. 96-108.
2. Краснорядцева О.М., Нейман А.Б. Психосемантические маркеры дефицитарности компонентов саморегуляции в ситуациях нарастающей неопределенности // Сибирский психологический журнал. 2022. № 85. С. 190-204.
3. Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические особенности адапционного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: дис. ... канд. псих. наук. Чебоксары, 2016. 189 с.
4. Муладжанова Т.Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Москва, 1983. 14 с.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. Москва: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.
6. Фролова О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями // КПЖ. 2009. № 9-10. С. 104-112.
7. Reciprocal associations between physical activity, physical self-concept, somatic symptoms, and depression from adolescence to young adulthood: Disaggregating within- and between-person effects/M. E. Ames, C. L. Robillard, J. E. H. Ryan, G. J. Merrin // Mental Health and Physical Activity. 2023. Vol. 24. P. 121-132.

8. Nonproductive thoughts, somatic symptoms and well-being in adolescence: testing the moderator role of age and gender in a representative study/N. Kocsel, Z. Horváth, M. Reinhardt [et al.] // Heliyon. 2022. Vol. 8, № 6. P. 56-62.

9. Schnabel K., Petzke T.M., Witthöft M. The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions — A systematic narrative review // Clinical Psychology Review. 2022. Vol. 97. 30-35.

УДК 159.9.072

**«ТЕТРАДЬ САМОПОМОЩИ ПО СОВЛАДАНИЮ  
С ТРЕВОГОЙ, СТРЕССОМ И ГНЕВОМ  
ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»  
КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ НАВЫКОВ  
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ  
У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ  
В КОНФЛИКТЕ С ЗАКОНОМ**

**Е. С. Кузнецова**

*Межрегиональный отдел ГУФСИН России по Красноярскому краю,  
г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается практическая разработка «Тетрадь самопомощи по совладанию с тревогой, стрессом и гневом для несовершеннолетних» как эффективный инструмент для развития навыков саморегуляции у несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом. Проведен теоретический анализ данного вопроса, в целях освящения практических разработок пенитенциарных психологов по профилактике деструктивного поведения несовершеннолетних. В последние годы наблюдается рост числа несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных с нарушениями эмоционально-волевой сферы. Особенности эмоциональной сферы социально дезадаптированных подростков связаны с переживаниями негативных эмоций: волнения, тревоги, гнева, злости, чувства вины, страха, которые могут стать препятствием для построения и достижения реальных целей жизнедеятельности, социальной адаптации несовершеннолетних. Целью нашего исследования стало создание и внедрение методического инструмента, направленного на развитие навыков саморегуляции, как основы эффективной психологической реабилитации в рамках совершенствования психологического сопровождения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных с учетом особенностей подросткового возраста, особенностей протекания процесса адаптации несовершеннолетних к условиям изоляции. В настоящее время в арсенале пенитенциарных психологов существует

достаточно много психокоррекционных программ, направленных на развитие эмоционального интеллекта, навыков саморегуляции, но вопрос развития регуляторных процессов у несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, стоит остро, так как в подростковый период происходит интенсивное развитие личности. Пособия в таком формате, которое как продолжение работы с психологом, несовершеннолетний мог бы иметь под рукой постоянно и использовать самостоятельно в целях психологического просвещения, закрепления методов саморегуляции, развития эмоционального интеллекта, когда психолога рядом нет (в отсутствии психолога), еще широко не использовалось. И могло бы оптимизировать развитие регуляторных механизмов у подростков в условиях изоляции для дальнейшей их успешной ресоциализации.

**Ключевые слова:** несовершеннолетние подозреваемые, обвиняемые, осужденные, эмоциональная саморегуляция, самопомощь, совладание, стресс, тревога, гнев

**Актуальность.** Проблема психической саморегуляции, в частности, в подростковом возрасте, возросла в последнее время, о чем говорит научный интерес к феномену и понятию саморегуляции. В условиях пенитенциарной системы растет количество несовершеннолетних, имеющих недостаточно развитые процессы саморегуляции, что проявляется в социально-дезадаптивном поведении, неспособности контролировать свое поведение и эмоции в различных, особенно сложных жизненных ситуациях, в подчинении деструктивным групповым формам поведения, низком уровне осознания собственных поступков и их последствий, а также снижении адаптивных функций, что может затруднять процесс их успешной ресоциализации.

**Постановка проблемы.** Согласно данным следственного комитета в 2023 году зафиксировано на треть больше тяжких преступлений с участием подростков в России, а в общем массиве совершенных ими преступлений доля групповой преступности составила свыше 40 %.

Анализ данных, представленных из территориальных органов ФСИН России в 2022 году, позволил выделить ведущие факторы вовлечения несовершеннолетних в криминальное поведение:

- семейные факторы;
- особенности школы;
- круг общения сверстников;
- индивидуальные особенности;
- особенности сообщества и территории проживания.

К индивидуальным особенностям относятся такие факторы, как самооценка, склонность к тревожным расстройствам, наличие убеждений, оправдывающих асоциальное поведение и насилие, восприятие временной перспективы жизни, наличие опыта переживания травматических

событий, склонность к отклоняющемуся поведению в более раннем возрасте, повышенную внушаемость, несамостоятельность, конформизм, трусость, робость, неспособность подростка постоять за себя, двуличность, нечестность.

Анализ данных психологических служб территориальных органов ФСИН России по работе с несовершеннолетними подозреваемыми, обвиняемыми и осужденными показывает, что в последние годы наблюдается рост числа несовершеннолетних с нарушениями эмоционально-волевой сферы. Нарушения эмоционально-волевой сферы стоят на первом месте среди других нарушений, которые выявляются по результатам психодиагностического обследования вновь прибывших несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных, и в адаптационном периоде выделяются в качестве мишени психологического воздействия при составлении индивидуальной программы психологического сопровождения несовершеннолетнего. Попадая в места лишения свободы, адаптация несовершеннолетних к условиям изоляции может быть затруднена в связи с сильными переживаниями, связанными с изменением привычной для них жизненной ситуации, сменой социального окружения, чувством вины за совершенное преступление, страхом осуждения, сроком отбывания наказания, предъявляемым к ним режимным требованиям и т. д.

Как правило, негативные эмоциональные состояния, влияющие на личностное развитие и адаптацию в социуме, являются последствием более серьезных проблем, с которыми сталкиваются подростки. Часто это неудовлетворенные потребности в значимых для ребенка сферах: семье, школе, референтной группе и др. Стоит отметить, что успех установления контакта психолога с подростком, эффективность проведения психокоррекционных мероприятий во многом зависит от того, в каком эмоциональном состоянии находится несовершеннолетний.

Одну из главных ролей в формировании современных представлений о психической саморегуляции сыграл системный подход, в рамках которого подчеркивается необходимость ее исследования как процесса, имеющего многоуровневую детерминацию (Конопкин, 2005). Теоретико-методологической основой исследования являются основные положения об осознанной саморегуляции произвольной активности человека (Конопкин, 2005), а также авторская концепция индивидуального стиля саморегуляции (Морсанова, 2012).

Подростковый возраст — важнейший период развития социальных и эмоциональных навыков, важных для психического благополучия. Е. О. Седова отмечает, что в основе таких проблем, как повышенная тревожность, трудности адаптации к новым условиям, школьная неуспеваемость и т. д. лежит низкий уровень саморегуляции (Седова, 2013). Эмоциональное состояние подростка является самым важным пунктом в развитии его личности.

В связи с тем, что эмоциональные проблемы существуют у очень многих подростков, находящихся в конфликте с законом, важными направлениями в психологическом сопровождении несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных являются развитие адаптивных форм поведения, поддержка эмоционального фона, обучение методам саморегуляции, поиск внутренних ресурсов, профилактика деструктивного поведения, в том числе аутоагрессивного. Развитая осознанная эмоциональная саморегуляция у несовершеннолетних рассматривается в качестве значимого ресурса психологического благополучия и важного элемента профилактики деструктивного поведения в условиях пенитенциарной системы, а в дальнейшем и успешной их интеграции в общество.

Согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации на период до 2030 года необходимо совершенствование психологической работы с лицами, находящимися в местах лишения свободы. Подростковый период — наиболее критический период развития, сопряженный со специфическими эмоциональными трудностями, тем более, если он проходит в условиях изоляции. В связи с этим возникла необходимость создания методического инструмента с целью оптимизации психологического сопровождения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных в рамках коррекции их эмоционально-волевой сферы, доведение до оптимальных параметров ее состояния, развитие у них регуляторных механизмов.

Если ранее при коррекции асоциального поведения можно было рассчитывать на мощную социальную регуляцию, то в изменившихся экономических и социокультурных условиях несовершеннолетний может положиться в основном на себя. В этом контексте коррекция девиантного поведения путем совершенствования системы саморегуляции приобретает особую роль.

**Методы и материалы.** Практическое исследование проводилось на базе следственного изолятора, воспитательной колонии, уголовно-исполнительной инспекции ГУФСИН России по Красноярскому краю, Новосибирской области. Выборка исследования составила 100 несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных 14-17 лет.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ, психологический прогноз.

Материалы: методическое пособие для психологов по внедрению тетради самопомощи, пособие для несовершеннолетних — тетрадь самопомощи «Всё в твоих руках».

**Результаты исследования.** Методическое пособие тетрадь самопомощи состоит из методического пособия для психолога и иллюстрированной тетради самопомощи для несовершеннолетних «Всё в твоих руках». Внедрение тетради самопомощи предусмотрено как продолжение

занятий с психологом в соответствии с ее структурой, может проводиться в индивидуальной и групповой форме (до 8 человек). Предусмотрено проведение входного контроля эмоционального состояния несовершеннолетних и итоговый контроль с использованием проективных методик. Психолог встраивает работу с тетрадью самопомощи в групповую терапию, и в то же время несовершеннолетние используют ее для индивидуального пользования (самостоятельно).

Тетрадь является продолжением помощи психолога подросткам по развитию навыков, необходимых для того, чтобы справиться со стрессом и негативными эмоциональными состояниями. Приведенные в тетради техники и упражнения позволяют несовершеннолетним расслабиться, найти опору для себя в трудных ситуациях «здесь и сейчас». Эти техники просты и доступны для самостоятельного использования несовершеннолетними.

Компактная тетрадка — скорый помощник в поддержании психического здоровья для несовершеннолетних, наглядный инструмент в руках психолога.

Тетрадь состоит из 4 блоков:

1. *Познай себя* — проективные тесты, вопросы, которые несовершеннолетнему дают возможность самопознания (лучше узнать себя, свои эмоциональные привычки). В этом блоке представлены следующие методики: упражнение «4 квадрата», проективный тест «Дерево с человечками», графический тест Вартега.

2. *Твои возможности* — полезная информация и практики, которые помогут справиться с тревогой, стрессом, гневом здесь и сейчас.

Во втором блоке несовершеннолетним предлагается информация о природе стресса, тревоги, гнева, как ими управлять, как разбираться в эмоциях и чувствах, а также стратегии, советы и практики, позволяющие превратить психологические особенности в возможности развития.

3. *Действуй!* — упражнения для развития навыков управления эмоциями. В третьем блоке представлены способы саморегуляции: дыхательные техники, техники, связанные с движением, с воздействием слова, с использованием образов, упражнения самопомощи, направленные на развитие навыков саморегуляции несовершеннолетних.

4. *Принимай решения* — выбор несовершеннолетним того, что ему подходит, помогает справиться с напряжением, тревогой, гневом и другими негативными эмоциональными реакциями.

В четвертой части несовершеннолетнему предлагается сделать выбор тех упражнений и техник, которые ему понравились, помогли в регуляции эмоционального состояния. Также представлены советы по поддержанию психического здоровья и обстоятельства, при которых важно обращаться за помощью к психологу.

Психологу важно ребятам показать, что тетрадь самопомощи — это «помощник», который находится всегда рядом и поможет освоить практики управления своими негативными состояниями, научиться лучше разбираться в них. В тоже время, психологу важно обратить внимание на тот факт, что «одно платье на всех не оденешь», все мы разные и каждому подходят разные упражнения. Главное — пробовать и найти свои, которые станут «помощниками» в управлении негативными состояниями, улучшат их жизнь. «Внутреннее равно внешнему» и, если человек умеет вовремя осознавать и справляться приемлемыми способами с негативными эмоциями, то и жизнь становится лучше.

Тетрадь самопомощи — это инструмент, который может положительно повлиять на эмоциональное состояние несовершеннолетних. Сделать так, чтобы все негативные эмоции они выплескивали на страницы тетради, а не на окружающих, показать ребятам, что «Всё в их руках», и они могут самостоятельно справиться с негативными состояниями, но при этом можно и нужно обращаться за помощью, если это необходимо.

Тетрадь является продолжением помощи психолога подросткам по развитию навыков, необходимых для того, чтобы справиться со стрессом и негативными эмоциональными состояниями. Приведенные в тетради техники и упражнения позволяют несовершеннолетним расслабиться, найти опору для себя в трудных ситуациях «здесь и сейчас». Эти техники просты и доступны для самостоятельного использования несовершеннолетними.

На данный момент тетрадь самопомощи проходит этап внедрения, в перспективе нам еще предстоит оценить и проверить долгосрочную эффективность ее применения. На данном этапе проведен анализ обратной связи от несовершеннолетних и психологов, а также мониторинг результатов применения техник, которые описаны в тетради. Нами получены положительные отзывы, что является хорошим прогностическим показателем. Результаты мониторинга выявили наличие положительной динамики эмоционального состояния несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых, осужденных.

**Обсуждение результатов.** Формирование процессов саморегуляции изучается с позиций системно-структурного, мотивационного, личностного подходов в психологии. Исследования показывают, что существует необходимость постоянного совершенствования психологических практик, направленных на преодоление проблем в сфере саморегуляции самообучающихся, особенно несовершеннолетних с девиантным поведением.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе понятие саморегуляция встречается часто и изобилует многозначностью и большим количеством трактовок. Опираясь на контекст деятельностного подхода саморегуляция личности — это индивидуальный контроль субъекта за собственными действиями, объединяющий в определенном



направлении поиска конкретных регулирующих личностных факторов (опираемся на мнение Конпкина О. А, Морсановой В.И.). Личностная саморегуляция как самостоятельная единица психической активности человека в рамках социально-когнитивной теории изучалась А. Бандурой. Человек имеет возможность некоторым образом влиять на внешние факторы, чтобы отслеживать собственное поведение и оценивать его в свете близких и отдаленных целей.

Теоретиками рассмотрена структура регуляции и ее механизмы, регуляция различных видов деятельности, саморегуляция личности и ее поведения. В настоящее время имеется богатый материал экспериментальных и теоретических исследований в этой области (К. А. Абульханова-Славская, 1982; М. И. Бобнева, 1978; Б. С. Братусь, 1981; Э. А. Грибенникова, 1995; В. А. Иванников, 1991; О. А. Конопкин, 1980; А. И. Крупнов, 1987; Е. Г. Ксенофонтова, 1988; Д. А. Леонтьев, 1997; Ю. А. Миславский, 1991; А. К. Осницкий, 1986; Н. А. Ратинова, 1998; А. С. Шаров, 2000; В. А. Ядов, 1979; и др.).

Смысл термина саморегуляция взаимосвязан с содержанием понятия «адаптация», под которым понимается приспособление саморегулирующихся систем к изменяющимся условиям среды.

Исследования Э. Эриксона подчеркивают важность формирования идентичности и саморегуляции в подростковом возрасте (Эриксон, 1996).

В подростковом возрасте несформированность саморегуляции рассматривается в качестве одной из причин нарушения поведения, что особенно проявляется в подростковом возрасте (Утина, 2023).

С. Т. Посохова, опираясь на исследования Г. Л. Лэндрет, делает заключение о том, что, что адаптированные и неадаптированные дети различаются по способности к саморегуляции (Посохова, 2001).

Представители современной западной психологической науки отмечают, что дети с развитой способностью контролировать свое поведение демонстрируют более высокую социальную компетентность и имеют меньше поведенческих и эмоциональных проблем (Савина, 2015).

Е. А. Черчевич подчеркивает значимость оказания воздействия на базисные механизмы саморегуляции психического состояния: физиологический (настраивание организма и всех его систем); механизм релаксации (оптимизация психического состояния); рефлексивный (самопознание личностью своих психических действий и состояний); мотивационный (совокупность психофизиологических, психических и социальных предпосылок, позволяющая направлять побуждение личности к регуляции); волевой (намеренное изменение и создание дополнительного смысла действия, направленного на регуляцию и преобразование психических состояний). Эти механизмы выступают в системе, базовым психологическим механизмом при этом выступает рефлексивный механизм (Черчевич, 2007).

Таким образом, можно говорить о том, что уровень адаптированности есть показатель сформированности саморегуляции. Исследования подтверждают, что подростковый возраст одновременно является сензитивным как в плане формирования осознанной саморегуляции, так и для угрозы возникновения дезадаптивного поведения.

Исследование проблем формирования саморегуляции и преодоления дезадаптивных форм поведения несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, обозначило целесообразность и потребность одновременного направления психологического воздействия на решение данных вопросов. Обобщение и адаптация имеющегося опыта способствовали созданию нового инструментария, соответствующего потребностям пенитенциарной системы, реалиям времени, запросам общества.

Тетрадь самопомощи носит диагностическую, психокоррекционную, психопрофилактическую, коммуникативную, развлекательную функции, а также функцию реализации задач возраста. В основу ее разработки положены деятельностный и личностный подходы.

Материалы «Тетради самопомощи по совладанию с тревогой, стрессом и гневом для несовершеннолетних» основаны на современных исследованиях в области психологии и психотерапии, что обеспечивает актуальность и эффективность методов. Интеграция техник осознанности, дыхательных упражнений и когнитивно-поведенческих стратегий позволяет подросткам не только осмысливать свои чувства, но и развивать способности их управления. Тетрадь самопомощи может учить социальный контекст и проблемы, с которыми сталкиваются подростки, что делает ее особенно полезным инструментом в современных условиях. Тетрадь самопомощи может стать настольной книгой для обретения и самостоятельного закрепления навыков саморегуляции у несовершеннолетних, а также их гидом по распознаванию эмоций и управлению ими.

С одной стороны, психолог может использовать тетрадь как инструмент психологического просвещения несовершеннолетних, с другой стороны, как помощь в обучении практикам и упражнениям для развития навыков эмоциональной саморегуляции, которые подростки в дальнейшем смогут использовать самостоятельно, выбрав то, что им подходит. Рекомендуется ее использовать в сочетании с проводимыми психологическими мероприятиями по развитию навыков саморегуляции у несовершеннолетних (индивидуальными и групповыми мероприятиями по коррекции эмоциональной сферы).

**Вывод.** Таким образом, на основе анализа отечественных и зарубежных исследований нами была предпринята попытка выявить механизмы влияния саморегуляции на адаптацию, поведение, социализацию у несовершеннолетних с асоциальным поведением и оказать коррекционное влияние на ее развитие. Формирование навыков эмоциональной саморегуляции у несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых,

осужденных — это важнейший инструмент профилактики девиантного поведения, трудностей адаптации, а в дальнейшем и рецидивной преступности подростков, находящихся в конфликте с законом. Ведь профилактика обычно определяется как совокупность мер, направленных на устранение или нейтрализацию причин и условий саморазрушительного поведения, в первую очередь, направлена на снижение уровня деструктивных форм поведения.

Тетрадь самопомощи является актуальным инструментом для формирования навыков саморегуляции у несовершеннолетних и может служить основой для дальнейших программ поддержки. Материалы тетради самопомощи могут использоваться вне пенитенциарной системы, для использования в целях повышения психологической грамотности, овладения навыками эмоциональной саморегуляции несовершеннолетними в образовательной сфере. Тетрадь самопомощи может стать методическим инструментом психолога с целью развития эмоционального интеллекта, формирования стрессоустойчивости к психотравмирующим событиям, повышения адаптационных возможностей у несовершеннолетних. Мы полагаем, что использование тетради самопомощи при поддержке специалистов может повысить эффективность развития навыков саморегуляции и профилактику проблемного поведения несовершеннолетних.

### Список литературы

1. Манапова Е. И. Саморегуляция поведения, её развитие и формирование у социально дезадаптированных подростков. Москва, 2001. 195 с.
2. Моросанова В. И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2010. № 1. С. 36-45.
3. Садовникова М. Н. Ресоциализация несовершеннолетних осужденных. Иркутск, 2011. С. 10.
4. Савина И. И., Герасименко Ю. А. Развитие навыков саморегуляции у подростков. Екатеринбург, 2018. 106 с.
5. Савина Е. А. Проблема развития произвольной регуляции у детей в современной западной психологии // Современная зарубежная психология. 2015. Т. 4, № 4. С. 45-54. DOI: 10.17759/jmfr. 2015040407
6. Седова Е. О. Лонгитудное исследование формирования саморегуляции у школьников // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». 2013. № 3. С. 130-136.
7. Сидорова И. И. Эффективные методы работы с агрессией. Екатеринбург: Уральский государственный университет, 2021. 20 с.
8. Харбин Т. Д. Рабочая тетрадь по управлению гневом для мальчиков-подростков: навыки когнитивно-поведенческой терапии для снятия триггеров, управления сложными эмоциями и мирного решения проблем. Санкт-Петербург: Весь, 2023. 192 с.
9. Хатт Р. Л. Когнитивно-поведенческая терапия для подростков. Рабочая тетрадь. Москва: Диалектика, 2020. 192 с.
10. Утина Л. А. Возрастные особенности развития саморегуляции у подростков в условиях СОШ // Молодой ученый. 2020. № 33 (323). С. 80-81.

## ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Д. А. Ланин, М. Е. Федоськина, В. Р. Шевчук

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются способы, которые люди используют для преодоления стресса и трудностей, связанных с травматическими событиями, такими как локальные военные конфликты. Участники локальных военных конфликтов могут иметь как адаптивные, так и неадаптивные копинг-стратегии. Было проведено исследование, какие из стратегий являются преобладающими, какие из них позволяют адаптироваться к мирной жизни, а какие, наоборот, требуют проведения психологической коррекции.

**Ключевые слова:** личностные свойства, психологическая коррекция, локальные военные конфликты, конфликты, военнослужащие, эмоциональное отношение, жизнестойкость, смысложизненные ориентации, копинг-стратегии

**Актуальность.** Мы часто слышим психологическое понятие «копинги» в рамках ресурсного подхода к жизни. Согласно этому подходу, человек актуализирует для себя наиболее подходящую стратегию решения проблемы, которая подходит не только к контексту ситуации, но и учитывает его био-психо-социальную индивидуальность. Участие в военных действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительного характера, которое может вызвать общий дистресс практически у любого человека (Абрамов, 2023). Профессиональная деятельность военнослужащих, рассматриваемая в достаточно длительном временном промежутке, играет важную роль в развитии определенных стилей совладающего поведения, что имеет научную и практическую значимость (Яковлев, 2023). Личность, переживающая травматические события, связанные с преодолением боевых трудностей, сознательно или бессознательно старается защитить сферу своей психики, стабилизировать ее работу с целью адаптации к окружающим условиям и более адекватного ответа на негативные, неприятные условия (Мельниченко, 2023). Участники военных конфликтов находятся в особых, сложных условиях, где могут преобладать неадаптивные, но ресурсные копинги в контексте окружающей ситуации. Однако, при возвращении на мирные территории, эти копинги могут сохраняться и значительно влиять на жизнь.

**Постановка проблемы.** Вызовы современности требуют от военнослужащего ответственного отношения к своему служебному и профессиональному долгу, умения принимать осознанные решения, выполнять задачи с учётом интересов государства и общества (Балюкова, 2024).

Стратегии решения проблемы делятся на три направленности: когнитивные, эмоциональные и поведенческие. Сами стратегии стали предметом изучения психологии относительно недавно, поэтому прийти к единой классификации ученые ещё не смогли. Также все копинги можно поделить на адаптивные и неадаптивные. Адаптивные — это те способы совладающего поведения, которые приводят к сотрудничеству и формированию адекватного морально-психологического климата в повседневной деятельности военнослужащих, в результате чего курсанты взаимодействуют с другими людьми для решения своей проблемы или помощи сослуживцам, переосмысливают значимость сложившейся ситуации и пути ее решения (Лучшева, 2022). Неадаптивный — это практически полный отказ от решения рутинных задач из чувства вины перед самим собой, уход от размышлений о причинах стресса и формирование негативного морально-психологического климата и состояния безысходности в воинском коллективе.

При проведении исследований чаще всего используется классификация Ричарда Лазаруса и Сьюзан Фолкман. По мнению Р. Лазаруса и С. Фолкмана, копинг-стратегии (совладающее поведение) понимаются как совокупность гибких, динамичных поведенческих и когнитивных усилий человека, цель которых — справиться с трудными, напрягающими, превосходящими имеющиеся ресурсы ситуациями (Прокофьева, 2020). Согласно их работам, существует восемь копингов:

1. Конфронтация. В данном случае человек активизирует свои ресурсы, и направляет их либо на отреагирование негативных эмоций, связанных с проблемой, либо на непосредственное изменение возникшей ситуации. Люди, с преобладанием данной стратегии, часто кажутся импульсивными, а порой даже агрессивными. При этом действия перестают иметь целенаправленный характер, и действуют по большей части на эмоциональную разрядку.

2. Дистанцирование. Одна из противоречивых стратегий, напрямую связанная с мотивацией к дальнейшим действиям. Данная стратегия предполагает субъективное снижение значимости и степени эмоциональной вовлеченности в проблему. В связи с этим уменьшается эмоциональная реакция на фрустрацию, однако также может снизиться уровень мотивации к решению проблемы.

3. Самоконтроль предполагает целенаправленное подавление своих эмоций на ситуацию. В данном случае человек ставит эмоциональное отреагирование на второй план, предпочитая сначала решить возникшую

ситуацию. При частом использовании данной стратегии, люди рискуют стать сверхконтролирующими, а также наиболее скрытными от окружающих.

4. Поиск социальной поддержки. Эмоциональное отношение к жизненным событиям в структуре личности формируется как результат отражения сознанием социальных отношений. (Ковалевская, 2019). Зачастую данный копинг выбирают люди, которые выраженно ориентированы на взаимодействие с другими. Для решения своих проблем, они прибегают к внешним социальным ресурсам. В случаях, когда такой копинг используется чрезмерно часто, могут возникать ситуации перекалывания ответственности и обвинения окружающих в возникновении проблемы.

5. Принятие ответственности. В данном случае, вариант адекватного использования данного копинга выглядит как стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Однако, в некоторых случаях можно наблюдать выраженную самокритику и самообвинение, что приводит к чрезмерному чувству вины и неудовлетворенностью собой.

6. Бегство-избегание. Модель поведения «Избегание» — стремление по возможности отдалиться от конфликтной ситуации, отложить решение проблемы, думать о чем-то другом, или отвлекаться на какие-то другие занятия активизируется при выраженной склонности субъекта к интроекции и квазирефлексии и наоборот, снижается при возрастании системной рефлексии (Биденко, 2021). Люди принимают пассивную роль в отношении решения ситуации, пытаются таким образом уменьшить эмоциональный дискомфорт. Отрицательная реакция на частое использование этого копинга заключается в невозможности разрешения проблемы, вероятности накопления трудностей, краткосрочном эффекте предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта.

7. Планирование решения проблемы. Люди с такой стратегией проводят глубокий анализ не только процесса возникновения проблемной ситуации, но и построение четкого плана решения проблемы. Они не избегают проблем, а решают их, принимают ответственность на себя, планируют последующие шаги по выходу из трудных ситуаций (Мельниченко, 2023). Обычно такая стратегия имеет высокую эффективность, но также существует вероятность чрезмерной рациональности, недостаточной эмоциональности, интуитивности и спонтанности в поведении.

8. Положительная переоценка. Данная стратегия помогает не только снизить уровень эмоционального напряжения по отношению к проблеме, но и построить план решения с наиболее позитивным исходом. При этом важно отметить, что люди, которые используют такую стратегию, могут переоценивать свои возможности. В таком случае их действия по решению проблемы будут невыполнимы или малоэффективны.

Исходя из характеристик копинг-стратегий, можно предположить, какие из них более эффективны в ситуациях локальных конфликтов, а какие в мирное время. Также можно предположить, что некоторые стратегии могут привести к ухудшению ситуации, если не соответствуют контексту, который несет в себе ситуация.

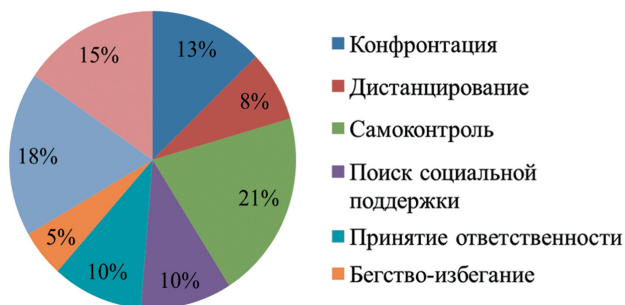
Для участников локальных военных конфликтов важен процесс адаптации к жизни в мирное время, что создает потребность в рассмотрении применяемых ими копинг-стратегий. Воин — это сильная личность, у которой есть понятная шкала ценностей и готовый ответ на возникающие проблемы, и вызовы (Хадацев А. А, 2020). В случаях, когда преобладают неадаптивные варианты копингов, человеку сложнее встроить новые правила в свою жизнь, переживать и решать проблемы. Такие варианты требуют не только своевременного обнаружения, но и соответствующей психологической коррекции.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе «Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн».

Для реализации поставленной цели были использован опросник «Способы совладающего поведения» (автор: Р. Лазарус, С. Фолкман; адаптация: НИПНИ).

Выборка исследования представлена пациентами больницы, проходящими лечения различных соматических заболеваний, ранее участвовавшие в локальных военных конфликтах. При исследовании учитывались пациенты мужского пола, возрастной категории от 45 до 60 лет в количестве 40 человек. При проведении исследования не учитывалось местоположение участия в локальном военном конфликте и его срок.

**Результаты исследования.** Исследование копинг-стратегий у участников локальных военных конфликтов позволило не только рассмотреть преобладающие способы поведения, но и выявить группы риска, требующие коррекции. Подробно результаты продемонстрированы на рисунке 1.



*Рис. 1. Показатели опросника «Способы совладающего поведения»*

Согласно полученным результатам, в большей степени у опрошенных преобладает копинг-стратегия «Самоконтроль» (8 человек). На втором месте по частоте встречаемости оказались «Планирование решения проблем» (7 человек) и «Положительная переоценка» (7 человек), набрав равный процент. Небольшое количество респондентов использует «Конфронтацию» (5 человек). Самой редкой оказалась копинг-стратегия «Бегство-избегание» (2 человека).

**Обсуждение результатов.** Таким образом, статистически преобладающим копингом является «Самоконтроль». Такое поведение включает в себя способность управлять своими эмоциями, импульсами и поведением. Он позволяет человеку выбирать, как реагировать на стрессовые ситуации, избегая деструктивных реакций или действий. У респондентов прослеживается снижение склонности к незапланированным действиям под давлением эмоций. Также высокоразвита способность — ставить перед собой цели и придерживаться их, несмотря на краткосрочные трудности. Развитие самоконтроля связано с высоким уровнем психологического благополучия, способностью к адаптации и уменьшением уровня тревожности. Люди с высоким уровнем самоконтроля чаще достигают своих целей и успешно справляются с жизненными трудностями.

«Планирование решения проблем» основывается на понимании того, что трудности можно преодолеть с помощью логического и структурированного подхода. Это включает в себя как выявление проблемы, так и формулирование возможных решений, оценку их последствий и выбор наилучшего варианта. Для «Положительной переоценки» стратегии характерно воспринимать стрессовые события как возможность роста и улучшения, а не только как источник страха или боли. Эта стратегия включает в себя осознанное изменение восприятия проблемы с акцентом на её положительные стороны или возможности для личностного роста.

«Конфронтация» в контексте копинга — это не агрессивное столкновение с проблемой, а скорее активное принятие вызова, стремление разобраться в ситуации. Эта стратегия может привести к более быстрому и эффективному решению конфликта или проблемы. Столкновение с проблемами помогает развиваться, использовать свои навыки и улучшать способность к резилентности. Также прямое обращение к проблеме может уменьшить неопределенность, что, в свою очередь, снижает уровень стресса. Однако, неправильный подход к конфронтации может привести к увеличению напряженности и ухудшению ситуации. Столкновение с проблемой может вызвать сильные эмоции, такие как гнев или страх, которые могут затруднить ситуацию. В некоторых случаях, конфронтация может быть неуместной или даже вредной. В таких случаях, если бывший участник локальных военных конфликтов не готов поменять стратегию, проблемная ситуация может только усугубиться. Такие состояния ригидности по отношению к смене со-владельческого поведения требуют специальной коррекции у психолога.



Что касается остальных стратегий поведения, то можно выделить «Поиск социальной поддержки» как ресурсный инструмент в мирное время. При необходимости проведения коррекции копинг-стратегий, можно сделать упор на его развитии и использовании.

**Вывод.** «Самоконтроль» является ключевым аспектом копинг-стратегий, который позволяет эффективно справляться со стрессом во время локальных военных конфликтов. Неудивительно, что у респондентов выражено преобладание данной стратегии. В мирное время, развитие этой способности может значительно улучшить качество жизни и способствовать психоэмоциональному благополучию.

То же самое касается «Планирования решения проблем». Это активная копинг-стратегия, направленная на выявление, анализ и устранение источников стресса через последовательное и методичное решение возникающих проблем. Эта стратегия подразумевает активное поведение, при котором человек ставит перед собой цель и разрабатывает конкретный план действий для достижения её. В рамках локальных военных конфликтов эта стратегия имеет большое распространение, так как является непосредственным инструментом действий участников. В мирное время, при нормальной адаптации, она позволяет построить планы на далёкое будущее.

«Положительная переоценка» — мощная копинг-стратегия, позволяющая справляться со стрессом и негативными эмоциями. Применяя её, люди могут не только облегчить свои переживания, но и получить новые знания и умения, что способствует психологическому и эмоциональному росту. Развитие этой стратегии может оказать значительное влияние на качество жизни и способствовать более положительному мировосприятию. Однако, в рамках локальных военных конфликтов, данная стратегия неуместна.

Копинг-стратегия «Конфронтации» является хорошим инструментом, который может быть эффективным в решении различных проблем и конфликтов. Однако важно помнить о возможности негативных последствий и подходить к этому методу с умом, выбирая правильный момент и способ взаимодействия.

Таким образом, различные копинг-стратегии имеют свои плюсы и минусы, зависящие от контекста проблемы и индивидуальных особенностей личности. При необходимости стратегии могут подлежать психологической коррекции.

### Список литературы

1. Абрамов В. А., Голоденко О. Н. Особенности экзистенциальной исполненности при посттравматических стрессовых состояниях у военнослужащих // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 1 (61). С. 50-58.
2. Балукова И. Б., Царь Р. П. Эмоционально-личностные особенности и совладающее поведение военнослужащих с опытом боевых действий // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2024. № 20. С. 54-67.

3. Биденко Р.А., Первозкина Ю.М. Связь рефлексии и стратегий совладающего поведения курсантов военного института войск национальной гвардии Российской Федерации // Военно-правовые и гуманитарные науки Сибири. 2021. № 2 (8). С. 152-160.
4. Ковалевская А.А. Эмоциональное отношение первокурсников к будущей профессии // Психологическая служба учреждений высшего образования: интеграция учащейся молодежи Республики Крым в социокультурное пространство РФ: коллективная монография/под общей редакцией С.В. Кучеренко. Ялта: РИО ГПА КФУ, 2019. С. 88-96.
5. Лучшева Л.М., Морозова О.А. Проблемы морально-психологического обеспечения повседневной деятельности военнослужащих с учетом копинг-стратегий курсантов военных вузов // Актуальные проблемы военно-научных исследований. 2022. № 1 (19). С. 318-324.
6. Мельниченко В.В. Особенности показателей адаптационных ресурсов у комбатантов-участников СВО // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С. 64-65.
7. Мельниченко В.В. Ресурсы адаптации к травматическим стрессорам у комбатантов — участников СВО // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С. 20-26.
8. Прокофьева В.А. Доминирующие копинг-стратегии и риски девиантного поведения курсантов военного института // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2020. № 3 (12). С. 66-71.
9. Хадарцев А.А., Стариков Н.Е., Грачев Р.В. Профессиональный стресс у военнослужащих (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2020. Т. 27, № 2. С. 74-82. DOI 10.24411/1609-2163-2020-16677
10. Яковлев Г.М. Копинг-поведение военнослужащих в разные периоды службы // Ярославский педагогический вестник. 2023. № 2 (131). С. 155-162. DOI: 10.20323/1813-145X\_2023\_2\_131\_155

УДК 614.2:364.42/.44

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЧЛЕНАМ СЕМЕЙ УЧАСТНИКОВ СВО НА БАЗЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН**

**М. А. Лисняк<sup>1</sup>, А. А. Одинец<sup>2</sup>, А. С. Шумилова<sup>2</sup>, В. И. Золотова<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*<sup>2</sup>Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье обсуждается проблема организации медико-психологической помощи членам семей участников специальной военной операции, изучен опыт подобной помощи в других регионах России. Проанализирована структура заболеваемости по фактам обращения за помощью в Центр медико-психологической помощи Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн. Установлено, что большинство диагнозов членам семей участников СВО было из рубрики «Невротические,

связанные со стрессом и соматоформные расстройства», что предусматривает не только медикаментозную терапию, но и интенсивное психотерапевтическое вмешательство. Обозначены пути решения проблемы в рамках имеющегося коечного фонда отделения и возможностей амбулаторного лечения.

**Ключевые слова:** члены семей участников специальной военной операции, военнослужащие, ветераны, специальная военная операция, медико-психологическая помощь, психотерапевтическое вмешательство, невротические расстройства

**Актуальность.** Участие страны в специальной военной операции оказало огромное влияние на современное российское общество, масштаб которого ещё предстоит оценить. Десятки тысяч людей оказались на поле боя, получили ранения различной степени тяжести, достаточно много военнослужащих погибло. Военные действия оказали серьезные влияния на психическое состояние их участников, даже если военнослужащий не получил физического повреждения, часто он возвращается с войны с посттравматическим стрессовым расстройством, которое оказывает негативное влияние на всю оставшуюся жизнь.

В переживания, связанные с военными действиями, оказываются, втянуты и члены семей военнослужащих. Родные и близкие участников специальной военной операции живут в постоянной тревоге и страхе за их жизнь. Родственники тех, кого демобилизовали из-за тяжелых ранений, также испытывают целую гамму негативных чувств, в частности непонимания как им дальше жить с тяжелым инвалидом. Отдельно следует выделить членов семей тех, кто погиб во время боевых действий, они часто безутешны в своем горе.

Безусловно, что государство разрабатывает специальные меры поддержки для ветеранов и членов их семей, и это не только материальная или социальная помощь. Так, психологическая служба МЧС России разработала новый образовательный проект для психологов, который будет реализовываться на базе Высшей школы экономики, что дает возможность сочетать инновационные технологии в обучении с академическим подходом и использования научно-исследовательской базы университета, доступ к электронным ресурсам и библиотекам НИУ ВШЭ и ЦЭПП МЧС России. В программу обучения войдут такие модули, как «Работа психолога с состояниями, возникшими вследствие травматического стресса»; «Оказание психологической помощи при острых стрессовых реакциях»; «Основные аспекты психологической помощи при проявлениях расстройства адаптации»; «Кризисное дистанционное консультирование»; «Психологическая помощь при переживаниях утраты»; «Психологическая помощь детям при хроническом и травматическом стрессе»; «Психологическая помощь при последствиях травматического стресса расширенный курс».

В Челябинской области на базе центра психологического сопровождения семьи «Смысл» организован проект «Ожиданием своим ты спаса меня», который направлен на психологическое сопровождение членов семей участников СВО. Подобные проекты существуют и в других регионах.

**Постановка проблемы.** В доступных информационных источниках предлагается психологическая помощь участникам СВО и членам их семей, но практически отсутствуют научные исследования о структуре психических нарушений, которые формируются у военнослужащих, а также членов их семей. Это очень важная информация, которая позволит планировать и оказывать целевое воздействие на данный контингент, понимать в каком направлении проводить психологическую коррекцию. В связи с этим была поставлена цель провести сравнительный анализ нозологий членов семей участников СВО, обратившихся за помощью в ЦМПП ККГВВ для получения медико-психологической помощи.

**Методы и материалы.** Было проанализировано количество обращений в Центр медико-психологической помощи (круглосуточный и дневной стационар) и распределение по нозологическим группам за 2023 год и первое полугодие 2024 года.

В анализ вошли следующие категории лиц:

- члены семей погибших участников СВО;
- члены семей участников СВО (родители, супруги, совершеннолетние дети).

**Результаты исследования.** С начала Специальной военной операции (СВО) Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн оказывает специализированную помощь участникам СВО различных категорий и членам их семей. Одним из специализированных отделений ККГВВ, оказывающих помощь, является Центр медико-психологической помощи (ранее ЦМПР — Центр медико-психологической реабилитации).

В соответствии с решением Правительственной комиссии по делам военнослужащих, уволенных в запас и членов их семей; с приказом Управления Здравоохранения краевой администрации № 183 от 06.10.1996 года; в 1997 г. при Краевом госпитале для ветеранов войн был создан Центр медико-психологической реабилитации (далее ЦМПР — Центр медико-психологической помощи) для участников боевых действий и вооруженных конфликтов, имеющий в структуре круглосуточный (20 коек), дневной стационары (30 коек) и амбулаторно-консультативный прием. Основной задачей, которого было и есть оказание специализированных видов медицинской помощи при ПТСР и других последствиях боевой психической травмы.

В 2023 году Красноярский краевой госпиталь для ветеранов начал свое сотрудничество с Фондом «Защитники Отечества» (далее — Фонд ЗО) для расширения возможностей оказания психологической,

психотерапевтической, а также специализированной медицинской помощи участникам СВО, членам их семей и родственникам погибших участников СВО. Появилась необходимость создания зеленого коридора в данной межведомственной системе, а также повышение уровня мотивации на лечение у лиц, нуждающихся в оказании медико-психологической помощи.

Основываясь на многолетнем опыте работы Центра медико-психологической помощи ККГВВ было предложено:

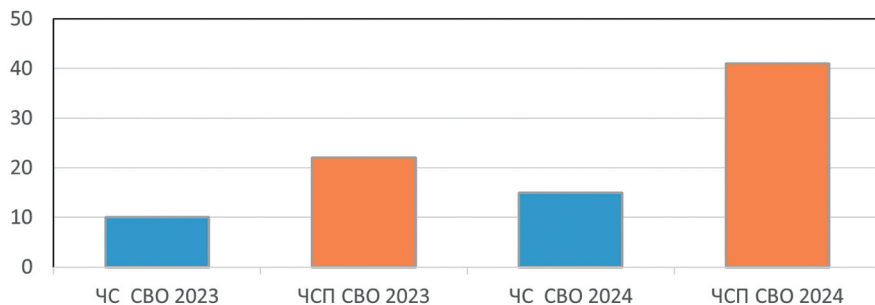
- организация кабинета медико-психологической помощи на базе ККГВВ в соответствии с Приказом Минздрава России от 14.10.2022 N 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
- введение должности клинического психолога (сотрудника ККГВВ), осуществляющего свою деятельность непосредственно в Красноярском филиале Фонда «Защитники Отечества» в формате кабинета медико-психологического консультирования;
- проведение ряда обучений специалистами ККГВВ для социальных координаторов Красноярского филиала Фонда «Защитники Отечества», а также других населенных пунктов Красноярского края в on-line формате в рамках обмена опытом;
- разработка, выпуск совместного информационно-мотивирующего буклета «Сильные духом, верные отечеству» для участников СВО и членов их семей, и последующее внедрение на местах в медицинских и социальных учреждениях края;
- внедрение и развитие современных психотерапевтических направлений на базе отделения ЦМПП
- обмен опытом и содействие в работе и исследованиях с кафедрой клинической психологии и педагогики с курсом ПО Красноярского медицинского университета и с факультетом психологии Иркутского государственного университета. На данный момент реализованы все вышеперечисленные задачи.

Анализ медицинской документации показал следующие данные по количеству пролеченных пациентов по категориям за 2023 г. и первое полугодие 2024 г.

*Таблица 1*

**Количество пациентов, получивших помощь  
в ЦМПП за 2023 и первое полугодие 2024 г.**

<b>Контингент</b>	<b>Кол-во за 2023 г.</b>	<b>Кол-во за первое полугодие 2024 г.</b>
Члены семей участников СВО (ЧС СВО)	10	15
Члены семей погибших СВО (ЧСП СВО)	22	41
Всего	32	56



**Рис. 1.** Динамика обращаемости членов семей участников СВО за помощью в ЦМПП

Из представленных результатов в таблице 2 заметно, что в структуре заболеваемости преобладают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 68,2%. Из них с диагнозом F43.2 Расстройство приспособительных реакций — 27,3%, F 43.0 — Острая реакция на стресс — 16%, F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство — 13,6%. Несколько реже устанавливался диагноз из группы аффективных расстройств, а именно депрессивный эпизод разной степени тяжести — 17,05%. Довольно большая группа пациентов (14,75%) имели диагноз из рубрики органические, включая симптоматические, психические расстройства.

Таблица 2

**Анализ по нозологическим группам в выборке выписных эпикризов ЦМПП (круглосуточный и дневной стационар) за 2023 г. и первое полугодие 2024 г.**

Наименование болезни	Код по МКБ-10 пересмотра	Всего пациентов
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F 32.0 (3 чел. — 3,5%) F 32.1 (11 чел. — 12,5%) F 32.2 (1 чел. — 1,15%)	15 (17,05%)
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	F41.2 (7 чел. — 8%) F43.0 (14 чел. — 16%) F43.1 (12 чел. — 13,6%) F43.2 (24 чел. — 27,3%) F45.0 (1 чел. — 1,15%) F48.0 (1 чел. — 1,15%) F48.8 (1 чел. — 1,15%)	60 (68,2%)
Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F06.6 (6 чел. — 8%) F06.8 (6 чел. — 6,8%) F 07.0 (1 чел. — 1,15%)	12 (13,6%) 1 (1,15%)
Всего		88 (100%)

Мы считаем, что такая картина обусловлена тем, что члены семей участников СВО обращаются в ЦМПП в последнюю очередь, когда психическое расстройство уже серьезно нарушает их жизнедеятельность, снижает трудоспособность. Большинство стараются справиться с эмоциональными расстройствами самостоятельно, избегают посещения специализированных учреждений из-за страха стигматизации. В итоге заболевание хронифицируется, утяжеляется симптоматика и, соответственно, сложнее становится лечение.

**Вывод.** Полученные результаты показывают, что обращаемость членов семей участников СВО за первое полугодие 2024 года превысила показатели обращаемости за 2023 год, вероятнее всего играет свою роль взаимодействие с Фондом «Защитники Отечества», который предоставляет информацию о возможности получить бесплатную высококвалифицированную помощь членам семей участников СВО.

Это свидетельствует о том, что модель межведомственного взаимодействия жизнеспособна и эффективна. Эта модель включает в себя Центр медико-психологической помощи ККГВВ, кабинет медико-психологической помощи ККГВВ, Фонд «Защитники Отечества». Возможно подключение других организаций, например, социальной защиты.

Развитие этой системы оказания медико-психологической помощи участникам СВО и членам их семей видится во внедрении комплексного подхода, когда в оказании помощи совместно участвуют специалисты различных профилей (врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, клинические психологи, социальные педагоги, социальные работники). Также следует использовать опыт других регионов и организовать горячую телефонную линию, или линию экстренной психологической помощи членам семей участников СВО. В Черкесске с августа 2024 года заработал Единый федеральный телеграм-чат медицинской психологической поддержки «КСВО. Разговор с психологом». В чате команда квалифицированных государственных медицинских психологов консультирует по разным тревожным состояниям участников СВО и членов их семей, а также мирное население приграничных территорий. Для того чтобы начать разговор с психологом, достаточно просто написать в чат в соответствующую рубрику. Информационную безопасность чата обеспечивает обязательная премодерация всех поступающих обращений, при этом общение в чате анонимное. Обратиться в чат может житель любого региона нашей страны, который находится в сложной жизненной ситуации. Участники чата получают рекомендацию от медицинского специалиста по своему фактическому состоянию или личную консультацию в режиме онлайн, не выходя из дома. В перспективе это может быть полезным взаимодействием, помогая правильно маршрутизировать пациентов для получения адекватной помощи.

Наибольшее количество пациентов заявленных льготных категорий соответствовали диагнозам из рубрики «Невротические, связанные

со стрессом и соматоформные расстройства», что требует усиленного внедрения и развития современных психотерапевтических направлений на базе отделения ЦМПП.

### Список литературы

1. Бундало Н. Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство: монография. Красноярск: КрасГМУ, 2009. 352 с.
2. Интернет-служба экстренной психологической помощи МЧС России: [сайт]. URL: <https://psi.mchs.gov.ru/press-centr/sobitia/4226553> (дата обращения: 06.10.2024).
3. Коминформ: [сайт]. URL: <https://komiinform.ru/news/271454> (дата обращения: 06.10.2024).
4. Центр «РАДОМИРА»: [сайт]. URL: <https://radomira.ru/besplatnaya-pomoshh-semyam-uchastnikov-svo> (дата обращения: 06.10.2024).
5. Центр «Возвращение»: [сайт]. URL: <https://voim.su/> (дата обращения: 06.10.2024).
6. О работе с участниками СВО и их семьями: опыт психологов/О. В. Защиринская [и др.] // Психологическая газета: [сайт]. 2023. URL: <https://dzen.ru/a/ZNTn9gR9h17Qj7qa> (дата обращения: 06.10.2024).
7. Аглиуллина А. Психологические приемы // Башинформ: [сайт]. 2023. URL: <https://www.bashinform.ru/news/social/2023-07-26/kak-rabotaet-programma-psihologicheskoy-reabilitatsii-dlya-uchastnikov-svo-i-ih-semey-v-bashkirii-3353411> (дата обращения: 06.10.2024).
8. РИА Карачасво-Черкесия: [сайт]. URL: <https://www.riakhr.ru/uchastniki-svo-i-ikh-semi-mogut-poluchit-besplatnuyu-psikhologicheskuyu-pomoshch-v-edinom-federalnom/> (дата обращения: 06.10.2024).

УДК 159.9.072

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

И. О. Логинова, П. Г. Шнякин

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены данные результатов исследования ценностного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам врачей-нейрохирургов и врачей-хирургов. Показано, что ценностное отношение к другому человеку безотносительно его различных социальных и клинико-психологических характеристик выступает показателем нравственного взаимодействия с другими. Выявлено в эмпирическом исследовании, что отношение к человеку как ценности характерно для обеих сравниваемых выборок (врачей-нейрохирургов и врачей-хирургов). Для нейрохирургов значимой является связь между Отношением к человеку как Ценности и Ответственностью к деятельности и Справедливостью, а для хирургов значимой является связь между Отношением к человеку как Ценности и Ответственностью к деятельности и Принципиальностью.



**Ключевые слова:** ценностное отношение, ВИЧ-инфицированные, нравственное взаимодействие

**Актуальность.** В современном российском обществе на протяжении нескольких десятилетий удерживается тенденция гуманизации отношений между людьми. Обществу нужен человек нравственный, обладающий добродетелями — положительными устойчивыми моральными качествами, способный к переоценке ценностей, к пересмотру их содержания в контексте происходящих в обществе социальных трансформаций, приобретая в этом процессе опыт нравственного взаимодействия с другими людьми (Майкова, 2019). Показателем такого опыта может выступать ценностное отношение к другому человеку безотносительно его различных социальных и клиничко-психологических характеристик.

Как обосновано М. С. Каганом, ценность есть отношение ...: «это специфическое отношение, которое связывает объект не с другим объектом, а с субъектом, как носителем личностных и культурных качеств» (Каган, 1997). Отношения, в свою очередь, определяют содержание деятельности человека, так как, деятельность, по утверждению В. С. Швырева, есть определенный тип отношений человека к миру, есть специфически человеческий способ отношения к миру (Швырев, 2005).

Считаем необходимым акцентировать внимание на том, что организация деятельности — это не только организация ее внутри пространства-времени, сколько определение ценностных ориентиров, обеспечивающих осуществление человека в процессе деятельности.

Врачебная деятельность основана на признании безусловной ценности человеческой жизни и здоровья (Омеличкин, 2023), в связи, с чем для профессии врача вопросы ценностного отношения к человеку, в целом, и конкретному пациенту, в частности, — чрезвычайно важны. Особенно ярко это проявляется в работе с особо уязвимыми группами населения, одной из которых выступают люди, страдающие от ВИЧ-инфекции, в условиях хирургической (контактной) деятельности.

Целью настоящего исследования стал сравнительный анализ ценностного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам врачей-нейрохирургов и врачей-хирургов.

Современное состояние проблемы и степень разработанности проблемы исследования

В настоящее время ВИЧ-инфекция затрагивает абсолютно все слои общества, от нее серьезно страдают также образованные и социально адаптированные (так называемые «благополучные») группы населения, то есть те, кто вносит самый большой вклад в экономическое и социальное развитие страны.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 2019 год составил 53,8 случаев на 100 тыс. населения [2]. Также напряженная

ситуация по ВИЧ-инфицированным в Сибирском федеральном округе (1734,4 на 100 тыс. населения), где имеется значительное количество эпидемических очагов ВИЧ-инфекции в регионе (Левахина и др., 2021). При этом, в России число ВИЧ инфицированных среди общего числа хирургических пациентов составляет 4 % (Стяжкина и др., 2020).

В этой связи в литературе неоднократно поднимался вопрос об отмене понятия «группа риска заражения ВИЧ» и об осуществлении прав и свобод гражданами, независимо от установленного диагноза, а также вопросы защищенности от различного рода дискриминации (Буняк, 2021). Все это, по мнению автора, позволяет людям с ВИЧ-положительным статусом справляться со своим положением более эффективно, поскольку в обществе уважают их чувство собственного достоинства, им доступно лечение, уход и поддержка, а их диагноз не стигматизирован. Следует помнить, что в любом случае, у ВИЧ-инфицированных меняется отношение к самим себе, происходит переосмысление жизни, а при несоблюдении в обществе нравственных ориентиров — разрушается вера в человеческие ценности (Буняк, 2021).

**Методы и материалы.** Нами было организовано эмпирическое исследование с использованием теста в Google-форме за период с 10 марта по 10 мая 2024 года. В анкетировании приняли участие 39 нейрохирургов. Среди нейрохирургов мужчин было 38 (97,4 %) и 1 женщина (2,6 %). Распределение по стажу было следующим: до трех лет — 12,8 %, от 3 до 5 лет — 7,7 %, 5-7 лет — 5,2 %, 7-10 лет — 12,8 %, 10-15 лет — 20,5 %, более 15 лет — 41 %. Таким образом, среди нейрохирургов большинство опрошенных имели стаж работы более 10 лет. Среди хирургов мужчин было 19 (70,4 %) и 8 женщин (29,6 %). Распределение по стажу было следующим: до трех лет — 0 %, от 3 до 5 лет — 7,4 %, 5-7 лет — 3,7 %, 7-10 лет — 14,8 %, 10-15 лет — 33,3 %, более 15 лет — 40,8 %. Таким образом, среди хирургов также большинство опрошенных имели стаж работы более 10 лет.

Статистический анализ и обработка материала выполнена с помощью программы STATISTICA (version 6.0). Нормальность распределения выборки определялась на основании критерия Шапиро — Уилка. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

В качестве материала выступили:

- 1) Опрос по опыту взаимодействия с ВИЧ-инфицированными пациентами в профессии;
- 2) Пословицы и поговорки, поскольку языковые формы позволяют отражать культурно-традиционную компетентность его носителей — субъектов культуры. Сортировка пословиц осуществлялась в диапазоне от «согласен» до «не согласен» по семи шкалам нравственных проявлений личности.

Такой подбор психологического инструментария позволил собрать информацию широкого спектра. Кроме того, пословицы, будучи художественным элементом культуры, содержат также эмоционально-образный

компонент, который позволяет затрагивать не только логическую, рациональную сторону нашего мышления, но и образно-символическую, вызывают эмоциональный ответ, что способствует более заинтересованному участию в анкетировании (Гринько, 2021).

**Результаты и их обсуждение.** Для реализации поставленных задач было проведено исследование, в ходе которого было выявлено различие между врачами-хирургами и врачами нейрохирургами по переменным «Пол» (женщин-хирургов в выборке достоверно больше, чем в выборке врачей-нейрохирургов) и «Увеличение времени операции» (у врачей-нейрохирургов достоверно больше).

*Таблица 1*

**Определение различий между качественными данными по группирующему признаку «Выборка (Нейрохирурги — 0; Хирурги — 1)»**

Переменные	$\chi^2$ (хи квадрат)	p-значение	Примененный критерий
Пол	9,791	0,0018	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Стаж	6,380	0,271	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Увеличение времени операции	9,254	0,026	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Эмоции в ожидании анализа	12,712	0,313	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Варианты защиты	3,375	0,337	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Сообщать пациенту о ВИЧ	0,048	0,976	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие
Выбор лечить (оперативно/консервативно)	0,251	0,617	Обычный критерий хи-квадрат
Обсуждение в семье страха заразиться	10,793	0,056	Критерий хи-квадрат с поправкой на правдоподобие

Таким образом, статистически значимые различия при уровне значимости  $p \leq 0,05$  имеются по переменным «Пол» и «Увеличение времени операции».

Увеличение времени операции спровоцировано страхом профессионального заражения и может негативно влиять на качество работы сотрудников медицинских учреждений и формировать на эмоционально-психологическом уровне позицию «бей-беги», защиту путем стигматизации или ухода (Лисаускене, 2017). Отсюда и стремление врачей вести пациента консервативно (значимых различий не выявлено в анализируемых выборках) (Кузнецов и др., 2021).

Таблица 2

**Определение парной корреляции между количественными данными ненормально распределенных (Нейрохирурги)**

	Терпимость	Принципиальность	Справедливость	Правдивость	Ответственность к деятельности	Ответственность по отношению к пациенту	Отношение к человеку как Ценности
Терпимость	-						
Принципиальность	-0,280	-					
Справедливость	0,151	0,034	-				
Правдивость	0,168	0,117	0,042	-			
Ответственность к деятельности	0,046	-0,217	<b>0,389</b>	0,092	-		
Ответственность по отношению к пациенту	-0,061	-0,083	<b>0,458</b>	0,053	<b>0,393</b>	-	
Отношение к человеку как Ценности	-0,175	-0,129	<b>0,347</b>	-0,101	<b>0,357</b>	0,643	-

Таблица 3

**Определение уровня значимости критерия парной корреляции между количественными данными ненормально распределенных (Нейрохирурги)**

	Терпимость	Принципиальность	Справедливость	Правдивость	Ответственность к деятельности	Ответственность по отношению к пациенту	Отношение к человеку как Ценности
Терпимость	-						
Принципиальность	0,084	-					
Справедливость	0,359	0,839	-				
Правдивость	0,306	0,478	0,798	-			
Ответственность к деятельности	0,782	0,184	<b>0,014</b>	0,576	-		
Ответственность по отношению к пациенту	0,713	0,615	<b>0,003</b>	0,746	<b>0,013</b>	-	
Отношение к человеку как Ценности	0,287	0,433	<b>0,031</b>	0,540	<b>0,026</b>	0,643	-

Таким образом, на выборке врачей-нейрохирургов имеются статистически значимые коэффициенты корреляции при уровне значимости  $p \leq 0,05$ :

- «Ответственность к деятельности — Справедливость»,
- «Ответственность по отношению к пациенту — Справедливость»,
- «Ответственность по отношению к пациенту — Ответственность к деятельности»,
- «Отношение к человеку как Ценности — Справедливость»,
- «Отношение к человеку как Ценности — Ответственность к деятельности».

Таблица 4

**Определение парной корреляции между количественными данными ненормально распределенных (Хирурги)**

	Терпимость	Принципиальность	Справедливость	Правдивость	Ответственность к деятельности	Ответственность по отношению к пациенту	Отношение к человеку как Ценности
Терпимость	-						
Принципиальность	-0,190	-					
Справедливость	0,071	0,259	-				
Правдивость	0,080	0,212	0,349	-			
Ответственность к деятельности	0,119	0,057	0,076	0,022	-		
Ответственность по отношению к пациенту	-0,095	0,377	<b>0,482</b>	0,172	0,083	-	
Отношение к человеку как Ценности	-0,106	<b>0,406</b>	0,229	-0,049	<b>0,393</b>	0,321	-

**Определение уровня значимости критерия парной корреляции  
между количественными данными ненормально распределенных  
(Хирурги)**

	Терпимость	Принципиальность	Справедливость	Правдивость	Ответственность к деятельности	Ответственность по отношению к пациенту	Отношение к человеку как Ценности
Терпимость	-						
Принципиальность	0,344	-					
Справедливость	0,726	0,192	-				
Правдивость	0,692	0,288	0,074	-			
Ответственность к деятельности	0,554	0,778	0,708	0,912	-		
Ответственность по отношению к пациенту	0,639	0,053	<b>0,011</b>	0,392	0,681	-	
Отношение к человеку как Ценности	0,600	<b>0,036</b>	0,250	0,808	<b>0,043</b>	0,102	-

Таким образом, на выборке врачей-хирургов имеются статистически значимые коэффициенты корреляции при уровне значимости  $p \leq 0,05$ :

- «Ответственность по отношению к пациенту — Справедливость»,
- «Отношение к человеку как Ценности — Принципиальность»,
- «Отношение к человеку как Ценности — Ответственность к деятельности».

В ряде проводимых исследованиях установлено, что студенты-медики не осуждают ВИЧ-инфицированных людей, однако они испытывают страх заражения, что приводит к отказу от помощи ВИЧ-положительным пациентам. При этом студенты обладают развитым чувством эмпатии и достаточно высоким уровнем профессиональной коммуникативной толерантности, что является важным фактором успешности в их будущей профессиональной деятельности. Отношение к оказанию медицинской помощи ВИЧ-больным также довольно неблагоприятное (Хрянин и др., 2019).

Котова М. В (2024) ссылаясь на работу «Природа предубеждения» Г. Оллпорта, указывает, что только каждый десятый пишет о негативном отношении к другим как о должном, без сожаления. Большинство же так или иначе переживает «внутренний конфликт» между наличием

негативных чувств к представителям иной группы и пониманием, что это неприемлемо с точки зрения ценностей (например, ценностей профессиональной деятельности).

**Вывод.** Вопросы ценностного отношения в работе с особо уязвимыми группами населения, одной из которых выступают люди, страдающие от ВИЧ-инфекции, в условиях хирургической (контактной) деятельности являются важными в профессиональной деятельности врачей хирургического профиля.

На основании проведенного опроса мы выявили специфику ценностного отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам врачей-нейрохирургов и врачей-хирургов. Для нейрохирургов значимой является связь между Отношением к человеку как Ценности и Ответственностью к деятельности и Справедливостью, а для хирургов значимой является связь между Отношением к человеку как Ценности и Ответственностью к деятельности и Принципиальностью.

### Список литературы

1. Буняк Д. В. Действие принципа недискриминации в отношении лиц с ВИЧ-положительным статусом при законодательном закреплении и реализации ими права на свободу передвижения и права на труд (сравнительно-правовое исследование) // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки. 2021. Т. 5, № 1. С. 730-87. DOI: 10.21 603/2542-1840-2021-5-1-73-87
2. Эпидемия ВИЧ в России в 2019 году // ВИЧ, СПИД, ЗППП: [сайт]. URL: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/vich-v-rossii-2019.html> (дата обращения: 18.04.2020).
3. Гринько Е. Н. Ценностные аспекты в культуре личности студента медицинского вуза (лингвокультурологический аспект) // Человек. Культура. Образование. 2021. № 2 (40). С. 73-86.
4. Каган М. С. Философская теория ценности. Санкт-Петербург: Петрополис, 1997. 205 с.
5. Котова М. В. Трансформация предубеждения в неявные формы как индикатор его функций в межгрупповых отношениях // Социальная психология и общество. 2024. Т. 15, № 1. С. 57-75. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2024150104>
6. Кузнецов К. С., Дондокова Б. Б. риск профессионального заражения как фактор стигматизации ВИЧ-инфицированных в деятельности медицинских работников // Известия Российской военно-медицинской академии, 2021. Т. 40, № S 1-3. С. 173-176.
7. Эпидемиологические проявления ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе в 2016-2020 гг. /Л. И. Левахина, О. А. Пасечник, А. Т. Тюменцев, И. В. Сергеева // Национальные приоритеты России. 2021. № 3 (42). С. 62-66.
8. Лисаускене М. В., Плотникова Ю. К., Ракова Ю. Н. Социологический анализ отношения различных категорий медицинского персонала городских лечебных учреждений к ВИЧ инфицированным пациентам // Социология медицины. 2017. № 16 (1). С. 56-61.
9. Майкова В. П., Молчан Э. М. Формирование духовно-нравственных ценностей личности в контексте диалогического взаимодействия // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2019. № 3. С. 120-127.

10. Омеличкин О.В. Модели нравственного поведения в здравоохранении // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2023. Т. 4, № 1. С. 13-24.
11. Стяжкина С.Н., Акбашева Я.А., Суворова Е.В. Частота встречаемости ВИЧ-инфекции у пациентов хирургического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» 2019-2020 гг. // Столица науки. 2020. № 4 (21). С. 123-127.
12. Отношение студентов-медиков к ВИЧ инфицированным: страх или помощь? / А.А. Хрянин, О.В. Решетников, Т.А. Шпикс [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 2019. № 95 (4). С. 40-47. DOI: 10.25 208/0042-4609-2019-95-4-40-47
13. Швырев В.С. Деятельностный подход к пониманию «феномен человека»: Попытка современного осмысления // Наука глазами гуманитария. Москва: Прогресс-Традиция, 2005. С. 345-383.

УДК 159.9

## ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Е. В. Наконечная

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается содержание понятия «социально-психологический климат коллектива», уделяется внимание факторам, обуславливающим благоприятный социально-психологический климат в трудовом коллективе. Анализируется роль управленческих компетенций руководителя в формировании социально-психологического климата. Проведено исследование с целью изучения управленческих компетенции руководителей, влияющих на социально-психологический климат производственных коллективов. Определены управленческие компетенции, детерминирующие благоприятный социально-психологический климат в трудовом коллективе.

**Ключевые слова:** социально-психологический климат, компоненты социально-психологического климата, управленческие компетенции, производственный коллектив

**Актуальность.** Важнейшая особенность социально-психологического климата состоит в том, что он дает обобщенную, интегральную характеристику психологического состояния всех проявлений жизни коллектива, так как объединяет в себе взаимодействие всего многообразия социальных, групповых и личностных факторов как условий трудовой деятельности (Терсакова, 2020).



От социально-психологического климата в коллективе, его специфики во многом зависит не только эффективность совместной деятельности, отношение сотрудников к своей работе, но и их удовлетворенность взаимоотношениями в коллективе, удовлетворенность трудом, общее психологическое состояние, работоспособность.

А.С. Чернышов отмечает, что социально-психологический климат коллектива всегда характеризуется специфической для совместной деятельности людей атмосферой психического и эмоционального состояния каждого его участника, и, несомненно, зависит от общего состояния окружающих его людей (Чернышов, 2001).

Благоприятный социально-психологический климат оказывает существенное влияние на работу коллектива, на само его формирование, на продукты его деятельности и отношений с другими группами, организациями и обществом в целом (Ильченко, 2019).

Положительный социально-психологический климат оказывает непосредственное влияние на самочувствие членов коллектива, на выработку, принятие и осуществление совместных решений. Он проявляется в трудовой мотивации, общении работников, их межличностных и групповых связях (Попова, 2015).

Таким образом, в условиях благоприятного социально-психологического климата складывается положительный эмоционально-психологический настрой сотрудников, психологически комфортная атмосфера, качественная коммуникация. Как следствие благоприятный социально-психологический климат оказывает существенное влияние на общий уровень психологического здоровья каждого сотрудника.

В связи с этим организации необходимо стремиться к установлению позитивного, гармоничного, благоприятного социально-психологического климата в трудовом коллективе.

На социально-психологическую обстановку в коллективе влияют много различных факторов. К ним относят: удовлетворённость условиями труда, отношения к сотрудникам организации, корпоративная политика, организация совместной деятельности, психологическая совместимость (Клименко, 2019). В том числе среди таких факторов отмечаются стиль управления коллективом и личностные особенности руководителя (Савинков, Мудрова, 2024).

В рамках нашего исследования в качестве фактора, обуславливающего социально-психологический климат коллектива, рассматриваются управленческие компетенции руководителя.

Л.А. Захарченко, Г.Б. Медведева определяют управленческую компетентность как личностное профессиональное качество, интегрирующее профессиональные и управленческие знания, умения, навыки и развитые на их основе способности, реализуемые в профессиональной деятельности, позволяющие действовать самостоятельно и эффективно (Захарченко, Медведева, 2012).

Управленческие компетенции руководителя играют важную роль в формировании благоприятного психологического климата в коллективе. Они способствуют созданию условий для комфортного взаимодействия сотрудников, стимулируют профессиональный и личностный рост, а также предупреждают конфликты и негативные ситуации. Какой бы ни была структура организации или специфика ее деятельности, эффективное управление персоналом играет решающую роль в создании комфортной и продуктивной рабочей обстановки (Шкердина, 2018).

Цель исследования — изучение управленческих компетенции руководителей, обуславливающих на социально-психологический климат производственных коллективов.

Материалы и методы. В исследование приняли участие руководители и сотрудники трех структурных подразделений: отдела маркетинга и продаж, хозяйственного отдела и отдела медицинского обслуживания. Для оценки социально-психологического климата и его компонентов были применены методики: «Карта-схема общей оценки психологического климата» (Лутошкин А. И.), экспресс-методика по изучению социально-психологического климата в коллективе (Михалюк О. С., Шалыто А. Ю.). Для определения управленческих компетенции руководителей, а также особенностей межличностных отношений руководителя с подчинёнными были проведены методики: «Опросник межличностных отношений» (Руковишников А. А.), методика «Анализ своих ограничений» (Вудкок М., Фрэнсис Д.).

**Результаты исследования.** Анализ результатов диагностики социально-психологического климата в трёх отделах показал следующее:

1) в отделе по маркетингу и продажам выявлен благоприятный социально-психологический климат, показатели по всем трём компонентам расположены в диапазоне высоких значений;

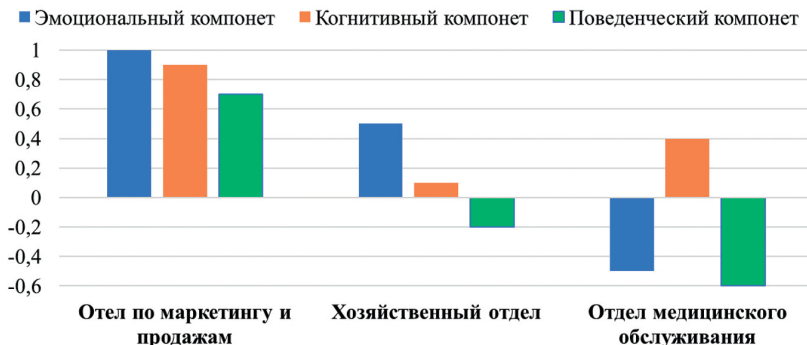
2) в хозяйственном отделе социально-психологический климат благоприятный, но неустойчивый, показатели по эмоциональному компоненту находится в диапазоне высоких значений, по когнитивному и поведенческому компонентам несколько снижены;

3) в отделе медицинского обслуживания выявлен неблагоприятный социально-психологический климат, также отмечаются низкие показатели по эмоциональному и поведенческому компонентам.

На рисунке 1 представлены данные по результатам оценки компонентов социально-психологического климата.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что в отделе по продажам и в хозяйственном отделе межличностное общение базируются на взаимопонимании и сплочённости, сотрудниками осведомлены об индивидуально-личностных, профессиональных и деловых особенностях своих коллег, им свойственно желание работать в данном коллективе, общаться с коллегами. Напротив, в отделе медицинского обслуживания

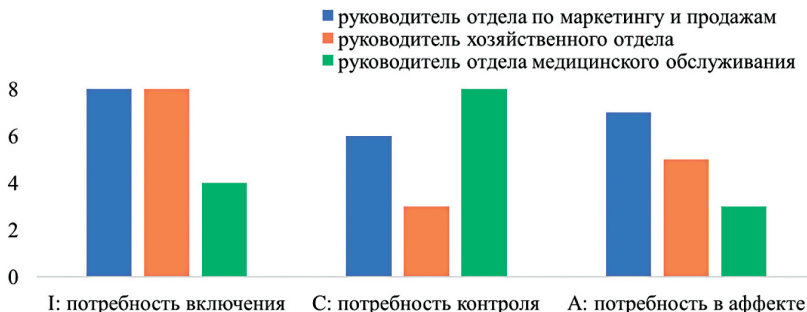
отсутствует удовлетворенность общением с коллегами, возможны конфликтные ситуации и несогласованность действий, а также нежелание сотрудников работать в данном коллективе. Несмотря на это сотрудники знают индивидуально-личностные, профессиональные и деловые особенности присущие их коллегам.



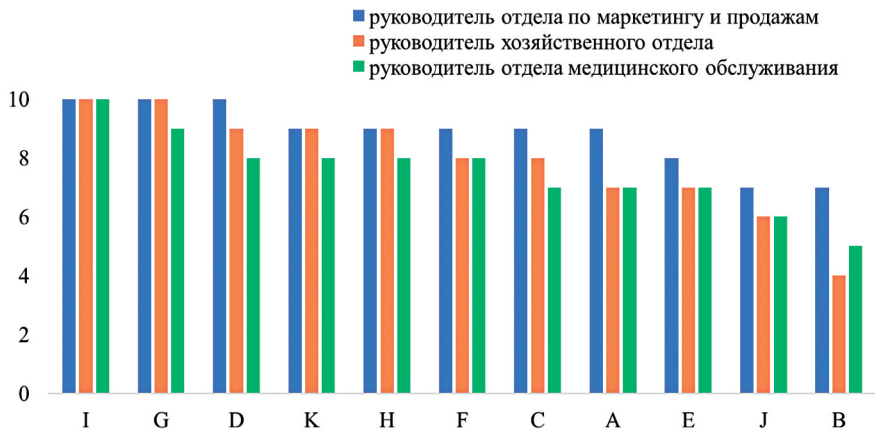
*Рис. 1. Распределение оценок компонентов социально-психологического климата*

Таким образом, для последующего сравнительного анализа обозначенные производственные коллективы образовали три группы, дифференцированные по преобладающему типу социально-психологического климата: благоприятный, устойчивый; благоприятный, неустойчивый; неблагоприятный.

На втором этапе исследования были выявлены управленческие компетенции и преобладающие потребности в межличностных отношениях руководителей данных отделов. Результаты диагностики представлены на рисунках 2 и 3.



*Рис. 2. Распределение оценок потребностей межличностных отношений руководителей*



*Рис. 3. Компетентностные профили руководителей разных отделов*

*Примечание: I — способность руководить; G — умение влиять на окружающих; D — продолжающееся саморазвитие; K — умение наладить групповую работу; H — понимание особенностей управленческого труда; F — творческий подход; C — четкие личные ценности; A — способность управлять собой; E — хорошие навыки решения проблем; J — умение обучать; B — четкие ценности.*

Охарактеризуем управленческие компетенции, которые проявляет руководитель отдела по маркетингу и продажам: он открыт и восприимчив к новым ситуациям и возможностям; может обеспечивать участие и помощь со стороны окружающих, влиять на их решения; способен добиваться результата от работы подчиненных. С другой стороны отметим те управленческие компетенции, которые составляют ограничения: неопределенность личных ценностей и их несоответствие условиям современной деловой жизни; необходимы навыки стратегического планирования и навыки обучать других, развивать и расширять свои возможности.

Также у руководителя отдела по маркетингу и продажам выражена потребность быть принятым в группе, он склонен устанавливать эмоциональные связи с подчиненными, заинтересован в том, чтобы сотрудники привлекали его к участию в их деятельности. Данный руководитель за все берет на себя ответственность, ведущую роль, не позволяет другим контролировать его, но может колебаться при принятии решений. Сотрудники в таком коллективе способны работать самостоятельно и творчески, так как руководитель выполняет функцию лидера, указывающего направление движения и поощряющего подчиненных к эффективной работе.

Анализируя компетентностный профиль руководителя хозяйственного отдела отметим те аспекты, в которых не возникает затруднений: он способен добиваться результата и обеспечивать участие и помощь со стороны окружающих, влияет на их решения; понимает мотивацию

работников, ориентируется на современные представления о роли руководителя. К управленческим компетенциям, которые у данного руководителя составляют ограничения отнесены: неопределенность личных ценностей и их несоответствие условиям современной деловой жизни; необходимы навыки обучения других; способность генерировать и применять новые идеи.

Руководитель хозяйственного отдела способен определить и задать ведущий вектор в работе подчиненных. При этом ему важно быть принятым и вовлеченным в совместную деятельность с сотрудниками, он склонен устанавливать эмоциональные отношения с подчиненными, но контроль над собой не приемлет, хотя может проявлять зависимость от мнения других. Он может советоваться с подчиненными и делегировать контроль некоторых этапов работы и не спешит принимать на себя ответственность за решения и их последствия. Прослеживается тенденция избегания ответственности. В следствие чего возможны появления неформальных лидеров в данном коллективе. Так же руководитель склонен принимать популярные, всем известные решения, так как генерация и внедрение новых идей вызывает затруднения.

Охарактеризуем управленческие компетенции, которые проявляет руководитель отдела медицинского обслуживания: навыки обучать, помогать другим; четкие цели в деловой жизни, цели совместимы с условиями работы и жизни; способность добиваться результата от работы подчиненных. Перечислим компетенции, которые составляют ограничения у данного руководителя: способность генерировать и воплощать новые идеи; способность формировать коллектив, содействовать развитию и повышению эффективности рабочих групп; умение управлять собой, в полной мере использовать свое время, энергию, умения; способность справляться со стрессами и негативными эмоциями.

Таким образом, руководителя отдела медицинского обслуживания можно охарактеризовать как консервативного, не готового к переменам. Он полностью за все берёт ответственность на себя, а решения принимает быстро без обсуждения с подчиненными. Сотрудники выступают только в роли исполнителей. В таком коллективе зона ответственности у подчиненных очень узкая, и руководителю приходится многое контролировать самому. Данный руководитель умеет хорошо преподносить информацию и обучать, но неспособен в полной мере контролировать свое эмоциональное состояние, что приводит к конфликтным ситуациям с подчиненными. Так же прослеживается отсутствие навыков или желания формировать сплоченный рабочий коллектив. Преимущественно данный руководитель ориентирован на общение с малым количеством людей и не ориентирован на поиски контактов. Склонен проявлять осторожность при установлении эмоциональных отношений. Не приемлет контроля над собой, но сам стремится контролировать и влиять на окружающих.

Таким образом, сопоставляя описанные выше управленческие стратегии, присущие руководителям данных производственных коллективов, был выявлен комплекс управленческих компетенции, обуславливающих благоприятный и неблагоприятный социально-психологический климат.

**Вывод.** Резюмируя результаты исследования, отметим некоторые закономерности. В том случае если руководитель обладает такими управленческими компетенциями как: продолжающееся саморазвитие, умение влиять на окружающих, способность руководить, понимание особенностей управленческого труда, навыки эффективного общения, в трудовом коллективе превалирует благоприятный социально-психологический климат.

В противовес дефицит или отсутствие таких управленческих компетенций как: умение управлять собой, творческий подход в решении рабочих задач, умение влиять на окружающих, эффективное делегирование рабочих задач, умение наладить групповую работу, приводит к неблагоприятному социально-психологическому климату в трудовом коллективе. В частности, снижаются показатели по эмоциональному и поведенческому компонентам социально-психологического климата.

Для успешного управления, руководителю необходимо владеть определёнными управленческими компетенциями, которые играют важную роль в формировании благоприятного социально-психологического климата в коллективе.

### Список литературы

1. Захарченко Л. А., Медведева Г. Б. Формирование и развитие профессиональных компетенций управленца-менеджера в системе вузовской и послевузовской подготовки // Вестник Брестского государственного технического университета. 2012. № 6. С. 61-64.
2. Ильченко С. В., Дозорова И. О. К вопросу о создании благоприятного социально-психологического климата организации // Вестник экспериментального образования. 2019. № 4 (21). С. 10-18.
3. Клименко С. С. Факторы формирования психологического климата в коллективе // Молодой ученый. 2019. № 48 (286). С. 451-453.
4. Попова Л. Г. Социально-психологический климат как фактор эффективной деятельности организации // Евразийский Союз Ученых. 2015. № 5-2 (14). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskij-klimat-kak-faktor-effektivnoy-deyatelnosti-organizatsii> (дата обращения: 07.07.2024).
5. Савинков С. Н., Мудрова И. О. Исследование влияния стиля руководства на социально-психологический климат в производственном коллективе // Психолог. 2024. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-vliyaniya-stilya-rukovodstva-na-sotsialnopsihologicheskij-klimat-v-proizvodstvennom-kollektive> (дата обращения: 09.08.2024).
6. Терсакова А. А., Гичкина М. А. Анализ психологических и социологических подходов к определению сущности понятия социально-психологический климат // Теория и практика современной науки. 2020. № 11 (65). С. 163-167.
7. Чернышов А. С., Крикунов А. С. Социально-психологические основы организованности коллектива. Воронеж: Издательство ВГУ, 2001. 164 с.
8. Шкердина А. А. Значение роли руководителя в формировании благоприятного социально-психологического климата коллектива // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 60-3. С. 402-404.

## ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ЖЕНЩИНАМИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

А. Г. Никитина, Л. С. Гавриленко

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Проблема сексуального насилия над женщинами малоизучена и табуирована в российском обществе, даже несмотря на то, что насилие в отношении женщин является достаточно распространенным феноменом как в России, так и во всем мире. Сексуальное насилие как никакой другой вид преступления и никакой другой вид травматического стрессора включает в себя сложнейшие переплетения культурных, социальных и моральных норм и представлений, которые могут оказаться существенными факторами тяжести и долговременности как физических, так и психологических последствий для потерпевших. Хотя сексуальное насилие может быть направлено не только против женщин, но и против мужчин, детей, основное внимание в этой работе будет уделено психологическим последствиям сексуального насилия над женщинами. Исходя из этого, целью статьи явилось теоретическое изучение, обобщение и описание психологических последствий травматического опыта сексуального насилия над женщинами. В результате проведенного анализа становится понятным, что изнасилование крайне негативно сказывается на качестве жизни женщин, на отношении женщины к себе, к другим людям, а также оно влечет высокий риск развития психических расстройств. Следовательно, в силу недостаточности теоретического и эмпирического базиса проблемы последствий сексуального насилия над женщинами дальнейшее изучение данной проблемы приобретает особую актуальность и значимость.

**Ключевые слова:** сексуальное насилие над женщинами, психологические последствия, изнасилование, здоровье женщины

**Актуальность.** Проблема сексуального насилия и его последствий возникла несколько веков назад, но научные исследования по этой проблеме стали проводиться только в 70-х годах двадцатого столетия в США, а после в Европе. В России в эти годы эта проблема не была широко обсуждаемой и исследуемой. Она начала набирать популярность и распространённость с появлением первых научных монографий только в 90-е годы XX века.

Сексуальное насилие, домогательства — это то, что может произойти в жизни любой женщины в любом возрасте во всем мире. Мужчины тоже этому подвергаются, но из-за гендерного неравенства эта проблема более распространена среди женщин.

Данные ВОЗ подчеркивают, что около 35,6 % женщин подвергались тем или иным формам сексуального насилия, из них менее 40 % обращаются за помощью и менее 10 % — в правоохранительные органы. При этом распространенность этого явления во всем мире оценивается по-разному.

Так, например, результаты национального опроса в Италии, проведенного Национальным институтом Статистики, показали, что в выборке из 24 000 женщин в возрасте 18-70 лет, 21 % женщин стали жертвами сексуального насилия, а 5,4 % — наиболее серьезных форм сексуального насилия, таких как изнасилование и попытка изнасилования. Количество жертв сексуального насилия среди женщин, согласно эпидемиологическим исследованиям психиатров США, составляет 13 %. По данным Южноафриканского совета медицинских исследований, в 2020 году каждый четвертый мужчина признался в совершении изнасилования. Что касается России, имеются данные Главного информационно-аналитического центра Министерства внутренних дел Российской Федерации, по которым за 2023 год правоохранительными органами раскрыто 997 689 преступлений, из них 0,3 % — изнасилование и покушение на изнасилование, однако широких массовых опросов или официальных исследований, выявляющих количество и характеристики пострадавших от сексуального насилия в России, не проводилось, а это в значительной степени подтверждает актуальность темы.

Важно понимать, что получить точные статистические данные, касающиеся сексуального насилия, крайне сложно. Самая большая трудность заключается в том, что большинство жертв сексуального насилия не сообщают об этом. Существует множество возможных причин для такого решения: смущение, позор, страх возмездия со стороны насильника, страх реакции семьи и другие.

Постановка проблемы. Юридические определения и методы обнаружения изнасилований различаются по всему миру, что тоже влияет на статистику. Несмотря на все эти различия, тем не менее, понятно, что сексуальное насилие является серьезной проблемой во всем мире, и эта психотравма остается не до конца изученной, особенно в России.

### **Методы и материалы.**

Цель исследования — теоретическое изучение психологических последствий травматического опыта у женщин-жертв сексуального насилия.

### **Задачи исследования:**

- 1) рассмотреть сущность понятия «сексуальное насилие»;
- 2) на основе изучения отечественных и зарубежных источников выявить психологические последствия травматического опыта женщин-жертв сексуального насилия;
- 3) проанализировать психологические последствия сексуального насилия в отношении женщин.



**Результаты исследования и их обсуждение.** Всемирная организация здравоохранения определяет сексуальное насилие как «любой сексуальный акт или попытку его совершить; нежелательные сексуальные замечания или заигрывания; любые действия против сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но, не ограничиваясь ими» (ВОЗ, 2003).

Важным элементом определения сексуального насилия является использование принуждения, которое может быть разным по степени применения силы. Помимо физической силы человек, совершающий насилие, может использовать психологическое запугивание, шантаж, угрозу.

Изучению проблемы сексуального насилия посвящены работы отечественных и зарубежных авторов: В.П. Голубева, Ю.Н. Кудрякова, К.К. Горяинова, Н.В. Дворянчикова, А. Tavassoli, S. Soltani, S.M. Jamali, I. Denis, M.-J. Brennstuhl, C. Tarquinio, E. R. Dworkin и др.

Отечественных авторов, изучающих сексуальное насилие, меньше, чем зарубежных, так как в нашей стране данная проблема мало изучена. На наш взгляд, это связано, в первую очередь, с историческим фактором. Надо сказать, что до середины XIX века женщин не ставили наравне с мужчинами (женщины не имели даже паспортов). Активная борьба женщин за равные права началась только после середины XIX века.

Также, по нашему мнению, на недостаточность внимания к данной проблеме повлияло подавление феминистского движения советской властью. Вся женская активность стала возможной только в рамках направлений, заданных государством. В советской власти на первый план выходило восприятие женщин не как самостоятельных субъектов, а как объектов государственного воздействия, воспитания и заботы. К тому же, все женские организации были запрещены декретами большевиков в начале 1918 года. Советские феминистки подвергались преследованиям со стороны КГБ. Макеты, журналы изымались, многим участницам феминистского движения угрожали отнять детей, принуждали эмигрировать. Советская власть рассматривала феминистскую идеологию как противоречащую целям классовой борьбы и приписывала себе «дарование женщинам всей полноты гражданских прав» — поэтому, как отмечают некоторые исследователи, имена российских феминисток, их идеи и сведения об их деятельности были исключены из советской историографии. В 1930-е годы государство вновь ужесточило брачное законодательство, запретило аборт, вернулось к жёсткому регулированию сексуального поведения. «Женский вопрос», как было объявлено Сталиным, стал «решенным» в России. Казалось бы, XX век, но женщины так и не достигли полной свободы и равноправия, чего уж говорить, проблема сексуального насилия тоже осталась замолчанной.

На наш взгляд, распад СССР привел к еще большему распространению проблемы сексуального насилия. Так как женщин особенно затронули общественные проблемы: в условиях глубокого экономического и социального кризиса женщины первыми исключались из рынка труда, многие становились зависимыми от мужей, которые позволяли себе прибегать к насилию. Вопрос нестабильности женщин был не решен к этому времени, а распад СССР, в том числе по этой причине, усугубил данную проблему.

Итак, исторический фактор в значительной степени повлиял на проблему сексуального насилия. Женщин длительное время ущемляли в правах, о них практически никогда не говорили, поэтому их проблемы, в том числе проблема изнасилования, на протяжении длительного времени оставалась неизученной.

Анализ зарубежного опыта изучения психологических последствий сексуального насилия показывает, что в большинстве случаев у пострадавших можно диагностировать посттравматическое стрессовое расстройство.

Первое описание специфической психологической симптоматики, вызванной сексуальным насилием, было представлено Берджессом и Холмстромом в 1974. Исследователи наблюдали за 146 женщинами, поступившими в отделение неотложной помощи городской больницы в качестве жертв изнасилования. Основываясь на анализе 92 взрослых женщин из выборки, авторы описали существование травматического синдрома изнасилования и обозначили его особенности (Невярович, 2004).

Исследователи пришли к выводу, что травматический синдром изнасилования имеет две фазы:

1. *Начальная острая фаза*, которая может длиться от нескольких дней до 3 недель и характеризуется психической дезорганизацией, при которой преобладающим симптомом является страх. В этой фазе женщины испытывают чувство шока и неверия в то, что произошло, растерянность, перепады настроения, отвращение, унижение, стыд, самообвинение, беспомощность, желание забыть и неспособность говорить и описывать насилие. На этапе перестройки, который может быть как адаптивным, так и дезадаптивным, женщины испытывают чувство утраты безопасности, независимости или автономии, уверенности в себе и самоуважения;

2. *Фаза психической реорганизации*, которая может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. В этой фазе женщина пытается вернуть чувство контроля над внешним миром. Реакции на этом этапе могут существенно отличаться у разных женщин в зависимости от возраста жертвы, ее жизненной ситуации, вида изнасилования, конкретных личностных черт и наличия благоприятного окружения (Невярович, 2004).

В самой ранней эпидемиологической оценке психопатологии, связанной с травмой, исследование травматизма в Детройте на выборке 1007 человек показало, что распространенность ПТСР у выживших после травм, не связанных с сексуальным насилием, варьировалась от 12 % до 24 %, а распространенность ПТСР у выживших после сексуального насилия составила 80 % (Невярович, 2004).

По последним данным, полученным в 2017 году E.R. Dworkin, S.V. Menon, J. Bystrynski и другими, 42 % женщин пережили сексуальную травму, которая характеризуется посттравматическим стрессовым расстройством.

Исследования E.R. Dworkin, S.V. Menon, J. Bystrynski и других показали, что помимо ПТСР распространены депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные, биполярные расстройства.

К психологическим последствиям также относятся суицидальные мысли (Li, 2023).

Проанализировав имеющиеся статистические данные, Badour, Denis, Jina и других, можно заключить, что психологические последствия сексуального насилия в отношении женщин оказывают влияние на её сексуальность.

- Сексуальная травма может привести к серьезным и глубоким изменениям, которые связаны с сильным чувством стыда и вины у женщин (Badour, 2020);
- Жертвы изнасилования в большей степени испытывают чувства отвержения и обесценивания самих себя, излишне склонны к самообвинению за недостаточные усилия по избежанию насилия и чувству вины, что приводит к осложнению отношений с другими людьми, в частности с возможными сексуальными партнерами (Badour, 2020);
- Изнасилование приводит к тому, что женщины не позволяют себе расслабиться и доверять своему партнеру (Jina, 2013);
- Женщины, подвергшиеся сексуальному насилию, чувствуют себя преданными человеком, совершившим преступление, а также теми, кто по неосторожности или соучастию не вмешался, чтобы предотвратить насилие. Этот аспект с большой вероятностью приведет к трудностям в отношениях и интимной жизни;
- Женщины, имеющие травматический опыт, характеризуются большим отвращением в сексуальной сфере и больше озабочены своей сексуальностью (Denis, 2020). Сексуальная травма приводит к прямому избеганию сексуальности тела партнера, которое, хотя и должно быть объектом наслаждения и удовольствия, но становится символом перенесенного насилия и страха (Denis, 2020);
- Сексуальное насилие отрицательно влияет на сексуальное желание, возбуждение, оргазм, что снижает влечение, удовольствие и эмоциональное удовлетворение в половом акте. Ретроспективное

исследование, проведенное в США в 2019 году, в ходе которого оценивались характеристики женщин, переживших сексуальное насилие, показало, что из 610 женщин, принявших участие в исследовании, 134 сообщали, что они стали жертвами сексуального насилия. У 74 % женщин, переживших сексуальное насилие, по сравнению с 59,8 % в контрольной группе, было гипоактивное расстройство сексуального влечения, у 20,3 % выживших по сравнению с 7,19 % в контрольной группе была первичная аноргазмия, у 52,3 % выживших по сравнению с 39,6 % в контрольной группе наблюдался более низкий сексуальный интерес и снижение возбуждения;

- Сексуальная травма приводит к тому, что женщины подвержены большему восприятию боли во время полового акта (Jina, 2013);
- Женщины, которые испытали сексуальное насилие, подвергаются большему риску заражения ВИЧ и другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, что впоследствии влияет на желание создать семью.

Перечисленные последствия сексуального насилия над женщинами позволяют утверждать, что наличие посттравматического стрессового расстройства, депрессии и других эмоциональных расстройств приводят к снижению сексуального функционирования в целом. Сексуальные проблемы способствуют еще большему ухудшению положения жертв. Физическая близость и сексуальное функционирование являются неотъемлемой частью удовлетворения в паре и в то же время могут быть потенциальными триггерами симптоматики посттравматического стрессового расстройства.

**Вывод.** Таким образом, проблема сексуального насилия над женщинами по-прежнему остается табуированной, ее изучение связано со сложными методологическими проблемами. Данный феномен поведения в обществе является достаточно распространенным, поэтому, несомненно, требует более глубокого выяснения причин и психологических последствий для жертв насилия.

Столкнувшись с сексуальной травмой, женщины сомневаются в собственной идентичности, их отношение к себе и к другим людям претерпевает глубокие изменения. Сексуальное насилие — жестокое преступление против личности, неоднозначность факторов и причин которого приводит к различным мифам и стереотипным убеждениям, что делает невозможным оказание пострадавшей адекватной помощи.

Женщины, подвергшиеся сексуальному насилию, крайне нуждаются в своевременной и профессиональной помощи не только со стороны правоохранительных органов, но со стороны различных специалистов: гинекологов, психологов/психотерапевтов, социальных работников, сексологов, так как изнасилование является угрожающим событием с множественными негативными, в том числе психологическими, последствиями,

которые оказывают влияние на сексуальность женщин. Важно не только помогать бороться с симптомами ПТСР и эмоциональными расстройствами, важно использовать двойной психопатологический подход.

### Список литературы

1. Антохина В.И. Сексуальное насилие в отношении женщин: межкультурный аспект // Профессиональная коммуникация в поликультурном мире: образование, наука, технологии: Материалы II Всероссийской молодежной научно-практической конференции, Орёл, 12 мая 2021 года. Орёл: Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, 2021. С. 156-161.

2. Ковалева М.Е., Азарова Б.К. Взаимосвязь опыта сексуального насилия и полового самосознания и сексуального поведения // Современные научные исследования и разработки. 2018. № 12 (29). С. 438-440.

3. Напреева А.А. Психологические последствия сексуальной травмы у женщин // Педагогическое образование: оптимизация, модернизация и прогноз развития: Сборник материалов VI Всероссийской студенческой научно-практической конференции, Москва, 20-21 апреля 2022 года/под редакцией Н.Л. Соколовой, Л.Ж. Каравановой, О.Н. Никитина. Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2022. С. 400-411.

4. Насилие и его влияние на здоровье: доклад ВОЗ о ситуации в мире. Москва: Весь Мир, 2003. 376 с.

5. Неярович Н.Е. Процессуальная психотерапия женщин-жертв сексуального насилия: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук/Неярович Наталья Евгеньевна. Санкт-Петербург, 2004. 19 с.

6. A research on violence against women: are the trends growing?/A. Tavassoli, S. Soltani, S.M. Jamali, N. Ale Ebrahim [et al.] // Iranian Rehabilitation Journal. 2022. Vol. 20, № 3. P. 1-25. DOI: 10.32598/irj. 20.3.1664.1

7. Denis I., Brennstuhl M.-J., Tarquinio C. Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victims: une revue systématique de la littérature // Sexologies. 2020. Vol. 29, № 4. P. 198-217.

8. Dworkin E.R. Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis // Trauma Violence Abuse. 2020. Vol. 21, № 5. P. 1011-1028. DOI: 10.1177/1524838018813198

9. Jina R., Thomas L.S. Health consequences of sexual violence against women // Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 2013. Vol. 27, № 1. P. 15-26. DOI: 10.1016/j. bpubgyn. 2012.08.012

10. Oram S., Khalifeh H., Howard L.M. Violence against women and mental health // Lancet Psychiatry. 2017. Vol. 4, № 2. P. 159-170.

11. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis/E.R. Dworkin, S.V. Menon, J. Bystrynski, N. Allen // Clinical psychology review. 2017. Vol. 56. P. 65-81. DOI: 10.1016/j. cpr. 2017.06.002

12. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world/L. Li, X. Shen, G. Zeng [et al.] // BMC Womens Health. 2023. Vol. 23. P. 196. DOI: 10.1186/s12905-023-02338-8

13. Sexual violence in adult women and adolescents: a narrative review/G. Barbara, L. Buggio, L. Micci [et al.] // Minerva obstetrics and gynecology. 2022. Vol. 74, № 3. P. 261-269. DOI: 10.23736/S2724-606X. 22.05071-0

14. Shame proneness, negative cognitions, and posttraumatic stress among women with a history sexual trauma/C.L. Badour, C.E. Dutton, J.J. Wright [et al.] // Journal of aggression, maltreatment & trauma. 2020. Vol. 29, № 6. P. 699-713. DOI: 10.1080/10926771.2020.1725211

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МОДАЛЬНОСТЕЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ

Е. В. Павлова

*Амурский государственный университет, г. Благовещенск, Россия*

**Аннотация.** В современных исследованиях вовлеченности личности в деятельность, в организацию подчеркивается, что она сопровождается переживанием удовольствия, удовлетворенности, психологического благополучия. При этом не всегда указываются, о вовлеченности какой глубины, длительности, «масштаба» идет речь. В статье с опорой на понимание вовлеченности как состояния, возникающего при взаимодействии человека и среды и имеющего различные пространственно-временные измерения, обосновывается необходимость дифференциации взаимосвязей вовлеченности и психологического благополучия. В качестве возможных модальностей вовлеченности выделяются: вовлеченность в деятельность, вовлеченность в отдельные виды активности, вовлеченность в жизнь в целом. Психологическое благополучие рассматривается в отношении текущего и прожитого (как жизненная удовлетворенность) периодов жизни. Цель работы — уточнить характер взаимосвязи вовлеченности и психологического благополучия личности с учетом выделенных модальностей и ракурсов их изучения. На основании корреляционного анализа установлено, что с вовлеченностью в деятельность (рассматривалась на примере учебно-профессиональной деятельности студентов) прямо взаимосвязаны все показатели удовлетворенности прожитым отрезком жизни, взаимосвязи с психологическим благополучием выражены меньше (отсутствуют корреляции благополучия и его отдельных составляющих с погруженностью в деятельность; не связаны с актуальной вовлеченностью автономия, наличие целей в жизни и позитивных отношений с окружающими). С вовлеченностью в отдельные виды активности, напротив, в большей степени связано психологическое благополучие в текущий момент времени. Выявлен широкий круг вариантов аудиторной и внеаудиторной активности, которые не связаны с психологическим благополучием студентов и их удовлетворенностью жизнью (но в педагогической деятельности традиционно рассматриваемых как лично значимые для обучающихся). Вовлеченность в жизнь в целом положительно взаимосвязана со всеми показателями психологического благополучия. Высокая дифференцированность связей модальностей вовлеченности и психологического благополучия позволяет говорить о целесообразности дальнейшего прояснения характера их отношений (выявления предикторов, детерминант и т. п.).

**Ключевые слова:** вовлеченность в деятельность, вовлеченность в жизнь, психологическое благополучие, удовлетворенность жизнью, студент

**Актуальность.** На современном этапе развития науки возрастает внимание к поиску системных связей различных психических явлений, уточнению характера взаимоотношений разноуровневых качеств и свойств, в совокупности обеспечивающих успешное функционирование человека как открытой психологической системы.

Значимой составляющей жизнеосуществления современного человека являются разнообразные деятельности, реализуемые в различных дисциплинарных пространствах. Соответствие содержания и условий деятельности системе ценностей человека, его компетенциям, психологическим ресурсам и т. д. способствует возникновению и поддержанию его вовлеченности в данный вид активности (Павлова и др., 2023), а в долгосрочной перспективе — в жизнь в целом, что сопровождается переживаниями удовольствия, счастья, благополучия (Токарева, Баронене, 2019; Самохвалова, 2022), причастности и принадлежности (Olson, Peterson, 2015).

Поскольку вовлеченность является многомерным феноменом, представляется актуальным и целесообразным рассмотреть, в какой степени ее различные аспекты взаимосвязаны с психологическим благополучием личности, что позволит получить новые данные о рассматриваемых феноменах.

**Постановка проблемы.** В психологических и социологических исследованиях вовлеченность традиционно рассматривается в контексте конкретной деятельности («вовлеченность в деятельность») или организации («вовлеченность в организацию»). В этом ключе под вовлеченностью понимают процесс инвестирования времени и энергии в выполняемую деятельность (Astin, 1999; Киуру, Попова, 2019); особого рода состояние, которое характеризуется «степенью реализации ... личного потенциала в процессе выполнения трудовой роли, ... степенью физической, умственной и эмоциональной активности» (Смирнов, 2019, с. 83) и приложением «необязательных усилий» (Токарева, Баронене, 2019). Подчеркивается, что вовлеченные сотрудники удовлетворены «содержанием и результатами своей работы», «процессом своей жизни и жизненными достижениями», испытывают психологическое благополучие (Мандрикова, Горбунова, 2012, с. 14). В то же время, в значительной части исследований не эксплицируется, о каких пространственно-временных характеристиках вовлеченности идет речь и что именно понимается под удовлетворенностью трудом и психологическим благополучием вовлеченных сотрудников.

Понимая вовлеченность как состояние, которое формируется в пространстве взаимодействия человека как открытой психологической системы и среды при условии их соответствия (Павлова, Красноярцева, 2021),

и, выделяя три ее вида — кратко-, средне- и долгосрочную, в контексте данной работы мы остановимся на трех модальностях вовлеченности:

1) Непосредственная вовлеченность в деятельность — состояние, ключевыми психологическими характеристиками которого являются энергичность, преданность и погруженность (Schaufeli, Bakker, 2004).

2) Вовлеченность в отдельные виды активности (на примере. вовлеченности студентов в различные виды внутривузовской активности) (Малошонок, 2023; Налётова и др., 2024).

3) Вовлеченность в жизнь в целом как показатель общей жизненной позиции человека в контексте жизнестойкости (Павлова и др., 2023).

Психологическое благополучие рассматривается в двух ракурсах:

1) Удовлетворенность прожитым отрезком жизни (жизненная удовлетворенность) как показатель эффективности реализуемой человеком жизненной стратегии (Леонтьев, 2016).

2) Собственно психологическое благополучие как комплекс «психологических характеристик, выступающих предпосылками здоровья и счастья», мера близости человека к «оптимальному уровню жизнеспособности» (Там же, с. 21).

Цель работы — уточнить характер взаимосвязи вовлеченности и психологического благополучия личности с учетом выделенных модальностей и ракурсов их изучения.

**Методы и материалы.** Исследование проведено на базе ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет». Выборку составили студенты 2-3 курсов бакалавриата и специалитета (263 человека, из них 67,3 % девушки и 32,7 % юноши; факультеты вуза представлены пропорционально общей численности обучающихся).

Для диагностики вовлеченности использовались: «Утрехтская шкала вовлеченности в работу (UWES-17)» (вовлеченность в деятельность) (У. Шауфели, А. Баккер), авторская анкета «Ниши вовлеченности» (в отдельные виды активности), «Тест жизнестойкости» (С. Мадди, модификация Е. Н. Осина, Е. И. Рассказовой), шкала «Вовлеченность» (в жизнь в целом); психологического благополучия — «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф, адаптация Н. Н. Лепешинского) и «Индекс жизненной удовлетворенности» (А. О. Ньюгартен и др., адаптация Н. В. Паниной). Взаимосвязь показателей оценивалась с использованием метода ранговой корреляции Ч. Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** В результате статистического анализа были выявлены прямые статистически значимые связи между всеми показателями вовлеченности в деятельность и удовлетворенности прожитым периодом жизни (таблица 1). Однако на данном уровне анализа остается открытым вопрос о причинно-следственных связях. Можно предположить, что глубокая погруженность в деятельность и преданность ей способствуют достижению поставленных целей, благоприятно



вливают на общий фон настроения и восприятие себя. В то же время, наличие опыта достижения целей может выступать основанием для вовлеченности в деятельность в настоящем.

Ни одна из составляющих психологического благополучия не связана с погруженностью в деятельность: находясь в состоянии «потока» человек становится нечувствителен к любым внешним по отношению к текущей активности воздействиям. В то же время, восприятие деятельности как имеющей смысл и готовность прилагать значительные усилия, а также вовлеченность в целом взаимосвязаны с возможностью оказывать воздействие на среду, развиваться в ней и психологическим благополучием. Взаимосвязь преданности деятельности и самопринятия также может трактоваться двояко: принимая себя как специалиста в данной области, человек стремится оставаться в ней; причастность к определенной активности формирует способ самовосприятия. Теснота связей психологического благополучия и удовлетворенности жизнью с вовлеченностью в жизнь в целом выше, чем для вовлеченности в деятельность.

Таблица 1

**Взаимосвязь вовлеченности в жизнь и в деятельность и психологического благополучия студентов вуза**

Психологическое благополучие Эн		Вовлеченность в деятельность				ВЖ
		Пр	Пг	ОП		
Психологическое благополучие	Позитивные отношения	-0,01	-0,01	-0,02	-0,01	<b>0,44</b>
	Автономия	0,05	0,04	0,03	0,05	<b>0,33</b>
	Управление средой	<b>0,21</b>	<b>0,15</b>	0,10	<b>0,15</b>	<b>0,47</b>
	Личностный рост	<b>0,19</b>	<b>0,14</b>	0,06	<b>0,13</b>	<b>0,27</b>
	Цели в жизни	0,11	0,08	-0,01	0,05	<b>0,40</b>
	Самопринятие	0,12	<b>0,17</b>	0,08	0,12	<b>0,56</b>
	Психологическое благополучие	<b>0,16</b>	<b>0,13</b>	0,08	<b>0,13</b>	<b>0,51</b>
Удовлетворенность жизнью	Интерес к жизни	<b>0,21</b>	<b>0,24</b>	<b>0,16</b>	<b>0,22</b>	<b>0,40</b>
	Последовательность в достижении целей	<b>0,23</b>	<b>0,20</b>	<b>0,18</b>	<b>0,22</b>	<b>0,53</b>
	Согласованность поставленных и достигнутых целей	<b>0,17</b>	<b>0,18</b>	<b>0,14</b>	<b>0,18</b>	<b>0,47</b>
	Положительная оценка себя и собственных поступков	<b>0,22</b>	<b>0,27</b>	<b>0,20</b>	<b>0,25</b>	<b>0,49</b>
	Общий фон настроения	<b>0,26</b>	<b>0,32</b>	<b>0,26</b>	<b>0,31</b>	<b>0,59</b>
	Общий показатель	<b>0,28</b>	<b>0,32</b>	<b>0,24</b>	<b>0,30</b>	<b>0,65</b>
Примечание: Эн — энергичность, Пр — преданность, Пг — погруженность, ОП — общий показатель вовлеченности, ВЖ — вовлеченность в жизнь						

Вовлеченность в отдельные виды активности оценивалась по 64 позициям, отражающим различные виды аудиторной и внеаудиторной активности студентов, а также чувства (например, гордости своим университетом, специальностью) и действия, направленные на самого студента (например, получал похвалу от преподавателя) за предшествующий календарный год. В таблице 2 приведены пункты анкеты, максимально взаимосвязанные с психологическим благополучием и удовлетворенностью жизнью.

Таблица 2

**Взаимосвязь вовлеченности в отдельные виды активности и психологического благополучия студентов вуза**

Вовлеченность в отдельные виды активности	Психологическое благополучие							Удовлетворенность жизнью					
	ПО	А	УС	ЛР	ЦЖ	С	ПБ	ИЖ	ПДЦ	СЦ	ПОС	ФН	ИЖУ
Участие в общегрупповых дискуссиях на занятиях	0,24	0,06	0,19	0,10	0,26	0,27	0,23	0,13	0,16	0,11	0,15	0,15	0,19
Выступление с докладом на семинарах	0,17	0,02	0,21	0,11	0,23	0,26	0,21	0,17	0,21	0,20	0,14	0,09	0,22
Решение задач у доски, ответ на семинаре	0,12	0,11	0,18	0,07	0,22	0,21	0,19	0,15	0,13	0,18	0,21	0,18	0,22
Посещение занятия неподготовленным	-0,07	-0,10	-0,13	-0,14	-0,19	-0,13	-0,15	-0,13	-0,17	-0,13	-0,17	-0,09	-0,17
Чувство отчужденности от группы/деятельности	-0,15	-0,10	-0,17	-0,12	-0,12	-0,25	-0,20	-0,17	-0,19	-0,22	-0,29	-0,24	-0,29
Реализация своих интересов, хобби в своем вузе	0,26	0,02	0,18	0,04	0,18	0,18	0,20	0,18	0,14	0,13	0,12	0,08	0,16
Наличие четких критериев оценки своей работы	0,17	0,15	0,26	0,19	0,23	0,16	0,23	0,08	0,09	0,02	0,06	0,10	0,08
Получение похвалы за хорошо выполненную работу	0,15	0,07	0,21	0,13	0,13	0,20	0,18	0,12	0,20	0,04	0,19	0,18	0,18
Участие в принятии общегрупповых решений	0,28	0,17	0,21	0,12	0,22	0,23	0,30	0,00	0,07	0,15	0,17	0,11	0,14
Лидерская позиция в группе, СНО, спортивной команде и т. д.	0,17	0,02	0,15	-0,07	0,15	0,22	0,18	0,16	0,14	0,15	0,17	0,17	0,19
Выполнение интересных, разнообразных задач, выходящих за рамки учебной деятельности	0,15	0,06	0,16	0,13	0,10	0,16	0,18	0,19	0,08	0,06	0,10	0,07	0,11
Получение развернутой обратной связи о своей деятельности	0,17	0,07	0,22	0,23	0,25	0,19	0,23	0,13	0,19	0,14	0,06	0,17	0,18
Получение автономии в процессе деятельности	0,26	0,16	0,27	0,27	0,18	0,19	0,30	0,10	0,10	0,08	0,05	0,11	0,12
Чувство гордости своим вузом, своей специальностью	0,18	-0,03	0,18	0,07	0,16	0,23	0,17	0,13	0,12	0,17	0,16	0,14	0,18

Использование в учебной деятельности современных технологий	0,25	0,12	0,19	0,16	0,20	0,26	0,27	0,11	0,15	0,21	0,09	0,11	0,17
Обучение у компетентных преподавателей	0,26	0,10	0,26	0,20	0,32	0,32	0,32	0,20	0,10	0,12	0,13	0,12	0,17
Доля статистически значимых корреляций (по столбцу, для 64 утверждений)	37,5	9,4	40,6	26,6	37,5	53,1	46,9	29,7	32,8	25,0	23,4	18,8	34,4
<i>Примечание: ПО — позитивные отношения; А — автономия; УС — управление средой; ЛР — личностный рост; ЦЖ — цели в жизни; С — самопринятие; ПБ — психологическое благополучие; ИЖ — интерес к жизни; ПДЦ — последовательность в достижении целей; СЦ — согласованность поставленных и достигнутых целей; ПОС — положительная оценка себя и собственных поступков; ФН — общий фон настроения; ИЖУ — индекс жизненной удовлетворенности</i>													

Значительное число действий, связанных с переживанием студентами благополучия, отражают процессы взаимодействия обучающихся с преподавателями и сокурсниками и «обеспечения качества деятельности». В меньшей степени представлены переживания и действия, связанные с самореализацией в условиях вуза. При этом действия по обеспечению качества деятельности в большей степени связаны с психологическим благополучием как таковым, а не с удовлетворенностью жизнью.

Действия и переживания, не связанные с психологическим благополучием и удовлетворенностью жизнью, можно разделить на две группы: 1) приложение дополнительных усилий при подготовке к занятиям (по собственной инициативе или в связи с требованиями преподавателя) и избегание академической вовлеченности; 2) широкий круг деятельностей, традиционно рассматриваемых как значимые для личностного и профессионального становления студентов: участие в общественной жизни вуза, волонтерство, участие в конкурсах, конференциях и т. п., прохождение практик с перспективой дальнейшего трудоустройства. Можно предположить, что подобные варианты активности не входят в систему ценностей молодых людей, а, следовательно, их наличие или отсутствие в жизни не влияет на удовлетворенность ею.

С вовлеченностью в отдельные виды активности в структуре психологического благополучия в наибольшей степени связано самопринятие, в наименьшей — автономия как способность регулировать свое поведение и деятельность и формировать собственные критерии оценки их успешности (возможно, она проявляется в менее формализованных дисциплинарных пространствах). В структуре удовлетворенности жизнью с вовлеченностью в наибольшей степени связана последовательность в достижении целей.

**Вывод.** Таким образом, существуют различия во взаимосвязях психологического благополучия и жизненной удовлетворенности

с вовлеченностью в деятельность, в отдельные виды активности, в жизнь в целом. Психологическое благополучие (как интегральная оценка функционирования человека как открытой психологической системы в текущий период времени) в большей степени связано с вовлеченностью молодых людей в различные виды внутривузовской активности, нежели с психологическими характеристиками вовлеченности в учебно-профессиональную деятельность в целом. Для жизненной удовлетворенности, отражающей отношение человека к прожитому периоду жизни, наблюдается обратная тенденция. Вовлеченность в жизнь связана со всеми показателями психологического благополучия и удовлетворенности жизнью.

Корреляционный анализ позволил получить первичные данные о взаимосвязи рассматриваемых явлений и принять решение о целесообразности более глубокого исследования характера их отношений (выявления предикторов, детерминант и т. п.). Высокая дифференцированность связей, наличие четких тенденций во взаимосвязях рассматриваемых феноменов позволяют говорить о возможности дальнейшего исследования и необходимости учета полученных данных при разработке программ управления вовлеченностью.

### Список литературы

1. Киуру К. В., Попова Е. Е. Креативность, коллаборация, критическое мышление и коммуникация как индикаторы вовлеченности студента в процесс обучения // Проблемы современного педагогического образования. 2019. № 63-1. С. 151-155.
2. Леонтьев Д. А. Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал // Сибирский психологический журнал. 2016. № 62. С. 18-37. DOI: 10.17223/17267080/62/3
3. Малошенок Н. Г. Студенческая вовлеченность как инструмент оценки качества образования в российских университетах // Университетское управление: практика и анализ. 2023. Т. 27, № 2. С. 45-58. DOI 10.15826/umpra. 2023.02.012
4. Мандрикова Е. Ю., Горбунова А. А. Взаимосвязь увлеченности работой, личностных ресурсов и удовлетворенности трудом сотрудников // Организационная психология. 2012. Т. 2, № 4. С. 2-22.
5. Налётова Н. Ю., Маханькова Н. И. Активность и вовлеченность студентов колледжа во внеурочную деятельность с целью развития социальной активности // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2024. Т. 30, № 1. С. 94-97. DOI: 10.34216/2073-1426-2024-30-1-94-97
6. Павлова Е. В., Красноярцева О. М. Ресурс вовлеченности как психологическая характеристика степени соответствия человека и образовательной среды // Сибирский психологический журнал. 2021. № 81. С. 52-78. DOI: 10.17223/17267081/81/3
7. Павлова Е. В., Красноярцева О. М., Лейфа А. В. Вовлеченность студенческой молодежи в пространство жизнесуществования: проблема концептуализации феномена в новых социокультурных условиях: монография/под общ. ред. Е. В. Павловой. Чебоксары: Среда, 2023. 296 с.
8. Психологическое благополучие современных студентов: типология и мишени психологической помощи/А. Г. Самохвалова, Н. С. Шипова, Е. В. Тихомирова, О. Н. Вишневская // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30, № 1. С. 29-48. DOI: 10.17759/cpp. 2022300103

9. Смирнов П. С. Вовлечённость персонала: типы, уровни проявления и связи с практиками управления человеческими ресурсами // Организационная психология. 2019. Т. 9, № 1. С. 81-95.

10. Токарева А. А., Баронене С. Г. Методика исследования вовлеченности сотрудников университета // Университетское управление: практика и анализ. 2019. Т. 23, № 1-2. С. 11-32. DOI: 110.15 826/umpa. 2019.01-2.001

11. Astin A. W. Student involvement: A developmental theory for higher education // Journal of College Student Development. 1999. Vol. 40, № 5. P. 518-529.

12. Olson A. L., Peterson R. L. Student Engagement, Strategy Brief. Lincoln, NE: Student Engagement Project, University of Nebraska-Lincoln and the Nebraska Department of Education, 2015. 8 p. URL: <http://k12engagement.unl.edu/student-engagement> (date accessed: 28.08.2024).

13. Schaufeli W. B., Bakker A. B. UWES. Utrecht work engagement scale. Preliminary Manual [Version 1.1, December 2004]. 60 p. URL: [https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test\\_manual\\_UWES\\_English.pdf](https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf) (date accessed: 09.04.2018).

УДК 159.9

## ВОЗМОЖНОСТИ ХОЛИСТИЧЕСКОГО МАССАЖА В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У СПОРТСМЕНОВ

Е. Р. Поспелова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Спортсмены часто подвергаются высокому уровню стресса, что может приводить к нарушениям в теле, проявляющимся в виде мышечных зажимов или болей, а также к психологическим проблемам, таким как тревога и депрессия. Холистический массаж в работе с психосоматикой у спортсменов представляет собой уникальный подход, объединяющий физические и эмоциональные аспекты здоровья. Этот вид массажа акцентирует внимание на взаимодействии ума и тела, создавая гармонию между физической подготовкой и психологическим состоянием. Специалисты используют различные техники, способствующие расслаблению, снятию напряжения и активизации внутренних ресурсов организма. В данной статье рассмотрены понятие и теории возникновения психосоматических заболеваний. Проанализированы основные методы и способы коррекции психосоматики у спортсменов. А также дано понятие холистического (пульсационного) массажа, проанализированы исследования, которые описывают возможности данного вида массажа. Целью настоящей статьи является анализ современных исследований, связанных с возможностями холистического массажа

в работе с психосоматическими симптомами у спортсменов. Новизна состоит в том, что была сделана попытка анализа и обобщения современных исследований в области применения холистического массажа в работе с психосоматическими симптомами у спортсменов. Анализ показал, что эффективность данного метода имеет очень высокую оценку. Важно, что холистический массаж не только направлен на устранение симптомов, но и на выявление корней психосоматических заболеваний. Обсуждение переживаний спортсмена, анализ его эмоционального состояния становятся неотъемлемой частью процесса. Таким образом, холистический массаж становится инструментом не только физического восстановления, но и глубокой психологической трансформации, позволяя спортсменам достигать новых высот в своих спортивных достижениях, максимально используя потенциал своего тела и сознания. В дальнейшем результаты теоретического анализа будут использованы для проведения эмпирического исследования по рассмотрению эффективности холистического массажа в работе психолога с психосоматическими симптомами у спортсменов.

**Ключевые слова:** психология спорта, профессиональные спортсмены, психосоматические симптомы, палсинг, пульсационный массаж, холистический массаж

**Актуальность.** Психосоматические симптомы представляют собой неотъемлемую часть здоровья спортсменов, которые часто подвержены как физическим, так и эмоциональным нагрузкам. В современном спортивном контексте внимание к психосоматике приобрело особую актуальность, так как успешные выступления и достижения в спорте напрямую связаны с состоянием не только физического, но и психологического благополучия спортсменов. При увеличении нагрузки и стресса, вызванного высокими спортивными требованиями, многие атлеты сталкиваются с различными психосоматическими расстройствами, выражающимися в соматических симптомах без явной физической причины. Это могут быть напряжение мышц, боли в спине, головные боли, расстройства пищеварительной системы и другие подобные проявления, создающие серьезные проблемы в тренировочном процессе и соревнованиях.

Психосоматические расстройства у спортсменов могут быть как результатом перенапряжения и интенсивных тренировок, так и следствием перфекционизма, чрезмерной самокритики и давления извне, вызванного ожиданиями тренеров и поклонников. Важно отметить, что игнорирование этих симптомов может привести не только к ухудшению физической формы, но и к более серьезным психологическим проблемам, таким как выгорание и потеря мотивации.

Являясь многогранным и комплексным понятием, психосоматические симптомы в спорте имеют различные проявления и требуют внимательного рассмотрения как со стороны тренеров, так и со стороны

спортсменов. Существует множество факторов, способствующих развитию психосоматических расстройств у спортсменов. Одной из ключевых причин является высокая эмоциональная нагрузка, с которой сталкиваются атлеты в процессе подготовки и участия в соревнованиях. Страх неудачи, конкурентная борьба и давление со стороны окружающих превращаются в мощный стрессор, способный вызывать различные проблемы со здоровьем. Например, многие спортсмены могут испытывать обострение хронических заболеваний, таких как астма или аллергии, которые они ранее успешно контролировали. Более того, в условиях повышенной напряженности и стресса, мелкие физические недомогания могут резко усугубляться, превращаясь в серьезные проблемы. Психосоматические симптомы проявляются не только на уровне физических недомоганий, но и отражаются на поведении спортсменов, что может проявляться в изменении режима сна, аппетита и даже социальной жизни. Снижение мотивации, чувство апатии и усталости могут стать значительными барьерами на пути к успеху, и зачастую атлеты не знают, как эффективно справиться с этими проявлениями. Подходы к решению данной проблемы включают как традиционные методы лечения, так и альтернативные — такие как холистический массаж, который может помочь наладить как психоэмоциональное, так и физическое состояние спортсмена.

**Постановка проблемы.** Исходя из официальных данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 40 % людей, обратившихся в медицинские организации, можно отнести к группе людей с психосоматическими заболеваниями. (Мачурина, 2023)

Согласно исследованию И. Н. Митина, А. Е. Горовой, Д. А. Кравчук, О. Р. Добрушина и А. В. Жолинского из 11 тысяч проанализированных ими записей о спортсменах, проходивших медицинское обследование, было выявлено, что треть этих записей была с диагнозами из Международной классификации болезней (МКБ), которые соответствовали психосоматическим заболеваниям. Частота встречаемости в данной выборке составила 28,1 %. (Митин, Горовая, Кравчук, 2018).

Так же согласно другому более точечному исследованию выраженности психосоматических недомоганий посредством Гиссенского опросника среди боксеров М. Э. Гузич, И. П. Греховой было выявлено, что 47 % спортсменов обозначают среднюю степень выраженности психосоматических жалоб по всем показателям, 12 % отмечают высокую степень и только 41 % испытуемых не ощущают физических недомоганий. (Гузич, Грехова, 2019). Таким образом, существует определенная проблема в области спорта, такой достаточно большой процент психосоматических симптомов указывает на необходимость поиска достаточно быстрых и эффективных методов коррекции, а также и профилактики, которые в достаточно короткие сроки будут приводить организм, подвергающийся серьезным физическим и эмоциональным нагрузкам в ресурсное состояние.

**Результаты исследования и их обсуждение.** История изучения психосоматических состояний начинается с фигуры древнегреческого врача Гиппократ, который впервые сформулировал концепцию единства души и тела в рамках своей теории темпераментов. Он выдвинул идею о том, что болезнь представляет собой специфическую реакцию человека на условия его существования в социуме.

Исследованием влияния психических факторов на возникновение и развитие физических нарушений занимается область медицинской психологии, известная как психосоматика. Этот термин был предложен немецким психиатром С. Хенротом в 19 веке. Он трактовал последствия внутренних конфликтов как проявления не только психических заболеваний, но и патологии органов, что подчеркивало взаимосвязь между психологическим состоянием и телесными проявлениями.

Одним из ключевых вкладов в понимание механизмов формирования психосоматических заболеваний считается теория стресса Ганса Селье. Г. Селье, работая в пражской клинике инфекционных заболеваний, заметил, что начальные симптомы различных инфекций идентичны, проявляясь в виде слабости, потери аппетита и повышения температуры. Это наблюдение послужило основой для его определения стресса как неспецифической реакции организма на любые повреждения. Исследования на крысах подтвердили, что они реагируют аналогично на разные стрессоры — отравления, жару или холод, таким образом, доказав, что психические факторы, включая травмы и эмоциональное напряжение, влияют на развитие психосоматических расстройств.

С начала XX века И.П. Павлов в ряде своих исследований продемонстрировал значимость центральной нервной системы в контроле соматических функций. Позднее эту тему развивал П.К. Анохин, который разработал теорию функциональных систем организма, подчеркивающую важную роль эмоций и мотиваций в возникновении соматических заболеваний. П. К. Анохин полагал, что психосоматическое расстройство возникает из-за эмоциональных переживаний, связанных с травмирующими ситуациями, что приводит к функциональным изменениям и патологическим нарушениям в организме.

Современные исследования подтверждают взаимосвязь между психическими и соматическими процессами в организме. Например, в случае изменений в сердечной мышце или коронарных сосудах особенно вредными могут быть состояния тревоги, депрессии и чувства вины, которые сопровождаются симптомами, указывающими на относительное преобладание парасимпатической активности. (Симонов, 2021).

Исследователи выделяют три основные категории факторов, оказывающих влияние на развитие психосоматических расстройств: индивидуальные, профессиональные и социально-экономические.



Воздействие стрессовых факторов на организм условно делят на четыре уровня:

Первый уровень — восприятие сигнала. Стимул фиксируется органами чувств и передается в центральную нервную систему, где происходит его обработка;

Второй уровень — оценка сигнала и возникновение эмоциональной реакции;

Третий уровень — активация гипоталамо-гипофизарной системы. После анализа сигнала лимбическая система определяет его как стрессовый и дает реакцию посредством симпатической системы;

Четвёртый уровень — действие гормонов гипофиза на целевые органы.

При длительном воздействии стрессоров возникает стрессовое состояние, проявляющееся разнообразными психосоматическими расстройствами, формирование и характер которых зависят как от генетической предрасположенности, так и от недостатков различных систем организма, развившихся в процессе жизни.

Что касается основных существующих подходов к лечению психосоматических симптомов существует ряд направлений, хорошо зарекомендовавших себя: когнитивно-поведенческая психотерапия, эмоционально-образная, методы саморегуляции, БОС-терапия. Помимо этих направлений существует еще одно стремительно развивающееся направление телесно-ориентированной терапии. На данный момент существует мало исследований в области применения телесно-ориентированного подхода в лечении психосоматических расстройств, хотя исходя из названия, достаточно логичным кажется использовать в терапии психосоматозов техники направления, которое рассматривает тело и психику в самой прямой взаимосвязи.

И все же, несмотря на небольшое количество исследований в данной области, существуют научно-обоснованные данные, которые доказывают эффективность телесной терапии в работе с психосоматикой. Например, в работе Н. С. Сухановой и Е. В. Казакевич доказательство получила гипотеза о том, что ТОП (телесно-ориентированная психотерапия) существенно повлияла на снижение уровня артериального давления и снижение показателей тревожности у моряков. Так же в их исследовании участники отмечали такие позитивные изменения как: улучшение сна и настроения, исчезновение головных болей и страхов, связанных с рабочим процессом (Суханова, Казакевич, 2006).

В другой работе М. В. Фещенко указывает на то, что методы телесно-ориентированной психотерапии направляют свое внимание на ресурсы человека, а так же создают особые условия для выявления подавленных эмоций, которые являются одним из факторов формирования психосоматических симптомов (Фещенко, 2023).

В своей работе Е.П. Николаева доказала путем экспериментального исследования на спортсменах бального танца, что использование методов ТОП увеличило их результаты в предсоревновательный период на 21 %, а также улучшило показатели самочувствия и уравновешенности (Николаева, 2006). Что наталкивает на размышления не только о внедрении телесных техник в работу с психосоматическими симптомами, но и вопрос о внедрении их в профилактику этих самых заболеваний.

Особый интерес среди многочисленных направлений телесной терапии представляет холистический или пульсационный массаж, именуемый так же палсинг.

Холистический массаж — это комплексное направление в области оздоровления, которое воспринимает человека как единую систему, объединяющую тело, разум и дух. В отличие от традиционных массажных техник, фокусирующихся на отдельных мышцах или проблемных зонах, холистический массаж охватывает весь организм, способствуя достижению гармонии.

Автор метода — Т. Браунинг считает, что раскачивания и вибрации, которые являются основными приемами в холистическом массаже вызывают резонанс тела (его клеток и тканей). За счет этого данный массаж обладает серьезным релаксационным эффектом и восстановительным действием. А также он показал свою эффективность при работе с психосоматикой (Browning, 2004).

Основными принципами этого метода являются.

1. Целостный подход. В холистическом массаже внимание уделяется каждой части тела. Мастера стремятся создать полное восприятие, обращая внимание на физические, эмоциональные и духовные компоненты.

2. Индивидуализация. Каждый человек является уникальным, и холистический массаж учитывает его специфические характеристики.

3. Симбиоз тела и души. Одним из основополагающих принципов холистического массажа является понимание взаимосвязи между телесным состоянием и психоэмоциональным фоном. Эмоции могут проявляться в виде мышечного напряжения, и массаж помогает устранить эти блоки.

4. Энергетическая гармония. Холистический массаж основывается на идее о том, что в теле циркулирует энергия. Массаж восстанавливает энергетический баланс, улучшает кровообращение и лимфодренаж, способствуя общему оздоровлению.

5. Длительность эффекта. Основная задача холистического массажа заключается не только в краткосрочном облегчении симптомов, но и в достижении долговременного улучшения здоровья. Регулярные процедуры способствуют укреплению иммунной системы, улучшению качества сна и общего уровня жизни.

6. Взаимодействие с клиентом. Во время массажа важно поддерживать диалог между терапевтом и клиентом. Обратная связь позволяет

наиболее точно настраивать технику и добиваться оптимальных результатов (Федорова, Бажурина, 2021).

Научных исследований, доказывающих позитивное влияние холистического массажа на лечение психосоматики пока нет, да и вообще сам метод в России малоизвестен. Несмотря на это существуют некоторые исследования, доказывающие эффективность холистического массажа в работе со стрессовыми состояниями.

М. В. Пряхина и И. Ю. Кобзоев в своем исследовании осуществляли коррекцию дезадаптивных состояний руководителей Органов внутренних дел (ОВД) методом холистического массажа, а контроль проводили путем психодиагностических и психофизиологических исследований. Согласно результатам их исследований им удалось отметить снижение степени профессионального стресса, а показатели адаптации были увеличены на 15 % (Пряхина, Кобзев, 2011). В еще одном исследовании М. В. Пряхина и Я. В. Голуб смогли выявить особую динамику психофизиологических показателей во время сеансов холистического массажа. Во время палсинга динамика электрической активности мозга имела характерные изменения: тета- и дельта-ритмы увеличивали свою мощность при условии сохранения ритмов бодрствования — альфа- и бета-ритмов. Такая динамика, по их мнению, могла свидетельствовать об эффективности оздоровительного влияния метода на состояние организма. Но также авторы данного исследования указывали на то, что выборка исследования была небольшой, и существует необходимость в проведении дальнейших исследований в данной области (Пряхина, Голуб, 2012).

К сожалению, исследования, которые делают упор именно на рассмотрение эффектов холистического массажа в вопросах работы со стрессом на этом заканчиваются.

Но были еще найдены исследования, которые использовали палсинг как один из дополнительных методов работы для успешного процесса родов. Известно, что процесс родов вызывает массу тревоги и тем самым увеличивает количество стресса у будущих мам. Таким образом в исследовании Дашдиевой Х. Г. было установлено, что применение холистического массажа в период до родов способствовало успешному исходу (Дашдиева, 2023).

Согласно приведенным выше исследованиям, холистический массаж может стать доступным и эффективным способом в коррекции психосоматических нарушений и в их профилактике.

Вывод. Холистический массаж представляет собой интегративный подход, охватывающий как физические, так и эмоциональные аспекты здоровья, что делает его особенно актуальным для спортсменов, сталкивающихся с психосоматическими симптомами. Современный спорт требует от спортсменов не только высокой физической подготовки, но и психологической устойчивости, так как на результат может оказывать

влияние множество факторов, включая стресс и эмоциональные нагрузки. В этой связи использование холистического массажа может стать эффективным инструментом не только для физического восстановления, но и для улучшения психоэмоционального состояния. Исследования показывают, что массаж улучшает кровообращение, снижает уровень кортизола и активизирует лимфатическую систему, способствуя более быстрому восстановлению после травм и перегрузок. Кроме того, эмоциональная поддержка, обеспечиваемая массажистом в процессе сеанса, может стать важным элементом в борьбе с тревожностью и напряжением. Во многих случаях психосоматические проявления требуют комплексного подхода, где сочетание физиотерапевтических методов и психологических практик может значительно повысить эффективность лечения. Важно отметить, что холистический массаж может быть адаптирован в зависимости от индивидуальных потребностей спортсмена, что способствует более глубокому пониманию его состояния и улучшению показателей в тренировочном процессе. Способность массажных техник воздействовать на нервную систему также открывает новые горизонты в профилактике срывов и депрессий у спортсменов, подчеркивая важность более широкого принятия этой терапии в спортивной медицине.

Эффекты холистического массажа многогранны. Они не ограничиваются только физическим восстановлением, но охватывают также эмоциональное и психическое состояние. Во-первых, регулярные сеансы холистического массажа способствуют значительному снижению уровня стресса. Спортсмены сталкиваются с высоким давлением и стрессом в процессе подготовки к соревнованиям, что может выражаться в психосоматических симптомах, таких как головные боли, напряжение в мышцах и проблемы со сном. Характерный для холистического массажа подход к работе с телом и сознанием помогает избежать этих проявлений, восстанавливая внутреннее равновесие и гармонию. Во-вторых, массаж улучшает кровообращение и лимфодренаж, что может способствовать более быстрому восстановлению мышц после тренировок и соревнований. Это также может помочь снизить восприятие боли и напряженности, что особенно полезно для спортсменов, которые могут сталкиваться с повышенными физическими нагрузками и травмами. В итоге холистический массаж не только улучшает физическую форму, но и способствует ментальному благополучию, что может оказаться достаточно эффективным способом не только в коррекции психосоматических заболеваний, но и оказаться очень полезным в качестве профилактического метода.

### **Список литературы**

1. Гузич М. Э., Грехова И. П. Влияние соревновательной деятельности на психологические характеристики спортсменов // Совершенствование системы физического воспитания, спортивной тренировки, туризма, психологического сопровождения и оздоровления различных категорий населения: сборник материалов XVIII Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 2019. С. 121-126.

2. Дашдиева Х.Г. Влияние холистического массажа на исход родов // Студенческий вестник. 2023. № 4-3. С. 12-13.
3. Мачурина Т.Н. Современные представления о психосоматозах // Вестник сибирского института непрерывного медицинского образования. 2023. № 1. С. 27-29.
4. Особенности психосоматических нарушений высококвалифицированных спортсменов/И. Н. Митин, А. Е. Горовая, Д. А. Кравчук [и др.] // Спортивная медицина: наука и практика. 2018. Т. 8, № 2. С. 54-61.
5. Николаева Е.П. Комплексная немедикаментозная коррекция функционального состояния спортсменов сложнокоординационного вида деятельности на основе интегративной телесной технологии: специальность 14.00.51 «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 2006. 136 с.
6. Пряхина М. В., Голуб Я. В. Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД // Вестник психотерапии. 2012. № 42. С. 85-94.
7. Пряхина М. В., Кобозев И. Ю. Профессиональный стресс сотрудников правоохранительных органов и его психопрофилактика // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2011. № 11. С. 142-146.
8. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 288 с.
9. Суханова Н. С., Казакевич Е. В. Опыт применения телесно-ориентированной психотерапии при лечении артериальной гипертонии у профессиональной группы моряков // Экология человека. 2006. № 3. С. 44-47.
10. Федорова Г., Бажурина В. Холистический массаж. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 186 с.
11. Фещенко М. В. Техники телесно-ориентированной терапии в работе с психосоматикой // Методология современной психологии. 2023. № 17. С. 321-327.
12. Browning T. The Power of Softness. Holistic Pulsing. Healing Our Body-mind and Relationships. [S. l.]: Inanna, 2004. 366 p.

УДК 159.923

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК**

**И. А. Ральникова**

*Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия*

**Аннотация.** Исследование направлено на изучение взаимосвязи риска суицидального поведения и иррациональных установок юношей и девушек. Оценка риска суицидального поведения основывалась на изучении параметров, определяющих склонность к суицидальному поведению (тревожности, фрустрации, агрессии, ригидности), а также выраженности депрессивной симптоматики, одиночества, безнадежности. В качестве иррациональных установок исследовались «катастрофизация»,

«долженствование», «оценочная установка», «фрустрационная толерантность». Психодиагностический инструментарий: методика изучения склонности к суицидальному поведению (М.В. Горская); диагностический опросник «Одиночество» (С.Г. Корчагина); опросник детской депрессии (М. Ковач); шкала безнадежности (А. Бек); методика диагностики наличия и выраженности иррациональных установок (А. Эллис). Математико-статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью корреляционного анализа по Спирмену. Выборку исследования составили 60 человек в возрасте от 15 до 17 лет. Выявлена взаимосвязь тревожности, депрессивной симптоматики, переживания одиночества, безнадежности у юношей и девушек с такими иррациональными установками, как долженствование в отношении себя, оценочной установкой и фрустрационной толерантностью. Чем сильнее выражены депрессивные симптомы, острее переживается одиночество и безнадежность, тем менее жёсткие установка долженствования в отношении себя и оценочная установка. В случае выраженной тревожности, оценочная установка и фрустрационная толерантность становятся слабее. Полученные результаты обнаруживают две тенденции. С одной стороны, при выраженных негативных эмоциональных состояниях (тревожность, депрессивные состояния, переживание одиночества, безнадежность) снижается неблагоприятное действие иррациональных установок (долженствование в отношении себя, оценочная установка), с другой стороны, ослабление стрессоустойчивости обнаружено при повышении тревожности.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, суицидальные риски, иррациональные установки, юношеский возраст

**Актуальность.** Сегодня в мировой психологической науке и практике не снижается острота проблемы суицидогенных факторов. Ранний юношеский возраст считается одними из самых рискованных в плане совершения самоубийств (Дмитриева, Короленко, 2015). В данный возрастной период не хватает опыта, знаний и умений конструктивного разрешения конфликтных и кризисных ситуаций. В связи с этим, зачастую проблемные ситуации решаются деструктивным способом — суицидом (Hardt и др., 2015). В качестве основных причин принятия решения о самостоятельном уходе из жизни выступает неблагополучие в семье (Заболотская, 2009; Акопян, 2023), состояние соматического и психического здоровья (Randall и др., 2014), конфликты, связанные с учебной или работой, а также материально-бытовые трудности (Казакова, Лapidус, 2013).

Суицидальное поведение осмыслено в психологии как форма психической и поведенческой активности, которое преследует цель добровольного самоуничтожения (Олифинович, Коптева, 2022). Суицид является последним шагом в процессе социальной и личностной дезадаптации (Пырьев, Очеретина, 2020). Суицидальное поведение — сложное

и неоднозначное проявление человеческого бытия (Романова, 2024), имеет физиологическую, психическую, психологическую, социальную природу (Чернова, Ким, 2022). Оно связано как с идеей смерти или саморазрушения, и, наряду с этим, бессознательно направлено на попытку изменения поведения окружающих (Чагин, 2020). Важно подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев суицидальное поведение выступает как крик о помощи, как попытка привлечь к себе внимание (Фролов, 2020), удовлетворить важные межличностные потребности (во внимании, любви, заботе, безопасности, значимости и др.).

По мнению исследователей в случае наличия рисков суицида обнаруживаются особенности психологического устройства юношей и девушек, в частности, потеря жизненных интересов, замкнутость, неумение переключаться на полезную деятельность, низкая психологическая культура (Романова, 2024), слабая степень осознания своих значимых потребностей, неспособность найти способы их удовлетворения, низкий самоконтроль, отказ от решения проблемных ситуаций (Казакова и Лапидус, 2013), депрессия и стресс (Ощепков, Салахова, 2020; Hardt и др., 2015), низкая ценность жизни, аутоагрессия, неуверенность, ригидность, несамостоятельность (Дмитриева и Короленко, 2015). Вместе с этим, спектр психологических особенностей юношей и девушек с суицидальными рисками можно дополнить следующими: нарушение межличностных отношений, злоупотребление алкоголем, не пережитая психологическая травма, резкое расхождение ожиданий и реальных достижений, нарушение пищевого поведения, пренебрежительное отношение к внешнему виду, отсутствие планов на будущее, чувство одиночества, вины, ненужности, грусти (Ширина, 2024).

**Постановка проблемы.** На основе анализа научной психологической литературы установлено, что такие когнитивные детерминанты, определяющие характер представлений о мире и детерминирующие поведение, как иррациональные установки, не достаточно изучены. Иррациональные установки осмыслены в психологии как жёсткие когнитивно-эмоциональные связи, конфронтующие с реальностью и противоречащие объективным условиям, закономерно приводящие к дезадаптации личности (Ремеева и Пальчиков, 2013). Система иррациональных установок человека о мире выступает в качестве источника психологических нарушений, приводит к затяжным, неадекватным эмоциональным проявлениям, тревожно-фобическим, депрессивным, соматоформным расстройствам и др. (Мизинова, Караваева, Полтораки и Белан, 2017).

Цель исследования — изучение взаимосвязи суицидальных рисков и иррациональных установок у юношей и девушек.

**Методы и материалы.** Сбор эмпирических данных осуществлялся посредством психодиагностических методик: методика изучения склонности к суицидальному поведению (Горская М.В.) использовалась

для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности как параметров, определяющих склонность к суицидальному поведению; диагностический опросник «Одиночество» (Корчагина С.Г.), проводился с целью диагностики глубины переживания одиночества; опросник детской депрессии (Ковач М.) применялся для изучения выраженности депрессивных симптомов; шкала безнадежности (Бек А.) предназначалась для изучения выраженности ощущения безнадежности; методика диагностики наличия и выраженности иррациональных установок (Эллис А.) использовалась с целью выявления и выраженности иррациональных убеждений. Математико-статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью корреляционного анализа по Спирмену.

Выборку исследования составили 60 человек в возрасте от 15 до 17 лет (43 % юношей и 52 % девушек).

**Результаты исследования.** Тревожность, фрустрация, агрессия и ригидность как параметры, определяющие склонность к суицидальному поведению, достаточно выражены в исследуемой группе (таблица 1).

*Таблица 1*

**Склонность к суицидальному поведению юношей и девушек**

Показатели	Степень выраженности		
	Высокая	Средняя	Низкая
Тревожность	26 %	40 %	14 %
Фрустрация	23 %	35 %	42 %
Агрессия	31 %	60 %	9 %
Ригидность	30 %	61 %	9 %

Большинство юношей и девушек агрессивны (31 % высокая и 60 % средняя степень выраженности) и ригидны (30 % высокая и 61 % средняя степень выраженности). Они достаточно тревожны (26 % высокая и 40 % средняя степень выраженности), характеризуются низкой стрессоустойчивостью в ситуациях фрустрации (23 % высокая и 35 % средняя степень выраженности).

Практически все юноши и девушки, принявшие участие в исследовании, в той или иной степени переживают состояние одиночества (таблица 2).

*Таблица 2*

**Глубина переживания одиночества у юношей и девушек**

Глубина переживания одиночества			
Очень глубокое	Глубокое	Неглубокое	Не выявлено
10 %	41,6 %	43,4 %	5 %



Важно отметить, что практически половина респондентов чувствуют себя одинокими, 10 % из них очень глубоко переживают одиночество, 41,6 % глубоко переживают актуальное одиночество, 43,4 % опрошенных не переживают одиночество в актуальный период жизни, однако бояться встретиться с данным переживанием в будущем.

Выраженность депрессивных симптомов у юношей и девушек отражена в таблице 3.

Таблица 3

### Депрессивные симптомы у юношей и девушек

Уровень выраженности депрессивных симптомов								
Очень значительно превышает средний уровень	Значительно выше среднего уровня	Выше среднего уровня	Чуть выше среднего уровня	Средний уровень	Чуть ниже среднего уровня	Ниже среднего уровня	Много ниже среднего уровня	Значительно ниже среднего уровня
8,3 %	15 %	10 %	11,6 %	38,3 %	11,6 %	3,3 %	1,6 %	0

Представленные результаты наглядно демонстрируют наличие спектра депрессивных симптомов у юношей и девушек — общее снижения настроения, высокий уровень истощаемости, негативная оценка себя и своей жизни, ожидание неприятностей, идентификация себя с ролью «плохого», агрессивное поведение, высокий негативизм непослушание, наличие чувства одиночества, суицидальные мысли. Обращает на себя внимание, что у 38,3 % респондентов депрессивные симптомы выражены на среднем уровне, у 44,9 % юношей и девушек данные симптомы выражены ярко. 23,3 % респондентов вошли в группу риска, что означает необходимость углубленного изучения данных юношей и девушек на предмет идентификации депрессивного заболевания. Лишь у 16,5 % опрошенных депрессивная симптоматика слабо выражена, либо отсутствует.

Таблица 4 содержит данные относительно выраженности ощущения безнадежности у юношей и девушек.

Таблица 4

### Безнадежность в переживаниях у юношей и девушек

Выраженность ощущения безнадежности			
Тяжелая	Умеренная	Легкая	Не выявлена
10 %	23 %	21 %	46 %

Результаты диагностики степени выраженности безнадежности у юношей и девушек показали, что тяжелая безнадежность встречается у 10 %, умеренная у 23 %, легкая у 21 % респондентов. У 46 % юношей и девушек ощущение безнадежности не выявлено. Обращает на себя внимание тот факт, что третья часть респондентов имеют негативные ожидания относительно своего ближнего и дальнего будущего. Они полагают, что все в их жизни будет идти не так, как задумывалось; что они никогда ни в чем не преуспеют; их жизненные сложности никогда не будут разрешены.

Изучение иррациональных установок позволило зафиксировать их сформированность у большинства участников исследования (таблица 5).

Таблица 5

**Наличие и выраженность иррациональных установок  
юношей и девушек**

Иррациональные установки	Наличие и выраженность иррациональной установки		
	Присутствует и ярко выражена	Присутствует	Не выявлена
Катастрофизация	48 %	46 %	6 %
Долженствование в отношении себя	41 %	53 %	6 %
Долженствование в отношении других	21 %	68 %	11 %
Оценочная установка	18 %	60 %	22 %
Фрустрационная толерантность	34 %	58 %	8 %

У данной выборки присутствуют и ярко выражены такие иррациональные установки, как катастрофизация (48 %) и долженствование в отношении себя (41 %). Вследствие «работы» установки катастрофизации юноши и девушки склонны преувеличивать негативные аспекты неблагоприятных событий, оценивать каждое из них как катастрофичное, ужасное, невыносимое. Иррациональная установка долженствования указывает на доминирование идеи долга в картине мира человека. У юношей и девушек, участвовавших в исследовании, доминирует идея долженствования в отношении себя, убежденность в необходимости добиваться успеха, получать одобрение от окружающих.

Корреляционный анализ доказал наличие взаимосвязей параметров риска суицидального поведения и иррациональных установок (таблица 6).

**Результаты корреляционного анализа показателей риска  
суицидального поведения и иррациональных установок юношей  
и девушек**

Показатели	Иррациональные установки					
	Долженствование в отношении себя		Оценочная установка		Фрустрационная толерантность	
	г	р	г	р	г	р
Тревожность			-0,26	0,05	-0,48	0,001
Депрессивные симптомы	-0,33	0,01	-0,34	0,008		
Одиночество	-0,32	0,01	-0,41	0,001		
Безнадежность	-0,33	0,01	-0,34	0,008		

Тревожность имеет обратные корреляционные связи с фрустрационной толерантностью ( $r=-0,48$ ,  $p=0,001$ ) и оценочной установкой ( $r=-0,26$ ,  $p=0,05$ ). Депрессивная симптоматика связана обратными корреляциями с оценочной установкой ( $r=-0,34$ ,  $p=0,008$ ) и установкой на долженствование в отношении себя ( $r=-0,33$ ,  $p=0,01$ ). Переживание одиночества связано обратными корреляционными связями с оценочной установкой ( $r=-0,41$ ,  $p=0,001$ ) и установкой на долженствование в отношении себя ( $r=-0,32$ ,  $p=0,01$ ). Также обратные корреляционные связи обнаружены между безнадежностью и оценочной установкой ( $r=-0,34$ ,  $p=0,008$ ), установкой на долженствование в отношении себя ( $r=-0,33$ ,  $p=0,01$ ). Так, с повышением степени выраженности тревожности, депрессивной симптоматики, одиночества, безнадежности, оценочная установка ослабевает. Чем сильнее выражены депрессивные симптомы, острее переживание одиночества и безнадежности, тем менее жёсткими становятся установка долженствования в отношении себя и оценочная установка. При выраженной тревожности фрустрационная толерантность оказывается слабее.

Таким образом, результаты исследования позволили зафиксировать взаимосвязь показателей тревожности, депрессивной симптоматики, переживания одиночества, безнадежности у юношей и девушек с такими иррациональными установками, как долженствование в отношении себя, оценочной установкой и фрустрационной толерантностью. Более тревожные, депрессивные респонденты, склонные к переживанию одиночества и безнадежности, реже оценивают личность другого стереотипно, скорее им свойственно обращать внимание на индивидуальные черты и поступки человека. Юноши и девушки с выраженной депрессивной симптоматикой, погруженные в чувство одиночества и безнадежности,

не склонны предъявлять к себе завышенные требования. В случае высокой тревожности уровень стрессоустойчивости снижается.

Полученные результаты обнаруживают две тенденции. С одной стороны, при выраженных негативных эмоциональных состояниях (тревожность, депрессивные состояния, переживание одиночества, безнадежность) снижается неблагоприятное действие иррациональных установок (долженствование в отношении себя, оценочная установка), что, возможно, способствует снижению стрессовой нагрузки и, как следствие, ослаблению суицидального риска. С другой стороны, ослабление стрессоустойчивости при выраженной тревожности может повлечь за собой обострение рискованного суицидального поведения. Данные результаты расширяют границы научного осмысления факторов, как обостряющих суицидальные риски, так и формирующих антисуицидальный потенциал личности.

Важно подчеркнуть необходимость профилактической работы с юношами и девушками с целью снижения рисков формирования суицидальных намерений. В качестве основных мишеней психопрофилактики, согласно полученным результатам, могут стать проработка иррациональных убеждений, развитие стрессоустойчивости в ситуации фрустрации, снижение тревоги, ослабление депрессивных симптомов, остроты переживания одиночества и безнадежности.

### Список литературы

1. Акопян С. А. Аутоагрессия и суицидальное поведение подростков: эпидемиология и факторы риска // Тенденции развития науки и образования. 2023. № 100-4. С. 8-12.
2. Дмитриева Н. В., Короленко Ц. П., Левина Л. В. Психологические особенности личности суицидальных подростков // Вестник Кемеровского государственного университета. 2015. Т. 1, № 1 (61). С. 127-134.
3. Заблочкая А. Г. Соотношение социальных и биологических факторов суицида подростков // Вестник Волгоградской академии МВД России. 2009. № 3 (10). С. 188-191.
4. Казакова Д. Ю., Лапидус В. А. Проблема подросткового суицида в современной России // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2013. № 9. С. 131-135.
5. Иррациональные когнитивные установки больных с тревожно-фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии / Е. Б. Мизинова, Т. А. Караваяева, С. В. Полторака, Р. М. Белан // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 1. С. 53-57.
6. Олифиревич Н. И., Коптева С. И. Суицидальное поведение подростков: проявления, формы, протективные факторы // Адукация і выхаванне. 2022. № 11 (371). С. 24-30.
7. Ощепков А. А., Салахова В. Б. Антисуицидальный потенциал: обоснование понятия // Симбирский научный вестник. 2020. № 1-2 (39-40). С. 83-89.
8. Пырьев Е. А., Очеретина Ю. А. Эмоциональные мотивы суицидального поведения подростков // Вестник пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2020. № 4. С. 596-609.

9. Ремеева А. Ф., Пальчиков И. А. Особенности иррациональных установок девиантных подростков // Психология и право. 2013. Т. 3, № 2. URL: [https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2013\\_n2/61028](https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2013_n2/61028) (дата обращения: 28.05.2024).

10. Романова Е. В. Нефатальное суицидальное поведение детей и подростков: к вопросу о терминологии // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2024. № 14. С. 38-44.

11. Фролов М. Г. Суицид и суицидальное поведение несовершеннолетних: детерминация и профилактика // Вестник ТвГУ. 2020. Серия «Право». № 2 (62). С. 151-158.

12. Ширина О. С. Суицидальное поведение среди подростков: личностные особенности, причины и стратегии психологической профилактики // Вестник науки. 2024. Т. 1, № 6 (75). С. 1276-1283.

13. Чагин В. С. Суицидальное поведение подростков и молодежи: основы научной рефлексии // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2020. № 1 (254). С. 131-135.

14. Чернова А. А., Ким В. В. Обзор российских и зарубежных исследований по проблеме аутоагрессивного поведения личности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11, № 6-1. С. 262-271.

15. Hardt J., Bernert S., Matschinger H. Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMED // Journal of Affective Disorders. 2015. Vol. 175. P. 168-174. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.044. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25618003/> (date of access: 09.08.2024).

16. Randall J. R., Randy W., Finlayson G. Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2014. Vol. 59, № 10. P. 531-538. DOI: 10.1177/070674371405901006. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197787/> (date of access: 11.09.2024).

**УДК 316.346.32-053.6**

## **ФОРМИРОВАНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАКУРСЕ ЛИЧНОСТНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ**

**А. Р. Рафикова**

*Академия управления при Президенте Республики Беларусь,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Аннотация.** Социальные эталоны задаются в непосредственном окружении, в семье, в учреждении образования, на работе (корпоративная культура) и т. д. Конечно, немаловажную роль играет в данном вопросе личностное отношение руководителей к ценности здоровья, от руководителя страны до руководителя отдельного учреждения или предприятия. Именно руководитель, пропуская через свое сознание, взаимодействует

с обществом, оказывая воздействие на подчиненных, передавая им свои знания, поддерживая претворение в жизнь здоровьесберегающих стратегий поведения, мотивируя деятельность в сфере здоровьесбережения. Соответственно актуализируется роль современного руководителя в создании предпосылок для повышения качества жизни населения республики как проводника (интерлокера) грамотной политики по здоровьесбережению. Вследствие этого общество оказывается в существенной зависимости от валеологической компетентности и валеологической этики руководителя. В исследовании выявлено несовпадение субъективного отношения руководителей к здоровому образу жизни с реальными поведенческими установками, реализуемыми в повседневной жизнедеятельности. Определены предпосылки по формированию корпоративной культуры здоровьесбережения в вверенном органе государственного управления на основе личностной культуры здорового образа жизни руководителя.

**Ключевые слова:** руководитель; культура здоровьесбережения; государственное управление; трудовые ресурсы; здоровый образ жизни

**Актуальность.** Показатели внутренних резервов социально-экономического потенциала любой страны зависят от здоровья населения, причем в понимании «total population», рассматривая каждую категорию населения как будущие трудовые ресурсы, непосредственно трудовые ресурсы и старший возраст — с позиции потенциального профессионального и творческого долголетия. Особую актуальность меры по здоровьесбережению трудового потенциала имеют для такой страны как Республика Беларусь, для которой человеческий капитал является важнейшим фактором поступательного экономического развития государства при недостаточности природных ресурсов.

Сохраняющаяся с 2009 года негативная тенденция к уменьшению численности трудовых ресурсов в республике проявляется в показателях рынка труда. На начало 2024 года средняя конкуренция на рынке труда по итогам анализа периода с января по март составила порядка 6,3 резюме на одну вакансию (Индекс *rabota.by*, 2024). В сравнении с 2023-м годом, конкуренция снизилась — за такой же период она находилась на уровне около 8,6 резюме на одну вакансию. Обычно нормальной для рынка труда можно назвать конкуренцию с соотношением количества 7-8 активных резюме на одну вакансию. В сферах, где она находится ниже этого уровня, у нанимателей могут возникать сложности с поиском сотрудников.

Общая численность рабочей силы также имеет отрицательную динамику. Так в 2018 году показатель составлял 5 141,6 тыс. человек, в 2019 г. — 5 122,4 тыс., в 2020 г. — 5 091,6 тыс., в 2021 г. — 5 047,5 тыс., в 2022 г. — 5 026,8 тыс. (Статистический ежегодник ЕврАзЭС, 2023).

Одной из причин снижения численности трудовых ресурсов является естественная убыль населения трудоспособного возраста. При этом, большая доля случаев преждевременной смертности наступает от управляемых причин. Таким образом, формирование здорового образа жизни населения — это не только вклад в здоровье отдельных работников, но и важная стратегическая задача для экономики всей страны.

**Постановка проблемы.** При анализе факторов, влияющих на активность здоровьесберегающей деятельности населения необходимо учитывать ведущую роль внутренних стимулов человека, выступающих мотивацией к действию, направленной через самосознание на удовлетворение потребностей личности. Именно деятельность, а не просто рефлексия или декларация лежит в основе продуктивности мер по здоровьесбережению.

В основе смыслового содержания категории «здоровьесбережение» лежит ориентация деятельности личности в направлении формирования, сохранения и усиления своего здоровья, позволяющая человеку выполнять профессиональные, общественные и бытовые функции в оптимальных для здоровья условиях. Поскольку деятельность стимулируется мотивацией удовлетворения потребностей, соответственно категория «здоровьесбережение» — это категория культурного плана, а активность населения по здоровьесбережению обусловлена степенью сформированности ценностного отношения к здоровью, поведенческих установок и стереотипов, ориентированных на «здоровый образ жизни». Таким образом, «культура здоровьесбережения» — это поведенческие установки групп людей и отдельной личности на основе совокупности идей, знаний, пониманий, интерпретаций в области охраны и укрепления здоровья, определяющие их выбор относительно здорового образа жизни (Нечаев, 2020). Соответственно, вопрос здоровьесбережения следует рассматривать шире, нежели организация здоровьесберегающих мероприятий для населения. При этом, менеджмент-влияние государства на процесс формирования культуры здорового образа жизни ограничено, поскольку природой субкультур всех культурных проявлений в обществе, даже тех, которые преобладают и широко распространены на локальном уровне, трудно управлять.

**Методы и материалы.** Были изучены характеристики отношения руководителей системы госуправления к здоровьесберегающей деятельности как части корпоративной культуры в органе управления по месту работы. Для этого был использован метод опроса-интервью по специально разработанной анкете. В опросе приняли участие 87 респондентов из числа руководителей, заместителей руководителей предприятий и госорганов, а также лиц, состоящих в перспективном кадровом резерве.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования показали, что большая часть респондентов имеет положительное субъективное отношение к здоровому образу жизни как средству поддержания здоровья и высокого уровня социальной активности. Так, 92,4 % респондентов высказали интерес к здоровому образу жизни, как актуальной части собственной жизнедеятельности. В основе данной социально-психологической ориентации респонденты называют осознание ценности хорошего здоровья, как одной из приоритетных жизненных ценностей и прямое влияние здорового образа жизни на показатели здоровья.

Ассоциация здорового образа жизни с ведущим фактором сохранения и укрепления здоровья подтверждается ответами на вопрос «На какие показатели жизнедеятельности человека влияет здоровый образ жизни?» В порядке процентного ранжирования респондентами были выделены: на укрепление здоровья — 87,3 %; повышение работоспособности — 68,2 %; обеспечивает хороший психоэмоциональный статус — 54 %; влияет на массу тела — 47,8 %; повышает эффективность профессиональной деятельности, способствует — 45,3 %; укрепляет семейные отношения — 39,4 %.

На вопрос: «Что Вы понимаете под культурой здоровьесбережения?» были получены следующие ответы. Так, более половины респондентов считают, что это регулярные систематические занятия физкультурной деятельностью (64,6 %). Также респонденты считают, что это культура правильного питания (51,3 %); регулярные медицинские осмотры и диспансеризация (46,7 %); соблюдение режима дня и рациональное чередование труда и отдыха (40,2 %).

Однако следует также выделить несовпадение субъективного отношения руководителей к здоровому образу жизни с реальными поведенческими установками, реализуемыми респондентами в повседневной жизнедеятельности. Только 15,2 % опрошенных указали, что действительно на регулярной основе: занимаются оздоровительным фитнесом и спортом; 11,2 % — следят за питанием. Считают, что в целом ведут здоровый образ жизни, но с оговорками — 23 %.

Придают значение характеру образа жизни своих подчиненных 46 % респондентов, инициируют и поддерживают мероприятия по здоровьесбережению во вверенном органе госуправления — 68 %; считают, что такие мероприятия отвлекают от работы и занимают много времени — 12 %.

Таким образом, совокупность данных проведенного опроса свидетельствует, что большинство руководителей при положительном отношении к здоровому образу жизни на декларативном уровне в реальной жизни не соблюдает его стандарты.

При этом, на вопрос: «Проявляли бы Вы активность в здоровьесберегающей деятельности, если бы это требовалось или каким-либо способом



поощрялось вышестоящим руководством?» подавляющее большинство руководителей признались, что проявляли бы большую активность при условии внимания к ней со стороны непосредственного выше стоящего руководителя (96,5 %). Это свидетельствует о ведущей роли работодателя в формировании идеи здорового образа жизни и управлении здоровьем сотрудников.

**Вывод.** Инертность человека в отношении здоровьесберегающей деятельности при условии относительного психофизического благополучия можно преодолеть при изменении приоритетности этой деятельности в иерархии культурных ценностей человека. Когда речь идет о работающем человеке, то культура здорового образа жизни присваивается на личностном уровне, если она является внутрикорпоративной культурой, принятой всеми сотрудниками. Этот компонент культуры в широком спектре других компонентов также является командообразующим фактором на макроуровне организации.

В этом смысле роль руководителя как интерлокера культуры здоровьесбережения в организационной среде является ключевой. При этом, сами руководители должны разделять идею активной здоровьесберегающей деятельности на основе культуры здорового образа жизни всех членов трудового коллектива.

Предпосылками повышения мотивации руководителей по формированию культуры здоровьесбережения по месту работы следует обозначить:

- укрепление имиджа привлекательного работодателя. Руководитель, заботящийся о здоровье своих сотрудников, сам являющийся адептом здорового образа жизни представляет организацию, которая в ряду других, равных по остальным условиям, будет более выгодным местом работы. Иногда для работника социальный пакет, в который включены мероприятия, относящиеся к управлению здоровьем, может значить больше, чем другие условия организационной среды;
- перспектива улучшения самочувствия, работоспособности и устойчивости к заболеваниям работников и, как следствие, повышение производительности труда. Руководитель как работодатель, конечно, не может изменить жизнь своего работника, но он может вменить в обязанности (или условно добровольно) ряд правил поведения (например, не курить в течение рабочего дня) и участие в здоровьесберегающих мероприятиях, которые будут полезны. В конечном итоге это способствует внутренней и внешнеэкономической эффективности организации;
- социальная ответственность руководителя, как в отношении своих сотрудников, так и государства за сохранение трудовых ресурсов. За период работы в организации у человека, так или иначе, формируются определенные привычки, часть которых связана с корпоративной

культурой, устоями, традициями. Пропагандируя идеи здорового образа жизни, руководитель влияет на формирование культуры личности работников в быту, которая будет проявляться даже после ухода человека из организации;

- повышение привязанности работников к организации и закрепление их в трудовом коллективе на долгосрочной основе. Забота о здоровье сотрудника повышает лояльность семьи к организации, где работает член семьи. Важно отметить, что лояльность членов семьи к месту работы является одним из стратегически важных вопросов мотивации сотрудника и долгосрочности его работы в данной организации (Кошарная и др., 2020).

Также, учитывая, что культура здорового образа жизни — это индивидуально выраженный стиль жизни человека в отношении своего здоровья, который определяется в первую очередь образовательно-когнитивным, мотивационно-ценностным и целевым компонентами. Именно знания определяют кругозор личности, способность к созидательной деятельности в отношении своего здоровья, направленность ее ценностей и оценок результатов деятельности. Соответственно целесообразно активнее привлекать руководителей к образовательным программам по здоровьесберегающей подготовке, реализуемым в республике образовательными учреждениями по программам образования для взрослых и общественными организациями.

### Список литературы

1. Кошарная Г. Б., Данилова Е. А., Маракаева К. М. Корпоративная система управления здоровьем сотрудников // *Siberian socium*. 2020. Т. 4, № 2 (12). С. 76-89.
2. Нечаев В. С., Петрова И. А. К методологии изучения организационных технологий здоровьесбережения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. № 28 (6). С. 1326-1332.
3. Статистический ежегодник Евразийского экономического союза. Текст электронный. URL: <https://docviewer.yandex.by/view/0/?page> (дата обращения: 28.09.2024).
4. Тенденции на рынке труда Беларуси: меньше иностранцев, больше переработок // *Индекс работа. by*. URL: <https://ilex.by/tendentsii-na-rynke-truda-belarusi-menshe-inostrantsev-bolshe-pererabotok/> (дата обращения: 28.09.2024).

## ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ОБРАЗА ТЕЛА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

М. В. Сафонова, Н. П. Булахова

*Красноярский государственный педагогический университет  
им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен обзор научных работ, посвященных восприятию образа тела у мужчин и женщин с расстройством пищевого поведения. Цель данного исследования — теоретически обосновать гипотезу о необходимости учета гендерной специфики РПП при психологическом консультировании клиентов с этим диагнозом.

**Ключевые слова:** расстройства пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия; компульсивное переедание; гендер

**Актуальность.** История расстройств пищевого поведения (РПП) берет свое начало в трудах Авиценны 1115 года (Скугаревский, 2007). В Международную классификацию болезней МКБ-9 они были включены только в 1977 году, а уже в 1980 году на страницах DSM-III впервые появляется полное их описание (Galmiche et al., 2019).

В МКБ-11 РПП определяется как: «аномальное поведение, связанное с приемом пищи, и озабоченность едой, что сопровождается выраженной обеспокоенностью весом и фигурой» (МКБ-11, 2022).

В большем числе работ РПП рассматривают как заболевание, характерное для женщин. Одна из причин кроется в активной трансляция «идеального» образа женского тела как символа успешности и благополучия (Дурнева, 2014), (Труфанова, 2018).

Однако и среди мужчин заметно выросло число тех, кто страдает РПП — соотношение мужчин и женщин 1:10 перешло к 1:9 (Цивилько и др., 2001). В качестве причин таких изменений можно назвать: а) рост числа профессий, где важную роль играют контроль за питанием и поддержание формы — модели, спортсмены, танцоры, актеры; б) калькирование стандартов красоты другой культуры. Например, популярная среди молодежи азиатская культура ориентируется на утонченные феминные мужские образы. По данным М. Херрин, М. Ларкин у представителей азиатской расы размер тела и мышечная масса меньше, чем у европейцев (Херрин, Ларкин, 2022), что указывает на возможность риска дефицита веса и возникновение РПП при стремлении следовать этим стандартам.

**Постановка проблемы.** В этой статье мы предприняли попытку на примере формирования и восприятия образа своего тела, теоретически обосновать гипотезу о необходимости учета гендерной специфики протекания заболевания и психотерапевтических мишеней при психологическом консультировании мужчин и женщин с РПП.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Если рассматривать РПП как родовое понятие, то к факторам, которые повышают риск их возникновения, относят генетический, психологический и социальный. Так, по оценке доли вклада наследственности в среднем для булимии выделяют 55 %, анорексии — 56-70 %, приступообразного переедания — 49-57 % (Кибитов, Мазо, 2016).

К психологическим факторам относят: низкую самооценку, самокритичность, эмоциональную опустошенность, тревожность, ощущение собственной несостоятельности и неполноценности, дисфункциональные когнитивные стили, алекситимию, перфекционизм, субъективное отношение к телу (Дурнева, 2014).

Социальные факторы представлены двумя типами:

1. Семейные причины, включающие в себя особенности воспитания и копинг-стратегии. Например, пища является ведущим источником удовольствия; любой дискомфорт ребенка оценивается матерью как голод; нет научения другим способам поведения во время стресса кроме еды; формальная гиперопека матери, где нужно либо ребенка накормить, либо одеть (Вознесенская, 2004).

2. Социальное окружение, где риск возникновения РПП повышается сложности с социальной адаптацией и налаживаем контакта с другими; влиянием социального представления о внешней привлекательности как атрибута счастья, успешной работы и социального принятия (Дурнева, 2014).

В DSM-5 в к РПП относят нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ), синдром переедания (СП) и РПП без дополнительных указаний. В нашей работе мы рассматриваем НА, НБ, СП.

В DNS-V к диагностическим критериям НА относят: ограничительное потребление еды, что приводит к значительному снижению массы тела; нарушение восприятия массы или формы тела; сильный страх набрать вес и навязчивое поведение, препятствующее этому (American Psychiatry Association, 2013).

О причинах возникновения НА еще нет единого ответа. Например, в психоанализе ее рассматривают как «бессознательное бегство от сексуальной жизни, боязнь стать женщинами» (Труфанова, 2018). В поведенческой психологии считают, что «виноват во всем шоу- и медиабизнес, культивирующий «худосочных идолов» (Там же, с. 59). В психофизиологической концепции причину видят в «нарушении тончайших биохимических процессов головного мозга» (Там же). В отечественной

психологии это: отношения в семье, в частности, с матерью; уровень самооценки и удовлетворенности своим телом; нарушение гендерной идентичности; андрогинность; критика; высокий уровень тревожности; перфекционизм и явная самокритичность (Труфанова, 2018; Келина, 2012).

Диагностические критерии НБ определяются как: повторяющиеся эпизоды приступообразного переедания, которые сопровождаются ощущением потери контроля над количеством съеденного и прибеганием к компенсаторному поведению не реже 1 раза в неделю в течение 3 месяцев (рвота, употребление слабительных, диуретиков или других препаратов, голодание, чрезмерные физические нагрузки) (American Psychiatry Association, 2013).

Для возникновения НБ характерны следующие причины: генетическая предрасположенность к полноте, комплекс неполноценности, выраженная алекситимия, перфекционизм, низкая самооценка и явная неудовлетворенность своим телом, озабоченность употреблением еды, феминность, травмирующие переживания, склонность к зависимостям (Келина, 2012; Труфанова, 2018).

К критериям диагностирования КП относят: повторяющиеся эпизоды чрезмерного потребления пищи за короткое время; ощущение потери контроля над количеством еды и тем, что человек ест (American Psychiatry Association, 2013). Разница между НБ и КП заключается в том, что для КП не предполагает компенсаторного поведения (вызывание рвоты, прием слабительных и пр.).

К причинам, присущим возникновению КП, относят: стремление соответствовать социальным стандартам красоты; эмоциональный дискомфорт, который приводит к «заеданию» стресса; экстернальное пищевое поведение; семейные установки, где пища становится инструментом поддержания и формирования желательного поведения детей (Сидоров, 2011). Зафиксировано, что женщины наиболее предрасположены к проявлению психогенного переедания, чем мужчины. Причем «мужчины переждали в ответ на сильные негативные эмоции, направленные вовне, тогда как женщины были склонны переждать в ответ на внутреннее отвращение к себе» (Сидоров, 2011).

Если говорить о распространенности РПП, то, например, среди жителей США НА представлена у 0,3 % мужчин и 0,9 %, НБ — 1,5 % женщин и 0,5 % мужчин, КП — 3,5 % и 2 % соответственно (Херрин, Ларкин, 2022, с. 21). Отмечается, что, во-первых, у мужчин сложнее диагностировать РПП, поскольку они «менее откровенны в отношении своей проблемы из-за социального клеймения», а во-вторых, в силу большей мышечной массы по сравнению с женщинами, мужчины медленнее теряют в весе (Херрин, Ларкин, 2022).

Восприятие образа тела у женщин с РПП. Исследователи отмечают, что высокие показатели НА у девочек наблюдаются в возрасте 13-20 лет. Возраст же начала НБ варьируется от 16 и до 35 лет (Скугаревский, 2007), причем у 62 % пациентов с НА, не достигших ремиссии, НБ развивается через 8 лет (Труфанова, 2018).

Младший школьный возраст является «переломным моментом для интернализации реалистичных стандартов телесности», поэтому здесь замечен рост числа девочек (35 %), у которых выявлено расхождение реального и идеального образа тела (Белогай, 2021). В пубертатном возрасте отношение к этому у девушек во многом формируется за счет обратной связи членов семьи и позицией матери о пищевом поведении и отношении к собственному телу (Там же, с. 22). В юношеском же возрасте образ становится более позитивным, целостным и внутренне согласованным.

Важность адекватной обратной связи прослеживается и в работе Р.И. Новикова, В.А. Куташова. Как отмечают авторы, у девушек с булимией основой ее формирования может служить «неадекватный образ телесного «Я», искаженный на ранних стадиях развития нарушениями отношения матери и дочери, а также негативное самоотношение девочек» (Новиков, Куташов, 2016).

По замечанию Е.В. Каменецкой Е.В., Т.А. Ребеко, важным в формировании образа тела является гармоничный выход из симбиоза Я от Не-Я в период до 3 лет (Каменецкая, Ребеко, 2014). В этом большую роль играет положительный образ матери, который становится основой формирования базового доверия к миру. В случае если «Я» остается не дифференцирован, человеку сложно осознать границы образа тела. Это приводит к искажению восприятия себя и окружающего мира, что, в свою очередь, формирует амбивалентное отношение к контакту с другими: «С одной стороны, люди остро ощущают одиночество и желают симбиотической близости, с другой стороны, они ощущают угрозу, которую несут любые близкие отношения (так как любые значимые отношения размывают недифференцированную границу между Я и Не-Я)» (Там же, с. 59). Переедание в таком случае позволяет избежать слияния, выдержать период одиночества, а дискомфорт от большого объема пищи служит ключом к ощущению своего тела и его границ.

О влиянии образа матери на формирование отношения к собственному телу у девушек с НА находим у Ю.В. Чебаковой и др. Авторы отмечают, что «возможно, одной из предпосылок нарушения пищевого поведения являются особенности гендерной идентичности у данных больных» (Чебакова и др., 2012). В случае НА без дефицита веса механизм заключается в том, что у ребенка происходит рассогласование гендерного стереотипа (ГС) и гендерного идеала (ГИ), где ГС — феминный, а ГИ представлен образом матери с выраженным маскулинным характером. Внутренний гендер девочки не справляется с их интеграцией, тем самым

выводя на бессознательный уровень маскулинные черты. Механизм НА с дефицитом веса отличается: на формирования гендерной идентичности оказывают влияние ГИ андрогинной матери и ГС, наполненный незначительными феминными чертами: «внутренний гендер, не получая в процессе развития выраженных репрезентаций фемининного и маскулинного полюсов, оказывается недифференцированным, хаотично наполненным теми или иными характеристиками, в связи с чем выраженное значение приобретает фактор социальной желательности» (Там же).

Восприятие образа тела у мужчин с РПП.

М. М. Харланова отмечает две тенденции в мире, где первая — распространение идей феминизма, а вторая — в противовес ей — стремление к яркой маскулинности путем трансформации тела (Харланова, 2015). Последняя приводит к формированию так называемого Комплекса Адониса или к искаженному восприятию мужчиной «образа собственного тела, граничащего с дисморфофобией» (Там же, с. 100).

Для таких мужчин характерны максимально выраженные показатели маскулинности и феминности, с противоположным и стереотипным восприятия женских и мужских образов; в ситуации социального взаимодействия демонстрация феминных качеств. Это приводит к таким формам девиантного поведения, повышающим, по нашему мнению, риск возникновения РПП, как: чрезмерная физическая активность с целью набора массы; соблюдение жесткой диеты, с преобладанием какого-либо компонента, например, белка; прием медикаментов для увеличения мышечной массы и сжиганию жира (Харланова, 2015).

На формирование образа тела мужчин оказывает влияние и профессиональная сфера. Исследуя социальные и психологические факторы риска развития РПП у сотрудников силовых служб С. С. Пиюкова отмечает, что НБ — самое распространенное РПП среди военнослужащих (Пиюкова, 2021). Причем у 13 % наблюдается телесное дисморфическое расстройство. К причинам автор относит: риск возникновения посттравматического стрессового расстройства; противоречивое отношение к еде, где она одновременно почитается и осуждается. Военнослужащие часто попадают в ситуации, в которых за короткий срок нужно съесть сразу большое количество пищи, или же придерживаться дефицита калорий при тренировке (Там же, с. 184).

По замечанию Е. В. Каменецкой и Т. А. Ребеко, «диеты, переедание и очищение могут использоваться либо как способ справиться с тяжелыми чувствами, либо как способ чувствовать контроль над собственной жизнью» (Каменецкая., Ребеко, 2014). На эту тенденцию у мужчин указывает и С. С. Пиюкова: еда и физические нагрузки могут быть использованы как инструмент саморегуляции при тревожности, депрессии и других состояниях. Стремление к перфекционизму может приводить к заикленности на правилах приема пищи и физических упражнениях.

Это дает ощущение контроля и успокоения, что хоть что-то мужчина может контролировать в окружающем хаосе (Пиюкова, 2021). Изменение режима же приводит стыду и чувству вины.

У мужчин синдром НА и НБ приходится на период 15-25 лет. Как отмечают М. А. Цивилько и др., НА начиналось с «характерологического сдвига или медленно нарастающей негативной симптоматики», что тесно связано с «дисморфофобическими переживаниями при наличии преморбидной избыточной полноты, либо с бредовыми расстройствами, касающимися недовольства собственной внешностью, а также с ипохондрическими бредовыми идеями, идеями самосовершенствования, нередко с явлениями метафизической интоксикации» (Цивилько и др., 2001). Возникновению способствуют также сочетание шизоидных и астенических черт характера. Авторы отмечают, что НА у мужчин развивается в рамках шизофренического процесса, «отмечается наследственная отягощенность шизофренией, алкоголизмом, психопатиями, тревожной депрессией, нервной анорексией, различными аномалиями характера» (Там же, с. 40). Однако уже сформированы предпосылки для того, чтобы рассматривать НА у мужчин как самостоятельное заболевание психогенного генеза (Абраменков, 2016).

А. И. Абраменко и Е. А. Бурина на основе обзора различных исследований выделяют несколько групп риска формирования НА и НБ: молодые люди 15-25 лет; представители профессий, связанных с большим вниманием к своему телу; наличие негетеросексуальности (с квинидентичностью) как фактор риска; нецисгендерные мужчины (Абраменков, 2016).

Отмечается, что процесс протекания НА у мужчин и женщин совпадает. Однако на этом фоне выделяется «тяжесть кахексии и глубина вторичных сомато-эндокринных нарушений», что можно рассматривать как результат «недостаточной осведомленности населения и врачей-интернистов о возможности развития нервной анорексии у мужчин и упорной склонностью больных к диссимуляции истинных мотивов похудения» (Брюхин и др., 2016).

**Заключение.** Обобщая полученные данные, отметим, что значительные различия обнаружены в формировании и протекании НА: у мужчин — это связано во многом с сочетанием шизоидных и астенических черт характера, у женщин, в частности, гендерной идентификацией маскулинным или андрогинным гендерным идеалом.

Для мужчин и для женщин контроль над едой дает ощущение безопасности, стабильности и способности управлять своей жизнью. Однако различия видны в компенсаторном поведении: в работах указывается, что женщины чаще прибегают к вызову рвоты, приема слабительных препаратов и пр., у мужчин — это заикленность на жестком плане питания и тренировках.



Обзор научной литературы показал значительную дефицитность исследований РПП у мужчин, что указывает на перспективность изучения гендерной специфики формирования и протекания РПП.

### Список литературы

1. Абраменков А. И., Бурина Е. А. Синдромы нервной булимии и нервной анорексии у мужчин с позиции биопсихосоциального подхода // Интерактивная наука. 2016. № 6. С. 49-53. DOI: 10.21 661/r-112331

2. Белогай К. Н. Образ тела женщины: онтогенетические и социокультурные аспекты развития, возрастнo-психологическая изменчивость: специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Кемерово, 2021. 40 с.

3. Брюхин А. Е., Марилех В. В., Линева Т. Ю. Особенности патоморфоза нервной анорексии у мужчин // Архивъ внутренней медицины. 2016. № S1. С. 99.

4. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. Текст: электронный // Ожирение и метаболизм. 2004. № 2. URL: <https://clck.ru/35quF8> (дата обращения: 25.09.2023).

5. Дурнева М. Ю. Формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста: специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Москва, 2014. 30 с.

6. Каменецкая Е. В., Ребеко Т. А. Телесный образ я у лиц с нарушением пищевого поведения // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2014. Т. 20, № 4. С. 58-64.

7. Келина М. Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушенный пищевого поведения // Вестник МГЛУ. 2012. № 640. С. 158-165.

8. Кибитов А. О., Мазо Г. Э. Генетические исследования нарушений пищевого поведения: выход из замкнутого круга нозологической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 4. С. 63-70.

9. МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости: [сайт]. 2022. URL: <https://clck.ru/3BYyBX> (дата обращения: 25.09.2023).

10. Новиков Р. И., Куташов В. А. Восприятие образа тела при булимии // Центральный научный вестник. 2016. № 16. С. 39-41.

11. Пилюкова С. С. Социальные и психологические факторы риска развития нарушений пищевого поведения у мужчин — сотрудников силовых ведомств // Юридическая наука и практика: Альманах научных трудов Самарского юридического института ФСИН России. Вып. 9, Ч. 1. Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2021. С. 182-185.

12. Сидоров А. В. Психологические модели переживания и ожирения // Российский психологический журнал. 2011. № 8 (3). С. 30-40.

13. Скугаревский О. А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.

14. Труфанова О. К. Психологические факторы нарушений пищевого поведения // Инновационная наука: Психология, Педагогика, Дефектология. 2018. № 2. Текст: электронный. URL: <https://clck.ru/35tQrc> (дата обращения: 28.09.2023).

15. Харланова М. М. Особенности формирования телесного аспекта гендерной идентичности у мужчин // Психология и право. 2015. Т. 5, № 3. С. 98-105. DOI 10.17759/psylaw.2015050309.

16. Херрин М., Ларкин М. Консультирование по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения/пер. с англ. В.А. Белоковской. Киев: Диалектика, 2022. 462 с.

17. Об особенностях нервной анорексии у мужчин/М.А. Цивилько, М.В. Коркина, А.Е. Брюхин [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2001. № 1. С. 40-42.

18. Чебакова Ю.В., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией. Текст: электронный // Психологические исследования. 2012. Т. 5, № 25. С. 6. URL: <https://elck.ru/3DiYg8> (дата обращения: 28.09.2023). DOI 10.54359/ps.v5i25.748.

19. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 329-354.

20. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review/M. Galmiche, P. Déchelotte, G. Lambert, M.P. Tavolacci // The American Journal of Clinical Nutrition. 2019. Vol. 109, № 5. P. 1402-1413.

УДК 159.9.01:159.94

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОМИНИРУЮЩИХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ И СУБЪЕКТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Е. С. Тетерина**

*Сибирский университет потребительской кооперации,  
г. Новосибирск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье анализируются доминирующие тенденции и особенности в принятии решений как устоявшиеся поведенческие стратегии, которые предпочитают использовать студенты в своей повседневной жизни при совершении личностного выбора. Исследуется наличие склонности к нарушению здорового образа жизни студенческой молодежью и их субъективное отношение к своему здоровью в эмоциональной, практической, познавательной сферах, и в сфере, совершаемых ими поступков. Целью данного исследования является выявление взаимосвязей между такими тенденциями в принятии решений, как минимизация, сатисфизация, максимизация, готовность к риску и рационализация и личностные особенности отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни у студентов второго курса специального профессионального образования. Исследование проводилось с использованием ряда диагностических методик, направленных на выявление тенденций и особенностей в принятии решений, индекса отношения к здоровью и выраженности склонности к нарушению здорового поведения по различным шкалам (тяга к курению, алкоголю, пренебрежение безопасностью и другим). В результате проведенного исследования

выявлен ряд взаимосвязей между доминирующими тенденциями в принятии решений и выраженными склонностями к нарушениям здорового поведения.

**Ключевые слова:** принятие решений, здоровье, здоровый образ жизни

**Актуальность.** Тема здоровья всегда является актуальной и одной из первостепенных по своей важности для будущего развития и благополучия нашего общества. Нынешнее поколение студентов — это будущее нашей нации и знание о том, как они принимают решения, какие стратегии выбирают при совершении выбора, их субъективное отношение к здоровью, может дать нам много информации об их внутренних мотивах, отношениях к важным жизненным сферам, их сильных и слабых сторонах характера и других личностно-психологических аспектах.

**Постановка проблемы.** В связи с этим видится важным более углубленный анализ аспектов субъективного отношения к теме здоровья современного поколения студентов. Чему на наш взгляд может способствовать выявление определенных закономерностей и взаимосвязей между особенностями отношения к здоровью и доминирующими стратегиями поведения (адаптивных и дезадаптивных) при принятии решений. Наше исследование основано на предположении, что между особенностями отношения к своему здоровью молодых людей и предпочтительными поведенческими стратегиями, которым они следуют при совершении повседневных актов выбора и принятия решений, существует взаимосвязь, которая, в том числе, обуславливает выбор здорового образа жизни или отказ от такого выбора. Полученные в ходе исследования данные могут способствовать расширению представлений об отношении современной молодежи к собственному здоровью и помочь в разработке эффективных программ, направленных на улучшение качества жизни людей, и в целом, на формирование здоровой психологической атмосферы в обществе и повышения уровня здоровья населения.

#### **Методы и материалы.**

1. Опросник «Личностные факторы принятия решений, ЛФР-25» (Корнилова Т. В.) позволяющий определить степень выраженности таких личностных факторов, влияющих на принятие решений, как «готовность к риску» и «рациональность».

2. Опросник «Тенденции в принятии решений» (Разваляева А. Ю.), исследующий склонности к стратегиям максимизации, минимизации и сатисфизации, которые различаются по степени усилий, которые респондент затрачивает при принятии решений.

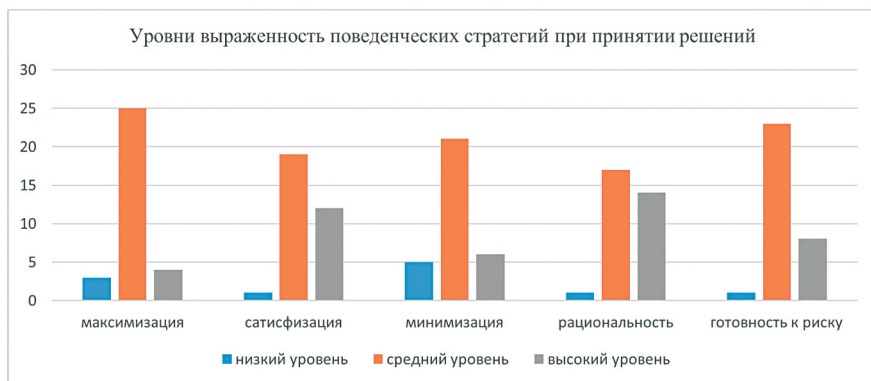
3. «Опросник нарушений здорового поведения» (Луценко Е. Л., Габелкова О. Е.), направленный на диагностику общей склонности к нарушениям здорового поведения, а также отдельных показателей тяги к курению, алкоголю, переяданию, саморазрушительному поведению и др.

4. Опросник «Индекс отношения к здоровью» (Дерябо С.Д., Ясвин В.), рассматривает отношение к здоровью с точки зрения сферы интересов (эмоциональная, практическая, познавательная, поступочная) и степени интенсивности погруженности человека в изучение вопросов здоровья.

В исследовании приняли участие 32 студента (8 — мужского пола, 24 — женского пола) возраста 18-20 лет (средний возраст 19 лет), обучающиеся на втором курсе колледжа на базе 11 классов Сибирского государственного университета потребительской кооперации города Новосибирска.

**Результаты исследования.** На рисунках 1-3 представлены обобщенные результаты анализа данных, полученных в ходе применения выбранных методик исследования.

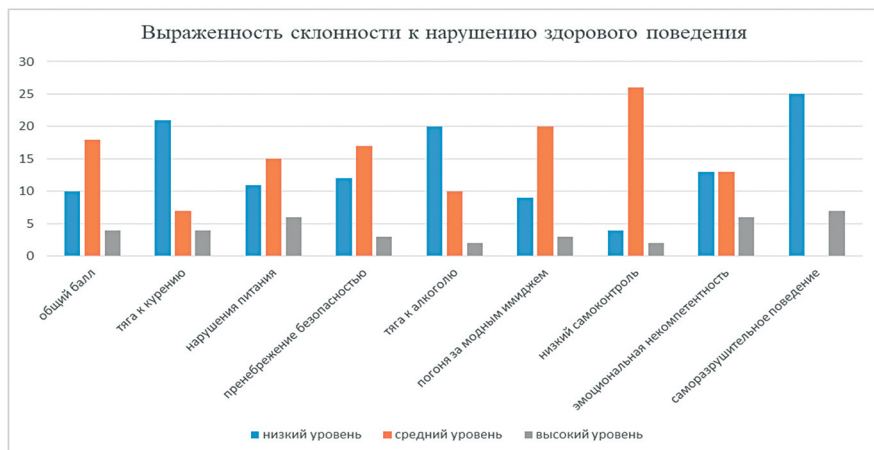
Для исследования и выявления ведущих стратегий принятия решений у студентов были использованы методики «Тенденции в принятии решений» А.Ю. Разваляевой и «Личностные факторы принятия решений, ЛФР-25» Т.В. Корниловой. Большинство студентов (78 %) проявили средний уровень выраженности стратегии максимизации, которая, наряду с сатисфизацией, является одной из двух продуктивных стратегий, предложенных Г. Саймоном в своей теории удовлетворенности. Выбор стратегии максимизации может свидетельствовать о попытках поиска наилучшего варианта для решения проблемы, однако учитывая энергозатратность данной стратегии, только 13 % студентов показали высокий уровень выраженности данной поведенческой стратегии. Наибольшее число студентов показали высокий (38 %) и средний уровни выраженности (59 %) стратегии сатисфизации, которая характеризуется стремлением, остановится на первой приемлемой альтернативе, без длительного перебора вариантов выбора. Также у 66 % респондентов наблюдается средний уровень выраженности стратегии минимизации, 19 % студентов проявили высокий уровень выраженности данной непродуктивной стратегии, которая проявляется в склонности к экономии энергии и тенденции к лени, и характеризуется отказом от когнитивных усилий. Практически вся группа испытуемых показали высокий (44 %) и средний (53 %) уровень выраженности рациональности как фактора, определяющего стратегию поведения в ситуации выбора, что может свидетельствовать о стремлении выбрать не лучшую, а удовлетворяющую альтернативу (Корнилова, 2005). В совокупности с фактором «готовности к риску», по которому большинство студентов проявили средний (72 %) и высокий (25 %) уровни выраженности показателя, это может свидетельствовать о готовности действовать в ситуации неопределенности и полагаться на свой потенциал, принимать решения и брать на себя разумные риски и ответственность за принятые решения (Корнилова, 1994).



*Рис. 1. Уровни выраженности поведенческих стратегий при принятии решений*

Как видно на рисунке 2 большинство студентов показали средний (56 %) и низкий (31 %) уровни нарушений здорового поведения и только 13 % респондентов показали высокий уровень выраженности нездоровых поведенческих паттернов. Согласно авторам Е. Л. Луценко, О. Е. Габелковой, данная методика была разработана с учетом фактора социальной желательности, с целью избежать возможной фальсификации ответов на слишком очевидные вопросы, касающиеся нарушений здорового поведения и наличия нездоровых привычек (Луценко, Габелкова, 2013). Поэтому в методике предлагаются более завуалированные формы вопросов, описывающие пренебрежительное отношение к своему здоровью в виде социально приемлемой формы поведения. Часть показателей такие, как «тяга к курению» и «тяга к алкоголю» содержат более очевидные вопросы и, возможно, это послужило причиной тому, что по данным шкалам были получены достаточно оптимистичные результаты.

Низкий уровень по шкале «тяга к курению» показали 66 % студентов, и по шкале «тяга к алкоголю» — 63 % студентов, то есть большинство группы не испытывают тяги к курению и алкоголю. Что касается менее «прозрачных» шкал таких как «погоня за модным имиджем», «низкий самоконтроль», «эмоциональная некомпетентность», «пренебрежение безопасностью», «нарушения питания», подавляющее меньшинство студентов показали низкий уровень нарушений по этим показателям. Общий балл по нарушениям здорового поведения показывает, что средний уровень склонности к пренебрежению здоровьем демонстрируют 56 % студентов, высокий уровень — 13 % студентов, итого меньше трети студентов (31 %) от всего числа испытуемых показали низкий уровень склонности к нарушениям здорового поведения.

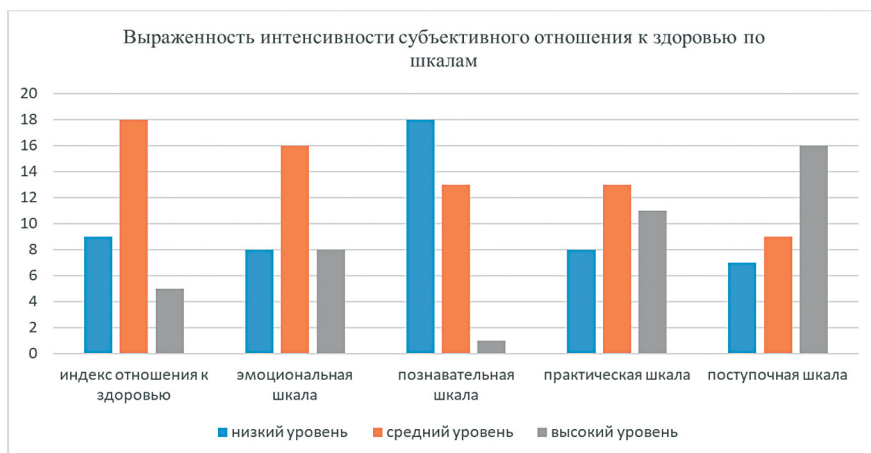


**Рис. 2.** Выраженность склонности к нарушению здорового поведения

Рисунок 3 иллюстрирует совокупность данных, полученных в результате применения методики «Индекс отношения к здоровью». Данная методика, по словам С. Д. Дерябо, направлена на исследование интенсивности, как важнейшего параметра отношения к здоровью, здоровому образу жизни (Дерябо, Ясвин, 1999). Параметр интенсивности демонстрирует, в какой степени и в каких областях человек уделяет внимание своему здоровью. Для анализа представлены 4 компонента субъективного отношения к здоровью, разделенные по соответствующим шкалам: 1) эмоциональная шкала измеряет уровень чувствительности к interoцептивным телесным ощущениям, способность получать удовольствие от заботы о своем здоровье; 2) познавательная шкала исследует уровень когнитивных усилий, затрачиваемых субъектом на изучение темы здоровья; 3) практическая шкала изучает степень применения индивидом здоровых привычек на практике, насколько он вовлечен в практическую деятельность, например, регулярное посещение спортзала; 4) поступочная шкала показывает степень проявления субъективного отношения к здоровью, здоровому образу жизни через призму поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Совокупность данных шкал демонстрирует общий индекс субъективного отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

Согласно показателю «Индекса отношения к здоровью» 56 % студентов показывает средний уровень интенсивности субъективного отношения к здоровью, высокий уровень демонстрируют — 16 % и низкий уровень — 28 % респондентов. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что большинство студентов интересуются своим здоровьем, однако не считают необходимым уделять этому вопросу повышенное внимание,

особенно если оно связано с когнитивными усилиями. Так большинство студентов продемонстрировали низкий уровень (56 %) интенсивности субъективного отношения по познавательной шкале, что говорит о неготовности прикладывать усилия для поиска и изучения информации о здоровье и здоровом образе жизни. В лучшем случае такие студенты могут воспринять информацию о здоровье, исходящую от других людей, что может нести определенные риски при неправильном выборе окружения. Однако показатели поступочной шкалы свидетельствуют, что большинство студентов проявляют высокий (50 % студентов) и средний (28 % студентов) уровни интенсивности отношения к своему окружению. Из чего следует, что испытуемые проявляют активную жизненную позицию по отношению к своему окружению, стараются повлиять на отношение к здоровью окружающих, побуждают их вести здоровый образ жизни, либо готовы к смене окружения, при возникновении разногласий касательно субъективного отношения к здоровью.



*Рис. 3. Выраженность интенсивности субъективного отношения к здоровью по шкалам*

В таблице 1 представлены результаты обработки методик, использованных в эмпирическом исследовании, с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Коэффициент ранговой корреляции является статистически значимым при уровне значимости  $p < 0,05$ . Был выявлен ряд умеренных статистических взаимосвязей между стратегиями в принятии решений и различными шкалами, демонстрирующими отношения к здоровью. Так личностный фактор принятия решения «рациональность» имеет обратную умеренную статистическую связь со шкалами «общий индекс нарушения здорового поведения» ( $r = -0,53$ ),

«тяга к курению» ( $r = -0,39$ ), «пренебрежение безопасностью» ( $r = -0,45$ ), «низкий самоконтролем» ( $r = -0,36$ ). Фактор «готовность к риску» показывает умеренно выраженную обратную связь со шкалой «эмоциональная некомпетентность» ( $r = -0,53$ ) и прямую умеренную связь со шкалой «пренебрежение безопасностью» ( $r = 0,4$ ), что может свидетельствовать, с одной стороны, о тенденции к игнорированию потенциально опасных ситуаций при выборе стратегии «готовность к риску»; с другой стороны, о необходимости развития навыков эмоционального самоконтроля, для обеспечения адекватной адаптации в условиях повышенного риска и умения критически оценить оправданность выбора рискованных стратегий поведения в конкретной ситуации. Так как недостаточное развитие уровня эмоциональной компетентности может причиной возникновения фрустрации и страха действовать, умеренно рискуя, совершать выбор в ситуации неопределенности и впоследствии к бездействию и боязни личной ответственности за свои решения и поступки. Также была выявлена обратная умеренная связь тенденции к «минимизации» и «познавательной шкалы» ( $r = -0,45$ ). Что может свидетельствовать о неготовности студентов прикладывать усилия и самостоятельно находить, и изучать информацию, касающуюся различных аспектов здоровья и здорового образа жизни.

Таблица 1

**Статистические взаимосвязи между тенденциями  
в принятии решений и различных аспектов отношения к здоровью**

	ОНЗП	Тяга к курению	Нарушения питания	Пренебрежение безопасностью	Тяга к алкоголю	Погоня за имиджем	Низкий самоконтроль	Эмоциональная некомпетентность	Саморазрушительное поведение	ИОЗ	Эмоциональная шкала	Познавательная шкала	Практическая шкала	Поступочная шкала
Максимизация	-0,23	-0,04	-0,2	-0,2	0,01	-0,01	-0,26	-0,2	-0,27	0,3	0,01	0,26	0,23	0,2
Сатисфизация	-0,17	-0,07	0,01	0,01	-0,2	-0,17	-0,23	-0,2	0,02	-0,2	-0,1	0,08	-0,17	-0,17
Минимизация	0,16	-0,13	0,23	0,2	-0,2	0,01	0,12	0,27	0,31	-0,3	-0,1	-0,45	-0,27	-0,33
Рациональность	-0,53	-0,39	-0,3	-0,45	-0,3	-0,29	-0,36	-0,2	-0,17	0,3	-0	0,29	0,32	0,14
Готовность к риску	0,04	0,3	-0,2	0,4	0,1	0,24	-0,17	-0,53	0,19	-0,1	-0,2	0,1	-0,11	0,04

*Примечание: полужирным шрифтом выделены умеренные статистические связи.*



**Обсуждение результатов.** Полученные результаты показывают, что большинство студентов, принявших участие в исследовании, продемонстрировали средний уровень доминирования различных тенденций при принятии решений, что может свидетельствовать о несформировавшихся на данный момент доминирующих стратегиях поведения, о тенденции к использованию разных стратегий и, возможно, о попытке методом проб и ошибок выбрать наиболее эффективную стратегию поведения. Также был выявлен ряд уязвимостей в отношении к вопросам здоровья по шкалам «погоня за модным имиджем», «низкий самоконтроль», «нарушения питания», «пренебрежение безопасностью». На наш взгляд, создавая социальные программы, направленные на формирование осознанного отношения к своему здоровью молодых людей, можно учесть данные психологические мишени и, например, предложить новый взгляд на модный имидж здорового человека и престижность ведения здорового образа жизни, через социальные сети, различные медиа-ресурсы и другие источники информации.

Также респонденты продемонстрировали средний уровень интенсивности отношения к своему здоровью, что может свидетельствовать о недостаточно сформированной готовности уделять внимание вопросам собственного здоровья, нежеланию тратить время на самостоятельный поиск и изучение информации о здоровом образе жизни. Однако, при этом, если информация будет подана в доступном интересном формате, например, в виде коротких информативных видео-роликов, которые демонстрируют различные позитивные аспекты здорового образа жизни, студенты показывают готовность к восприятию и усвоению такой информации. На наш взгляд создание таких социальных видео-роликов и размещение их в различных местах (онлайн и офлайн форматов) досуга и отдыха студенческой молодежи, может способствовать формированию более направленного интереса к вопросам здоровья и здорового образа жизни молодых людей.

**Вывод.** Результаты исследования в целом подтвердили наше предположение о взаимосвязи стратегий в принятии решений и отношения к собственному здоровью студентов, что открывает новые возможности для изучения вопросов здоровья и здорового образа жизни и влияния на них доминирующих стратегий принятия решений и выбора.

### Список литературы

1. Дерябо С., Ясвин В. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения // Директор школы. 1999. № 2. С. 7-16.
2. Корнилова Т.В. Диагностика «личностных факторов» принятия решений // Вопросы психологии. Педагогика. 1994. № 6. С. 99-110.
3. Корнилова Т.В. Методологические проблемы психологии принятия решений // Психологический журнал. 2005. № 26 (1). С. 7-17.

4. Луценко Е.Л., Габелкова О.Е. Опросник нарушений здорового поведения — новый инструмент для исследований в психологии здоровья // Вопросы психологии. 2013. № 5. С. 142-153.

5. Разваляева А.Ю. Апробация опросника «Тенденции в принятии решений» на русскоязычной выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. № 26 (3). С. 146-163. DOI: 10.17759/cpp. 2018260308

УДК 159.9.072

## К ПРОБЛЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

И. В. Титков

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению процесса профессионального становления будущих клинических психологов в ходе их обучения в вузе. Автор анализирует ключевые аспекты, влияющие на формирование профессиональной идентичности, мотивации, рефлексивных навыков и субъектной позиции студентов. В работе рассматриваются теоретические подходы к профессиональному становлению, предложенные ведущими российскими психологами, и подчеркиваются проблемы, связанные с разрывом между теоретической и практической подготовкой. Важное внимание уделяется необходимости интеграции практических навыков и развития личностных качеств для успешной адаптации выпускников к реальной профессиональной деятельности. Автор предлагает пути совершенствования образовательных программ, направленные на поддержку студентов в условиях обучения и практики, а также на их эмоциональную устойчивость и профессиональную готовность.

**Ключевые слова:** профессиональное становление, клинические психологи, профессиональная идентичность, рефлексия, теоретическая и практическая подготовка, мотивация, субъектная позиция, образовательные программы

**Актуальность.** Проблема профессионального становления будущих клинических психологов в вузе становится всё более актуальной в свете современных вызовов и социальной значимости психологической помощи. Эта ситуация особенно остро отразилась на системе здравоохранения, где спрос на услуги клинических психологов значительно возрос. В последние годы в России, в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), были открыты бесплатные кабинеты

медико-психологического консультирования, что свидетельствует о признании государством важности своевременной психологической поддержки граждан. Такие инициативы способствуют расширению функционала клинических психологов в медицинских учреждениях, что требует от них не только прочной теоретической базы, но и готовности к профессиональной практике в сложных условиях.

Согласно данным Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), в России наблюдается дефицит клинических психологов, что только подчеркивает необходимость усиления подготовки специалистов, работающих в медицинских учреждениях. Оказание помощи пациентам в рамках медицинских учреждений требует от психологов не только высокой квалификации, но и развитой субъектности, способности к рефлексии и самостоятельной профессиональной деятельности, что особенно важно для клинической практики.

Профессиональное становление будущих психологов должно рассматриваться как процесс, включающий развитие профессиональной субъектности, осознание своих возможностей и их реализацию через осмысленную деятельность. Этот подход особенно важен в контексте системно-антропологического понимания личности как саморазвивающейся системы, взаимодействующей с внешними условиями. Современные образовательные программы должны включать элементы, которые помогут студентам осознать и реализовать свой потенциал, адаптируясь к изменяющимся профессиональным условиям и быть готовыми по окончании обучения к реализации в области полученной профессии. (Логонова, 2010).

**Постановка проблемы.** Понятие профессионального становления является ключевым в психологии и педагогике, однако различные авторы трактуют его по-разному, в зависимости от их методологических подходов и научных интересов. В целом, профессиональное становление рассматривается как сложный и многоуровневый процесс, включающий развитие профессиональной идентичности, приобретение навыков и формирование личностных качеств, необходимых для успешной профессиональной деятельности. Этот процесс связан не только с освоением профессиональных компетенций, но и с развитием самосознания, самооценки и готовности к профессиональной самореализации.

Так, Е. А. Климов рассматривает профессиональное становление как постепенную интеграцию личности в профессиональную деятельность. Он подчёркивает, что этот процесс начинается с выбора профессии и продолжается до её полной реализации. По мнению Климова, профессиональное становление проходит несколько ключевых этапов: от адаптации и освоения профессии до достижения профессионального мастерства. На каждом из этих этапов важна не только передача знаний, но и осознание профессиональной роли, а также социального значения

профессии, что способствует развитию устойчивой профессиональной идентичности (Климов, 2004).

А. К. Маркова обращает внимание на то, что профессиональное становление нельзя свести исключительно к накоплению знаний и навыков. Она акцентирует внимание на профессионализме, который включает в себя развитие рефлексивных способностей, самоконтроля и самосовершенствования. Маркова подчеркивает, что профессионализм формируется через активное участие в профессиональной деятельности, что способствует развитию таких личностных качеств, как ответственность, инициатива и способность к принятию самостоятельных решений. По её мнению, процесс профессионального становления невозможен без систематического развития этих личностных характеристик (Маркова, 1996).

Э. Ф. Зеер, в свою очередь, выделяет мотивацию, формирование профессиональной идентичности и готовность к самореализации как ключевые аспекты профессионального становления. Он подчёркивает, что успешное становление профессионала предполагает не только освоение профессиональных компетенций, но и устойчивую профессиональную идентичность, которая помогает специалисту адаптироваться к изменяющимся условиям и требованиям профессии. Автор также отмечает важность формирования у будущего профессионала психологической готовности к работе в условиях неопределенности и стресса, что особенно актуально для психологов (Зеер, 2003).

Таким образом, различные авторы по-разному акцентируют внимание на ключевых аспектах профессионального становления, однако все они сходятся в том, что это процесс, который включает как развитие профессиональных навыков, так и личностных характеристик. Мотивация, самосознание, способность к рефлексии и личностное развитие являются неотъемлемыми элементами профессионального становления. При этом важно, чтобы профессиональное обучение студентов было направлено не только на передачу знаний и навыков, но и на создание условий для их личностного и профессионального роста. Однако современная система образования сталкивается с рядом проблем, которые затрудняют эффективное профессиональное становление будущих клинических психологов.

Одной из ключевых проблем является разрыв между теоретической подготовкой и реальной практикой. Несмотря на то, что современные образовательные программы насыщены теоретическими дисциплинами, студенты зачастую сталкиваются с недостатком практических навыков, которые необходимы для эффективной работы в клинических условиях. В контексте подготовки клинических психологов — это особенно актуально, поскольку профессиональная деятельность этих специалистов требует не только глубоких знаний, но и умения применить их в работе

с пациентами, столкнувшимися с психическими или эмоциональными проблемами (Доманова, 2012). Важно понимать, что работа клинического психолога не может быть сведена только к анализу теоретических аспектов: необходимо развивать практические навыки, умение общаться с пациентами и эффективно оказывать им помощь.

Вторая проблема заключается в недостаточной эмоциональной и социальной поддержке студентов в процессе их профессионального становления. Молодые специалисты часто испытывают страх перед профессиональной деятельностью, неуверенность в своих способностях и сомнения относительно того, смогут ли они справиться с реальными профессиональными задачами. Это явление особенно ярко проявляется в условиях клинической практики, где психологи сталкиваются с трудными и иногда эмоционально выматывающими ситуациями. Отсутствие поддержки со стороны наставников и преподавателей может привести к профессиональному выгоранию ещё на этапе обучения (Петрова, 2008).

Третья проблема — недостаток рефлексивной подготовки. Профессиональная рефлексия играет ключевую роль в формировании специалиста, поскольку она позволяет будущим клиническим психологам осознать свои профессиональные действия, корректировать ошибки и развивать личностные и профессиональные качества. Развитие способности к рефлексии особенно важно для психологов, так как это помогает им не только анализировать свою работу, но и глубже понимать потребности пациентов. Однако образовательные программы редко уделяют внимание необходимости развития рефлексии и самоанализа, что снижает готовность студентов к самостоятельной профессиональной деятельности (Маркова, 1996).

Формирование профессиональной идентичности студентов — ещё одна проблема, которая возникает в процессе их профессионального становления. Профессиональная идентичность — это осознание себя как специалиста, понимание своих профессиональных обязанностей и роли в обществе. Формирование этой идентичности может быть затруднено из-за социальных стереотипов и искаженных представлений о профессии психолога. Общество, средства массовой информации и даже образовательные учреждения часто создают нереалистичные ожидания относительно профессии клинического психолога, что мешает студентам адекватно воспринимать свои будущие обязанности и может привести к разочарованию в профессии (Краснощеченко, 2010).

Важным аспектом в формировании профессиональной идентичности является взаимодействие с практикой. Однако современные образовательные программы не всегда предоставляют студентам достаточно возможностей для полноценного знакомства с реальной профессиональной деятельностью. В результате студенты выходят на рынок труда

без достаточного опыта, что затрудняет их адаптацию к рабочим условиям и снижает уверенность в своих профессиональных возможностях. Нехватка профессиональной практики и слабое вовлечение студентов в реальные рабочие процессы становятся серьёзными препятствиями на пути к успешному профессиональному становлению.

Кроме того, одним из важных факторов, влияющих на профессиональное становление будущих клинических психологов, является система поддержки и супервизии. Супервизия как форма профессиональной поддержки позволяет студентам и молодым специалистам анализировать свою работу, получать обратную связь от более опытных коллег и корректировать свои действия на практике. Однако в некоторых образовательных учреждениях супервизия не является обязательной частью программы, что лишает студентов возможности эффективно развивать свои профессиональные навыки и рефлексивность (Петрова, 2008).

Так же важным моментом является идея формирования предпрофессиональной идентичности студентов на основе открытых образовательных ресурсов и онлайн-сообществ. Исследование показало, что включение онлайн-сообществ в учебные программы способствует не только лучшему усвоению профессиональных знаний, но и формированию профессиональной идентичности у студентов. Это помогает студентам развивать навыки самоуправления и коллективного сотрудничества, что является важным элементом профессионального самоопределения (Martínez Guirao et al., 2022).

Наконец, проблема профессионального становления будущих клинических психологов не может быть решена без внимания к жизненному самоосуществлению — осознанию своих возможностей и стремлению их реализовать через профессиональную деятельность. Этот процесс неразрывно связан с профессиональным становлением и требует от образовательных программ создания условий для развития субъектности студентов, их способности к саморазвитию и самореализации (Логинова, 2010). Без внимания к личностному развитию и рефлексии процесс профессионального становления может оказаться неполным, что приведет к снижению эффективности будущих специалистов.

Профессиональное становление будущих клинических психологов должно быть интегрировано с процессом развития субъектной позиции студентов. Системно-антропологический подход к обучению подчеркивает важность создания условий, при которых студенты не только приобретают знания и навыки, но и развивают способность к осознанной профессиональной деятельности, к самоуправлению и взаимодействию с окружающей средой как субъекты своей профессиональной деятельности. Этот подход требует от образовательных программ внимательного подхода к процессу становления студентов, создания возможностей для их саморазвития и самореализации.

**Вывод.** Профессиональное становление будущих клинических психологов — это сложный и многослойный процесс, который требует интеграции теоретической подготовки, практических навыков и личностного развития. В ходе анализа были выявлены несколько ключевых проблем, препятствующих успешному профессиональному развитию. Основной из них является разрыв между теоретическими знаниями и практическими навыками, который снижает уверенность студентов в своих профессиональных возможностях и затрудняет их адаптацию к реальной профессиональной среде. Это особенно важно для клинических психологов, чья работа требует не только теоретических знаний, но и умения эффективно взаимодействовать с пациентами, находящимися в кризисных состояниях.

Одновременно с этим, профессиональное становление требует высокой степени рефлексии, позволяющей осознать и корректировать свои действия. Однако многие образовательные программы не обеспечивают достаточного внимания развитию рефлексивных навыков, что снижает уровень готовности студентов к самостоятельной профессиональной деятельности. Недостаток эмоциональной и социальной поддержки, которую должны оказывать наставники и кураторы, также является серьёзным препятствием на пути к полноценному становлению будущих специалистов. Это особенно важно для тех студентов, которые сталкиваются с эмоционально сложными ситуациями в ходе клинической практики. Отсутствие надлежащей поддержки на этапе обучения может привести к эмоциональному выгоранию ещё до начала профессиональной карьеры.

Формирование профессиональной идентичности студентов также связано с влиянием социальных стереотипов и общественных ожиданий. Эти искажённые представления о профессии клинического психолога создают у студентов неверные ожидания, что в дальнейшем может привести к разочарованию и снижению мотивации. Важным аспектом является также интеграция современных методов обучения, таких как супервизия и интерактивные формы работы с реальными клиническими случаями, что позволит студентам приобретать не только теоретические знания, но и практические навыки, необходимые для успешной профессиональной деятельности.

Особое внимание в профессиональном становлении должно уделяться развитию субъектной позиции студентов, что подчёркивается в системно-антропологическом подходе. Этот подход предполагает, что будущие психологи должны не только получать знания, но и развивать способность к осознанной профессиональной деятельности, что возможно через саморазвитие и самореализацию. Жизненное самоосуществление студентов как ключевой процесс профессионального становления требует создания образовательной среды, которая стимулирует развитие внутреннего потенциала студентов и их готовность к профессиональной деятельности.

Таким образом, для более организации профессионального становления клинических психологов необходимо внедрение практико-ориентированных форм обучения, развитие рефлексивных навыков через супервизию, повышение внимания к формированию профессиональной идентичности, включение студентов в профессиональное сообщество и создание условий для саморазвития и самоосуществления в русле системно-антропологического подхода.

### Список литературы

1. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения. Москва: Изд-во МГУ, 2004. 320 с.
2. Логинова И. О. Жизненное самоосуществление человека как предмет психологического познания // Вестник ЧелГУ. 2010. № 5. С. 85-90.
3. Маркова А. К. Психология профессионализма. Москва: Знание, 1996. 308 с.
4. Министерство здравоохранения Красноярского края. Официальная информация: сайт. URL: [https://vk.com/mz\\_kk](https://vk.com/mz_kk) (дата обращения: 10.10.2024).
5. Петрова В. Н. Роль супервизии в реализации профессиональных планов и намерений психологов // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 56-62.
6. Зеер Э. Ф. Психология профессий. Екатеринбург: Изд-во УГПУ, 2003. 360 с.
7. Краснощеченко И. П. Особенности образовательного пространства вуза как интегративного фактора субъектно-профессионального становления будущих психологов // Образование и наука. 2010. № 6. С. 75-83.
8. Доманова Д. В. Особенности профессионального становления будущих психологов в условиях многоуровневого обучения. Белгород, 2012. 250 с.
9. Бесплатная психологическая помощь в России расширяется // Коммерсантъ. 2023. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6198392> (дата обращения: 10.10.2024).
10. Development of the Pre-Professional Identity of Vocational Students during Their Training through a Program Based on OER-Enabled Pedagogy and an Online Community of Practice / F. Sánchez Vera, A. Tellez Infantes, J. E. Martínez Guirao, F. Antón Hurtado // Sustainability. 2022. Vol. 14, № 1. P. 356. DOI: 10.3390/su14010356

УДК 159.923:378.147

## СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Н. В. Тихонова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Коммуникативная компетентность является важной составляющей профессионального развития студента-медика. При этом в процессе обучения студенты сталкиваются с различными



социально-психологическими проблемами, которые могут влиять на их способность эффективно общаться с будущими пациентами. Наличие эмпатии у врача является необходимой личностной характеристикой и одним из ведущих профессионально значимых качеств, способствующих налаживанию с пациентом и его родственниками психологического контакта и, следовательно, эффективной коммуникации. Целью данного исследования стало изучение актуальных проблем формирования коммуникативной компетентности студентов-медиков, становление которой проходит через образовательный процесс в медицинском вузе и является важной составной частью личности будущего врача. В образовательном процессе развиваются и совершенствуются психологические особенности студента-медика, среди которых особое место занимает формирование эмпатии к будущим пациентам. Данный анализ показал, что более половины студентов считают свой уровень подготовки по коммуникации низким и хотели бы получить дополнительное обучение для улучшения навыков общения. Кроме того, выявлен ряд социально-психологических трудностей в аспекте формирования контакта с пациентом. Выявленные проблемы позволили разработать практические рекомендации по оптимизации социально-психологического сопровождения студента-медика в процессе обучения.

**Ключевые слова:** студент-медик, коммуникативная компетентность, эмпатия, социально-психологический статус студента, пациент

**Актуальность.** Коммуникативная компетентность является важной составляющей профессионального развития студента-медика (Клоктунов, Барсукова, Ремель и др., 2018). В процессе обучения и работы медицинские работники сталкиваются с различными социально-психологическими проблемами, которые могут влиять на их способность эффективно общаться с пациентами и коллегами (Потупчик, 2019; Тихонова, 2021). Самыми значимыми из них выступают следующие. Прежде всего, эмоциональная перегрузка, так как работа в медицине часто связана с высоким эмоциональным напряжением, вызванным взаимодействием с больными людьми и необходимостью принимать важные решения. Это может привести к стрессу и усталости, что в свою очередь влияет на качество общения. Культурные различия: медицинские работники в настоящее время часто работают с пациентами из разных культур и этнических групп. Понимание и уважение культурных особенностей пациентов помогает улучшить взаимодействие и доверие между врачом и пациентом. Профессиональная этика: студенты-медики должны научиться соблюдать высокие стандарты профессиональной этики, включая конфиденциальность, справедливость и честность. Эти принципы играют ключевую роль в построении доверительных отношений с пациентами и коллегами. Современные технологии изменяют способ

взаимодействия врачей и пациентов, предоставляя новые возможности для коммуникации. При этом они создают новые трудности, такие как проблемы безопасности данных и потенциальный разрыв связи между врачом и пациентом. Кроме того, это проблема инклюзии и дискриминации. Медицинские работники должны уметь работать с людьми с ограниченными возможностями и другими особыми потребностями, а также бороться с предвзятыми взглядами и дискриминацией. Все эти проблемы требуют от студентов-медиков и практикующих врачей постоянного совершенствования своих коммуникативных навыков и профессиональной подготовки.

**Постановка проблемы.** В процессе практической деятельности врача всегда необходимо установить доверительные отношения с пациентом, который видит в своем лечащем враче единственный и важный источник психологической поддержки (Алексеева, 2022; Ремпель, Рамазанова, 2020). Наличие эмпатии и владение техникой эффективной коммуникации у врача является необходимой личностной характеристикой и одним из ведущих профессионально значимых качеств, способствующих налаживанию с пациентом и его родственниками психологического контакта и, следовательно, становится основой качественного оказания медицинской помощи (Мацкевич, 2023). Только при полном сочувствии пациенту, при понимании его положения возможен настоящий контакт между врачом и пациентом, что так необходимо для успешного лечения. Формирование чувства эмпатии у студентов-медиков занимает особое место в образовательном процессе (Зимина, 2023).

В связи с вышеизложенным, целью данного исследования стало изучение актуальных проблем формирования коммуникативной компетентности студентов-медиков КрасГМУ. Задачи:

1. Провести анализ проблем формирования коммуникативной компетентности студентов-медиков.
2. Выявить основные социально-психологические трудности формирования коммуникативной компетентности у студентов-медиков.
3. Обосновать методы оптимизации образовательного процесса для их решения.

**Методы и материалы.** В исследовании приняло участие 279 студентов 4 курса лечебного и факультета КрасГМУ. Социально-гигиеническое исследование проведено методом анкетирования. Опрос проводился в форме дистанционного онлайн-анкетирования в обезличенном формате. Использованы методы: аналитический, социологический, статистический.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ проблем формирования коммуникативной компетентности студентов-медиков показал, что 65 % студентов считают свой уровень подготовки по коммуникации

низким и хотели бы получить дополнительное обучение для улучшения навыков общения. Около половины всех опрошенных студентов испытывают трудности в формулировке вопросов при сборе анамнеза и жалоб пациента, 34 % студентов испытывает неуверенность при коммуникации с пациентом, что свидетельствует о недостатке коммуникативного опыта студентов. Так на вопрос — Раздражаетесь ли Вы при общении с пациентом? — утвердительно ответили 14 % студентов. Все это негативно сказывается на эффективности формирования коммуникации студента с пациентом в будущей медицинской практике и, следовательно, требует особых подходов в реализации образовательного процесса.

Крайне негативным представляется тот факт, что практически половина опрошенных студентов испытывают отвращение к неприятным запахам в медучреждениях — 45 % студентов. Кроме того, испытывает чувство брезгливости в общении с пациентом 17 % студентов. На вопрос — Хотелось ли Вам сменить одежду/халат после обхода? — утвердительно ответили 19 % студентов. Врач — профессия с повышенной социальной ответственностью, поэтому данный факт в профессиональной деятельности в медицинской сфере просто недопустим в клинической практике.

Обращение и проблемы с эмпатией в контексте врачебной деятельности обусловлено на наш взгляд и особенностями образовательного процесса в медицинском Вузе. Прежде всего, это ограниченное общение с реальными пациентами, так как достаточно часто обучение основано на теоретических курсах и симуляционных занятиях, где студенты имеют ограниченный контакт с реальными пациентами (Сергеев, Высоцкая, 2019). Это может затруднить развитие эмпатии, так как она требует личного опыта и взаимодействия с другими людьми.

Кроме того, студенты-медики могут развивать защитные механизмы, чтобы справиться с эмоциональным стрессом, который возникает при работе с пациентами, страдающими серьезными заболеваниями или находящимися в критическом состоянии. Эти механизмы могут мешать развитию эмпатии, если они становятся слишком жесткими. Многие студенты-медики стремятся к идеальному выполнению своей работы и страдают от перфекционизма. Это может привести к тому, что они будут избегать взаимодействия с пациентами, боясь сделать ошибку или показать свои слабости.

Необходимо отметить, что высокие учебные нагрузки, работа в условиях высокой ответственности и необходимость принятия сложных решений могут привести к стрессу и выгоранию. Это может негативно сказаться на способности студента проявлять эмпатию к пациентам. Некоторые студенты могут стремиться спасти всех пациентов, независимо от их возможностей и желания. Это может привести к переутомлению и разочарованию, когда ожидания не оправдываются.

Особое внимание, в связи с вышеизложенным, на наш взгляд следует уделить предотвращению чувства брезгливости к пациентам с запахами у будущих врачей. В процессе обучения в вузе можно использовать следующие подходы:

1. включить в образовательную программу курсы, посвященные профессиональной этике и межличностным отношениям, где студенты узнают о необходимости уважать и заботиться о каждом пациенте, независимо от его состояния;
2. актуализировать проведение практических занятий у постели больного и на консультативных приемах преподавателя, чтобы студенты могли привыкнуть к различным запахам и научились контролировать свои реакции;
3. организовать тренинги по управлению стрессом и эмоциональной устойчивости, где студенты смогут узнать о методах саморегуляции и научатся справляться с негативными эмоциями;
4. обеспечить постоянную супервизию и наставничество, чтобы студенты могли получать обратную связь и корректировку своего поведения;
5. организовать групповые обсуждения, где студенты смогут поделиться своими впечатлениями и опытом, обсудить возникающие трудности и найти пути их решения;
6. создать поддерживающую атмосферу в учебном заведении, где студенты смогут обратиться за помощью и поддержкой, если почувствуют себя некомфортно;
7. обеспечить студентов информацией о том, как подготовиться к встрече с пациентами, имеющими неприятные запахи, включая использование средств защиты и правильное применение гигиенических процедур;
8. предоставлять студентам возможность регулярно консультироваться с психологами или специалистами по психическому здоровью, чтобы они могли получить профессиональную помощь в случае возникновения проблем.

Только комплексный подход к обучению и поддержке студентов-медиков может помочь им избежать чувства брезгливости к пациентам с запахами и развить профессиональные навыки, необходимые для успешной карьеры в медицине. Для преодоления этих трудностей важно обеспечить студентам-медикам качественное обучение и поддержку со стороны преподавателей и коллег. Важно также уделять внимание личностному развитию и созданию условий для безопасного выражения эмоций и обсуждений опыта работы с пациентами.

Кроме того, администрации ВУЗа необходимо рассмотреть возможность введения в учебный план медицинских специальностей таких дисциплин как «Профессиональная коммуникация» и «Эффективная

коммуникация». В процессе обучения необходимо активно использовать интерактивные формы (ролевые игры и т.п.) в рамках этих дисциплин, студент-медик (Бугаева, Клоктунова, Ремель и др., 2021).

При этом, кроме вышеизложенного, с целью своевременной психологической коррекции проблем студентов, администрации ВУЗа необходимо информировать студентов и преподавателей о работе психологического центра, сотрудники которого проводят поддержку студентов, испытывающих психологический дискомфорт в общении и коммуникативные проблемы.

**Вывод.** Эффективная коммуникация имеет важное значение для обеспечения качественной медицинской помощи. Только постоянное совершенствование коммуникативных навыков, практикоориентированное обучение и решение собственных социально-психологических проблем помогут студентам-медикам достичь успеха в профессии врача и стать профессионалами в своей области. Предлагаемые методы решения социально-психологических проблем формирования коммуникативной компетентности и эмпатии даст реальные инструменты, которые помогут будущему врачу управлять лечебным процессом и делать его успешным.

### Список литературы

1. Алексеева Е. Н., Лапшин В. А., Сорокопуд Ю. В. Современные подходы к формированию личности будущих молодых специалистов в условиях высшего и среднего профессионального образования // Мир науки, культуры, образования. 2022. № 1 (92). С. 217-219.
2. Анализ оценочного профиля студентов КрасГМУ, оказывающих помощь пациентам с COVID-19/Н. В. Тихонова, А. О. Сабанова, А. В. Шульмин [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. 2021. Т. 132, № 6. С. 99-105.
3. Способы формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов: педагогический опыт/И. О. Бугаева, Н. А. Колтунова, Е. А. Ремпель [и др.] // Казанский педагогический журнал. 2021. № 3 (146). С. 109-116.
4. Зими́на А. О., Цуверкалов А. Е., Маснева И. Е. Роль и виды коммуникации в профессиональной деятельности врача // Молодежный инновационный вестник. 2023. Т. 12, № S 1. С. 373-375.
5. Формирование коммуникативных навыков врача в процессе обучения в медицинском вузе/Н. А. Клоктунов, М. И. Барсукова, Е. А. Ремель [и др.] // Гуманитарные науки и образование. 2018. Т. 9, № 3. С. 50-56.
6. Мацкевич Е. Э., Широкогорова Т. Г. Эффективная пациент-ориентированная коммуникация в медицинском Университете // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2023. Т. 12, № 4 (45). С. 107-111. DOI: 10.57145/27128474\_2023\_12\_04\_22
7. Потупчик Т. В., Эверт Л. С., Гришкевич Н. Ю. Характеристика социально-психологической адаптации и нервно-психического здоровья студентов разных форм обучения // Сибирское медицинское обозрение. 2019. № 4. С. 54-61.
8. Ремпель Е. А., Рамазанова А. Я. К вопросу о специфике общения врача с родственниками пациента // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: материалы II международной науч. практ. конф. Саратов, 2020. С. 296-301.

9. Сергеев А. С., Высоцкая Е. В. К вопросу о работе над качеством преподавания дисциплины «Профессиональная коммуникация» студентам вуза (на основе опроса студентов-педиатров СГМУ) // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы I научно-практической конференции с международным участием. Саратов, 2019. С. 293-299.

УДК 159.99

## **ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ» И 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

**И. В. Турова**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются результаты исследования уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей на примере студентов 5 курса специальностей 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело». Целью работы является оценка уровня сформированности профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей и выявление различий в зависимости от выбранной медицинской специальности. Для диагностики использовалась методика Н. В. Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача», которая включает четыре блока: общие коммуникативные ценности, общие коммуникативные умения, профессиональные коммуникативные ценности, профессиональные коммуникативные умения. Новизна исследования заключается в сравнительном анализе уровня коммуникативной компетентности студентов двух медицинских специальностей, что позволяет более точно определить, как подготовка в области профессионального общения варьируется в зависимости от выбранного направления медицины. В результате исследования было установлено, что у большинства респондентов отмечается средний уровень развития коммуникативной компетентности по всем блокам. Студенты, обучающиеся по специальности «Педиатрия», демонстрируют более высокие показатели по сравнению со студентами «Лечебного дела», особенно в таких аспектах, как общие коммуникативные ценности и профессиональные коммуникативные умения. Основные выводы исследования подтверждают необходимость усиления внимания к коммуникативной подготовке в образовательных программах медицинских

вузов. Несмотря на владение базовыми навыками, будущие врачи сталкиваются с трудностями в их применении в профессиональных ситуациях, что может свидетельствовать о риске эмоционального выгорания и недостаточной подготовленности к взаимодействию с пациентами.

**Ключевые слова:** коммуникативная компетентность, профессиональная коммуникация, будущие врачи, педиатрия, лечебное дело, эмоциональное выгорание, профессиональные навыки, медицинское образование

**Актуальность** исследования коммуникативной компетентности будущих врачей обусловлена возрастающими требованиями к качеству медицинского обслуживания, где эффективное профессиональное общение играет ключевую роль. В условиях современной медицины врачебная деятельность требует не только глубоких знаний и профессиональных навыков, но и способности устанавливать доверительные и конструктивные отношения с пациентами. Недостаток коммуникативных умений может приводить к недопониманию, снижению уровня удовлетворенности пациентов, а также к ухудшению результатов лечения.

Особую актуальность проблема приобретает в контексте подготовки будущих врачей. В образовательных программах медицинских вузов нередко уделяется недостаточное внимание развитию коммуникативной компетентности, что ведет к тому, что молодые специалисты оказываются недостаточно подготовленными для эффективного взаимодействия с пациентами и коллегами. Данная проблема особенно остро проявляется среди врачей разных медицинских специальностей, где уровень коммуникативных навыков может существенно различаться.

Проведение данного исследования важно для определения уровня сформированности коммуникативной компетентности студентов, обучающихся по специальностям «Педиатрия» и «Лечебное дело», а также для выявления возможных дефицитов в их коммуникативной подготовке. Результаты работы могут быть полезны для совершенствования образовательных программ медицинских вузов, направленных на развитие коммуникативных навыков у будущих врачей, а также для профилактики профессионального выгорания и повышения качества медицинской помощи.

**Постановка проблемы.** Коммуникативная компетентность является одной из ключевых составляющих профессиональной подготовки будущих врачей, так как эффективное взаимодействие между врачом и пациентом напрямую связано с качеством медицинской помощи и удовлетворенностью пациентов (Короленко, 2009; Zolnierek, Dimatteo, 2009). Однако, несмотря на высокий уровень теоретических знаний, многие выпускники медицинских вузов сталкиваются с трудностями в применении коммуникативных навыков в профессиональной практике (Васильева,

2013). Это особенно актуально для студентов, обучающихся по специальностям «Педиатрия» и «Лечебное дело», где различия в специализации могут оказывать влияние на развитие и применение коммуникативных навыков (Константинова, 2006).

Современные исследования подтверждают, что, хотя большинство студентов обладают базовыми коммуникативными навыками, они не всегда могут эффективно использовать их в профессиональных ситуациях (Васильева, 2010). Это может быть связано как с недостаточным вниманием к развитию этих навыков в образовательных программах вуза (Амлаев и др., 2017), так и с эмоциональным выгоранием, возникающим из-за регулярного стресса и высокой ответственности за пациентов (Божбанбаева и др., 2012).

Проблема усугубляется тем, что врачи зачастую недооценивают свою коммуникативную компетентность (Васильева, 2019). Это говорит о необходимости введения системных мер, направленных на формирование не только профессиональных, но и коммуникативных навыков в медицинском образовании (Rider et al., 2006).

Формирование коммуникативной компетентности становится особенно важным в условиях современных требований к медицинскому обслуживанию, когда пациенты ожидают от врача не только компетентного клинического подхода, но и высокого уровня эмпатии, умения донести информацию в доступной форме и эффективно взаимодействовать в рамках лечебного процесса (Fong Na, Longnecker, 2010). Пациенты, которые чувствуют поддержку и внимание со стороны врача, демонстрируют большую приверженность к лечению и соблюдению рекомендаций (Bertakis, Azari, 2011).

Однако, данные исследований показывают, что уровень владения коммуникативными навыками у студентов и молодых врачей существенно варьируется в зависимости от их специализации. Так, будущие педиатры, как правило, имеют более высокие показатели коммуникативной компетентности по сравнению с будущими врачами других специальностей, таких как лечебное дело (Васильева, 2013). Это может быть связано с тем, что в педиатрической практике врачи сталкиваются не только с пациентом, но и с его родственниками, что требует от них более развитых навыков коммуникации (Селезнева, Ланденюк, 2021).

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В выборку исследования вошли 108 студентов 5 курса, из которых 54 обучались по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», и 54 студента — по специальности 31.05.02 «Педиатрия». Среди участников было 83 женщины и 25 мужчин, средний возраст студентов составил 24,1 года.



Для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей применялась методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача», разработанная Н. В. Яковлевой (Яковлева, Яковлев, 2014). Данная методика позволяет провести комплексную оценку коммуникативной компетентности по четырем основным блокам.

Первый блок коммуникативные идеалы (КИ) отражает уровень сформированности общих коммуникативных ценностей и оценивает базовые ценностные установки (базовый (ценностный) уровень). Второй блок профессиональные коммуникативные идеалы (ПИ) характеризует степень включенности коммуникативных навыков в профессиональную врачебную деятельность и относится к содержательному уровню. Третий блок коммуникативные умения (КУ) оценивает владение общими коммуникативными навыками и умениями на основе самооценки, что соответствует инструментальному (операционному) уровню. Четвертый блок профессиональные коммуникативные умения (ПУ) оценивает степень развития профессиональных коммуникативных умений и навыков, также на основе самооценки (инструментальный (технический, операционный) уровень).

Оценка степени выраженности блоков коммуникативной компетентности производилась по трём градациям: сильно выраженный, средне выраженный и невыраженный уровни.

**Результаты исследования.** При оценке уровня коммуникативной компетентности будущих врачей были получены результаты, представленные в таблице 1 — студенты, обучающиеся по специальности 31.05.02 Педиатрия, и в таблице 2 — студенты, обучающиеся по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

*Таблица 1*

**Частота встречаемости показателей профессиональной коммуникативной компетентности врача по блокам у студентов 5 курса специальности 31.05.02 Педиатрия в %, n = 54 чел.**

Блоки ПККВ	Степень выраженности ПККВ		
	Сильная	Средняя	Не выражена
КИ	31,5 % (59 баллов и >)	66,7 % (36-58 баллов)	1,9 % (35 баллов и <)
КУ	1,9 % (66 баллов и >)	74,1 % (46-65 баллов)	24,1 % (47 баллов и <)
ПИ	7,4 % (60 баллов и >)	92,6 % (28-59 баллов)	0,0 % (27 баллов и <)
ПУ	20,4 % (59 баллов и >)	79,6 % (43-58 баллов)	0,0 % (35 баллов и <)

В ходе исследования было выявлено, что уровень коммуникативной компетентности у большинства студентов как педиатрического, так

и терапевтического профиля, оценивается как средний (КИ: 66,7 % — в 1-ой группе, 72,2 % — во 2-ой; КУ: 74,1 % и 78,8 %; ПИ: 92,6 % и 85,2 %; ПУ: 79,6 % и 83,3 % — соответственно). Однако были выявлены различия в степени выраженности отдельных компонентов коммуникативных умений между группами.

Таблица 2

**Частота встречаемости показателей профессиональной коммуникативной компетентности врача по блокам у студентов 5 курса специальности 31.05.01 Лечебное дело в %, n = 54 чел.**

Блоки ПККВ	Степень выраженности ПККВ		
	Сильная	Средняя	Не выражена
КИ	27,8 % (59 баллов и >)	72,2 % (36-58 баллов)	0 % (35 баллов и <)
КУ	1,9 % (66 баллов и >)	77,8 % (46-65 баллов)	20,4 % (47 баллов и <)
ПИ	14,8 % (60 баллов и >)	85,2 % (28-59 баллов)	0,0 % (27 баллов и <)
ПУ	16,7 % (59 баллов и >)	83,3 % (43-58 баллов)	0,0 % (35 баллов и <)

Общие коммуникативные идеалы (КИ): студенты педиатрического профиля продемонстрировали несколько более высокие показатели по сравнению с группой студентов лечебного дела (31,5 % против 27,8 % с высоким уровнем). Это может быть связано с тем, что специфика работы педиатра предполагает постоянное взаимодействие с детьми и их родителями, что требует развития ценностных установок, связанных с эмпатией и вниманием к пациентам. В группе будущих терапевтов также отмечен у большинства средний уровень коммуникативных идеалов (72,2 %), что свидетельствует о том, что эти ценности являются важными для обоих направлений.

Профессиональные коммуникативные идеалы (ПИ): студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело» показали несколько более высокие результаты по включенности коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность по сравнению с будущими педиатрами (14,8 % против 7,4 % с высоким уровнем). Это может объясняться тем, что терапевтическая практика предполагает более глубокое взаимодействие с пациентом на протяжении длительных периодов лечения, что способствует большему включению коммуникативных навыков в профессиональную деятельность.

Общие коммуникативные умения (КУ): в блоке общих коммуникативных умений значительная часть студентов обеих групп показала средний уровень развития, однако у будущих терапевтов наблюдается меньше студентов с низким уровнем умений (20,4 % против 24,1 % у педиатров).

Эти результаты могут говорить о том, что обе группы студентов обладают достаточным уровнем базовых коммуникативных умений, но часть студентов испытывает трудности в их применении, что указывает на необходимость дополнительной работы по развитию этих умений.

Профессиональные коммуникативные умения (ПУ): в данном блоке будущие педиатры показали более высокие результаты (20,4 % с высоким уровнем, 16,7 % у терапевтов). Это может свидетельствовать о том, что работа педиатра, связанная с необходимостью установления контакта не только с пациентом, но и с его семьей, способствует более активному развитию профессиональных коммуникативных умений.

Обобщая результаты, можно сделать вывод, что студенты обеих групп демонстрируют хорошие базовые навыки общения, однако будущие педиатры в среднем обладают более выраженными коммуникативными умениями и ценностями, что объясняется спецификой их будущей профессиональной деятельности. Вместе с тем, у значительной части студентов наблюдаются трудности в применении навыков в профессиональных ситуациях, особенно это касается блока общих коммуникативных умений. Это указывает на необходимость усиленной подготовки в рамках образовательных программ медицинских вузов для более полного развития профессиональных и общих коммуникативных навыков у будущих врачей.

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты исследования подтверждают существование различий в уровне развития коммуникативной компетентности среди студентов, обучающихся по специальностям «Педиатрия» и «Лечебное дело». Студенты обеих групп показали средний уровень сформированности коммуникативной компетентности, однако у педиатров выявлены более высокие показатели по ряду ключевых параметров. Эти результаты соотносятся с выводами ряда исследований, которые указывают на важность коммуникативной составляющей в работе врачей, особенно в педиатрии, где коммуникативные навыки являются важным элементом профессиональной деятельности (Васильева, 2013).

Одной из ключевых причин более высоких показателей у студентов педиатрического профиля может быть специфика их будущей работы, которая предполагает постоянное взаимодействие с детьми и их родителями. Это требует от педиатров не только высокого уровня эмпатии и терпения, но и способности установить доверительные отношения в условиях, когда пациент часто не может выразить свои жалобы самостоятельно. В то же время, студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело», также демонстрируют средний уровень профессиональных коммуникативных умений, что объясняется потребностью в длительном взаимодействии с пациентами на всех этапах их лечения (Zolnierek, Dimatteo, 2009).

Интересным является тот факт, что у студентов обеих групп наблюдаются трудности с общими коммуникативными умениями (КУ). Более четверти студентов педиатрического профиля и около 20 % студентов терапевтического профиля продемонстрировали низкий уровень этих умений. Это может свидетельствовать о недостаточности внимания к развитию этих компетенций в рамках образовательных программ медицинских вузов. В подтверждение этому другие исследования указывают на необходимость усиленной работы с будущими врачами по развитию у них умений эффективного взаимодействия с пациентами, особенно в сложных клинических ситуациях (Ремпель и др., 2024).

Также стоит отметить, что высокий процент студентов с низким уровнем общих коммуникативных умений может свидетельствовать о наличии эмоционального выгорания, которое часто сопровождает медицинских работников уже на стадии их профессиональной подготовки. Исследования показывают, что студенты медицинских вузов часто испытывают стресс и эмоциональное истощение, что негативно сказывается на их способности к эффективной коммуникации (Божбанбаева и др., 2012).

Это подтверждается исследованиями, которые указывают на связь между эмоциональным выгоранием и ухудшением коммуникативных навыков, особенно в стрессовых условиях профессиональной деятельности (Fong Na, Longnecker, 2010). Студенты, находящиеся под постоянным давлением из-за высокой учебной нагрузки и будущей ответственности за пациентов, могут демонстрировать снижение коммуникативных способностей и эмпатии, что требует особого внимания в процессе обучения.

**Вывод.** Полученные результаты в ходе исследования показали, что большинство студентов находятся на среднем уровне сформированности коммуникативной компетентности, однако у будущих педиатров показатели оказались выше по ряду ключевых аспектов, что может быть связано со спецификой их профессиональной деятельности, требующей взаимодействия не только с пациентами, но и с их родственниками.

Несмотря на наличие базовых коммуникативных умений у студентов обеих групп, значительная часть респондентов испытывает трудности с применением общих коммуникативных умений в профессиональных ситуациях. Это указывает на необходимость более тщательной подготовки в данной области, особенно с учетом риска эмоционального выгорания, которое может препятствовать эффективной коммуникации.

Полученные данные подчеркивают важность развития коммуникативной компетентности в рамках образовательных программ медицинских вузов. Рекомендуется внедрение в образовательную программу подготовки будущих врачей специальные курсы и тренинги, направленные на формирования коммуникативной компетентности, что поможет улучшить качество взаимодействия между врачами и пациентами, повысить

удовлетворенность последних и снизить уровень профессионального выгорания среди врачей. Внедрение подобных курсов и тренингов окажет позитивное влияние не только на профессиональное становление будущих врачей, но и на их способность обеспечивать качественную медицинскую помощь в дальнейшем.

### Список литературы

1. Амлаев К., Кошель В., Ходжаян А. Обучение студентов эффективной коммуникации // *Врач*. 2017. № 4. С. 80-82.
2. Коммуникативные навыки в педиатрии/Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, Г.М. Абдуллаева [и др.] // *Вестник КазНМУ*. 2012. № 2. С. 110-111.
3. Васильева Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика*. 2010. Т. 16, № 1. С. 165-169.
4. Васильева Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей // *Медицинская психология в России*. 2013. № 5 (22). С. 16. DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15160.
5. Васильева Л.Н. Теоретические основы формирования коммуникативной компетентности врача // *Наука и инновации — современные концепции: сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума, Москва, 17 мая 2019 года. Том 2*. Москва: Инфинити, 2019. С. 75-80.
6. Константинова Т.В. Особенности коммуникативного взаимодействия с больным в зависимости от специализации врача // *Известие ПГПУ: общественные науки*. 2006. № 2. С. 137-141.
7. Короленко А.М. Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков // *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2009. № 116. С. 265-272.
8. Ремпель Е.А., Клоктунова Н.А., Буганова А.И. Учет социально-психологических особенностей современного пациента и его ожиданий как необходимая составляющая коммуникативной подготовки будущего врача // *Мир науки, культуры, образования*. 2024. № 1 (104). С. 186-191.
9. Селезнева Н.Т., Ланденко А.В. Особенности коммуникативной компетентности врачей хирургического и терапевтического профилей // *Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева*. 2021. Т. 55, № 1. С. 80-93. DOI: 10.25146/1995-0861-2021-55-1-261
10. Яковлева Н.В., Яковлев В.В. Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта. Рязань: РязГМУ. 2014. С. 92-117.
11. Bertakis K. D., Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization // *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011. Vol. 24, № 3. P. 229-239. DOI: 10.3122/jabfm. 2011.03.100170
12. Fong Ha J., Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review // *Ochsner Journal*. 2010. Vol. 10, № 1. P. 38-43.
13. Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum // *Medical Teacher*. 2006. Vol. 28, № 5. P. 127-134. DOI: 10.1080/01421590600726540
14. Zolnierек K., Dimatteo M. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis // *Medical care*. 2009. Vol. 47, № 8. P. 826-834. DOI: 10.1097/MLR. 0b013e31819a5acc

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ГОССЛУЖАЩИХ

О. А. Халифаева

*Астраханский государственный университет  
им. В. Н. Татищева, г. Астрахань, Россия*

**Аннотация.** В последние годы социально-психологический аспект профессиональной деятельности сотрудников государственного сектора существенно изменился: выполнение работы предъявляет высокие требования к уровню развитых коммуникативных навыков, пониманию эмоциональных состояний и умению ими управлять — причем не только в отношении самих себя, но и коллег, и окружающих людей, с которыми взаимодействуют специалисты, что способствует увеличению числа факторов, провоцирующих развитие профессионального выгорания. Целью данного исследования стало изучение связи эмоционального интеллекта и синдрома эмоционального выгорания у госслужащих. Участники исследования — 80 государственных служащих в возрасте от 22 до 54 лет. Стоит отметить, что проведенный обзор имеющихся исследований в данной области показывает, что в современной психологической науке почти отсутствуют работы, посвященные данному вопросу. В имеющихся же исследованиях чаще обращается внимание на представителей образования и здравоохранения. Исследование показало, что между уровнем развития эмоционального интеллекта и уровнем выраженности синдрома эмоционального выгорания существует обратная зависимость. Чем более развит эмоциональный интеллект, тем менее выражен синдром эмоционального выгорания у специалистов исполнительных органов государственной власти.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, профессиональное выгорание, сотрудники государственного сектора

**Актуальность.** Профессиональная деятельность сотрудников государственного сектора характеризуется высоким уровнем ответственности, эмоциональной напряженностью, сложностью и многофункциональностью, необходимостью сочетать в себе как исполнительскую, так и управленческую составляющую. Также, имеет место быть «консервативное» стремление к обеспечению стабильности общества и «инновационная» необходимость принимать нестандартные решения в условиях реформ, которые предъявляют определенные требования к личностно-профессиональным характеристикам специалистов. Сегодня работник

испытывает синдром выгорания в огромных масштабах (Гоулман, 2016), и это является серьезной проблемой, которая влияет на работу как отдельно взятых профессионалов, так и целых организаций (Влах, 2016). Поэтому вопрос сохранения профессионального здоровья и личного благополучия, включая профилактику эмоционального выгорания, у специалистов помогающих и социальных профессий привлекает сейчас все большее внимание исследователей.

Важно отметить, что в последние годы, в условиях динамично изменяющейся политической ситуации, влияющей на социально-экономическую сферу, наблюдается тенденция к эмоциональной напряженности специалистов (ввиду специфики государственной деятельности), стрессовым проявлениям, увеличению количества рабочих задач и их вынужденному сверхурочному ненормированному выполнению (Бочкарева, 2016). Также фиксируется изменение отношения людей к работе — отмечается низкая заинтересованность государственных служащих в собственной личной эффективности и направленности на продуктивные действия. Снижается уверенность в материальном обеспечении деятельности. Перечисленные обстоятельства приводят к тому, что зачастую в социуме снижается рейтинг профессий государственного сектора, значимость труда государственных служащих начинает недооцениваться и излишне критиковаться социальным окружением, что также способствует развитию выгорания специалистов (Бойко, 2010).

При этом следует отметить, что от психологического благополучия и здоровья государственных работников непосредственно зависит физическое, социальное и психологическое благополучие как отдельно взятого человека, так и всего общества в целом. Ведь «выгоревший» специалист — малоспособный качественно и эффективно выполнять свои профессиональные обязанности.

Необходимо уточнить, что на развитие синдрома выгорания влияют различные факторы: внешние (нагрузка, психоэмоциональное напряжение, навыки саморегуляции и пр.) и внутренние (психологические) факторы, т. е. потенциал их личностных ресурсов, среди которых И. Н. Андреева, О. И. Бабаич, А. Ю. Василенко, А. И. Чоботарь и др. (Алимбаева, 2017) особенно выделяют эмоциональный интеллект.

Это в очередной раз подтверждает, насколько высока актуальность исследования связи эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания, поскольку может позволить найти внутренние ресурсы для снижения и профилактики эмоционального выгорания у представителей профессий государственного сектора.

**Постановка проблемы.** Основной проблемой исследования является отсутствие фактических данных об уровне профессионального выгорания у сотрудников государственного сектора в период политических изменений в стране. Также, существует необходимость определения

методов, которые будут способствовать сохранению психологического здоровья и благополучия, включая профилактику эмоционального выгорания, у специалистов, находящихся на государственной службе.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе подразделений и отделов исполнительных органов государственной власти Астраханской области. В исследовании приняли участие 80 государственных служащих в возрасте от 22 до 54 лет. Выборку составили 30 мужчин и 50 женщин.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методики: тест для определения уровня эмоционального интеллекта Н. Холла, опросник эмоционального интеллекта ЭМИн (по Д. В. Люси-ну), методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бой-ко, Обработка проведена в программе «IBM SPSS Statistics 31». Для выявления связи между переменными применялся критерий корреляции Пирсона.

**Результаты исследования.** Анализируя результаты, полученные с помощью «Методики оценки эмоционального интеллекта (опросник EQ)» (Н. Холла), можно отметить следующее, что среди шкал ЭИ несколько больше чем, все остальные выражена шкала «управление эмоциями других» (69,9 % — средний уровень и 17,9 % — высокий), соответственно в группе опрошенных больше чем другие развита способность понимать эмоции окружающих и, учитывая понятие, уметь воздействовать на эмоциональное состояние окружающих. Это может объясняться особенностями служебной деятельности, которыми характеризуется работа в исполнительных органах государственной власти региона: сотрудник должен оперативно ориентироваться в обстановке, быстро принимать решения с учетом меняющихся обстоятельств и их прогнозов и т. д., поскольку в их деятельность часто являются включенными различные категории населения (граждане, обращающиеся за решением определенных социальных проблем, представители СМИ и пр.), то развитая способность распознавать эмоциональное состояние (например, эмоционально заразительны агрессия, паника и пр.), просчитывать и предпринимать необходимые действия по предупреждению и минимизации их последствий становится важной частью профессионального выполнения своих служебных обязанностей.

Рассматривая данные, полученные с помощью опросника эмоционального интеллекта «ЭМИн» Д. В. Люсина, было выявлено, что для представителей данной выборки характерен более низкий уровень межличностного эмоционального интеллекта. Анализ результатов позволяет отметить, что опрошенным сотрудникам характерно наличие несколько сниженного понимания эмоционального состояния окружающих людей, но при этом у них более выражено управление эмоциями (как у себя, так и у других), понимание и управление своим эмоциональным



состоянием. Анализируя данные выраженности субшкал, можно отметить, что по шкале управления, как своими, так и чужими эмоциями, в группе опрошенных достаточно развит высокий уровень по сравнению с остальными шкалами (по шкале УЭ — 39,7%, из них респондентов с высоким уровнем — 30,8% и 8,9% — с очень высоким). Что пересекается с результатами по шкале «управление эмоциями других людей», полученными при помощи опросника Н. Холла ( $r=0,749$ ,  $p<0,01$ ).

Таким образом, основываясь на результатах 2-х методик, можно отметить, что в целом большинству опрошенных свойственен средний уровень развития ЭИ, а также, что респонденты проявляют достаточно развитую способность контролировать проявление (выражение) своих эмоций. При этом, оказывая воздействие на эмоциональное состояние окружающих людей, значительная часть опрошенных не всегда может понять, какую именно эмоцию или эмоциональное состояние испытывает собеседник в данный момент времени (что может затруднять выполнение профессиональных обязанностей, а также служить дополнительной причиной ссор и недопонимания).

Для изучения особенностей проявления эмоционального выгорания был использован «Опросник эмоционального выгорания В.В. Бойко». Исходя из результатов, можно сказать, что сформированных фаз синдрома эмоционального выгорания в группе опрошенных не выявлено, у незначительной части опрошенных на стадии формирования находится фаза «Резистенции» (у 23,7%) и фаза «Истощения» (у 0,64%), тогда как у преобладающего большинства опрошенных формирующиеся фазы СЭВ не выявлены. Возможно, сотрудники государственного сектора являются более устойчивыми к нервно-психическим перегрузкам, знают, как с ними справляться. Анализируя отдельно взятые симптомы, можно отметить, что наибольший интерес для нас представляют те симптомы, которые уже сформировались или находятся на стадии формирования: среди формирующихся симптомов у опрошенных преобладают такие, как «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (53,8%), «Эмоциональный дефицит» (43,6%) и «Редукция профессиональных обязанностей» (42,95%), а среди уже сформировавшихся — также доминирует симптом «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (19,2%), несколько менее выражены также «Эмоциональный дефицит» (10,9%), «Редукция профессиональных обязанностей» (10,26%) и «Тревога и депрессия» (10,9%). Полученные данные указывают, что 53,8% начинают переставать улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями, как экономическое проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование. Если под первым понимается выработанный со временем полезный навык подключения к профессиональному общению и взаимодействию с различными категориями населения эмоций довольно ограниченного регистра

и умеренной интенсивности (спокойный и уверенный тон речи, отсутствие крика и грубых слов, сдержанные реакции даже на сильные эмоции со стороны пострадавших, сдержанное, но достаточное понимание и пр., которые не снижают заинтересованности в обратившемся гражданине, не отталкивают его, а при необходимости уступают место другим, адекватным и уместным формам реагирования на ситуацию (например, когда важно выразить искреннее сочувствие и внимание к гражданину).

Тогда как полученные данные отражают, что 53,8% опрошенных начали терять способность к этому полезному навыку, вместо чего стали неадекватно «экономить» на эмоциях, начали ограничивать эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе профессиональных, рабочих контактов. Т. е. стали действовать по принципу «хочу или не хочу»: если сочту нужным и если у меня будет соответствующее настроение и желание, то уделю внимание этому гражданину или коллеге, откликнусь на его переживания и потребности, а если нет — то нет. При этом данной категории опрошенных чаще всего кажется, что они поступают допустимым образом, и что ничего не изменилось в их отношении к пострадавшим. Однако субъект общения (гражданин с обращением, представитель какой-либо другой категории населения или коллеги) или сторонний наблюдатель замечают некоторое равнодушие и иногда неучитываемость и пренебрежение со стороны представителя государственной службы и объясняется гражданами, как неуважение к их личности (т. е. переходит в плоскость нравственных оценок).

В результате проведенной статистической обработки данных можно отметить выявленные корреляционные связи, которые являются статистически значимыми, т. е. отражают тенденцию в группе опрошенных. Для  $N=56$  на уровне 0,05 значимая корреляция 0,16, а на уровне 0,01-0,21. Чем меньше развит внутриличностный ЭИ у опрошенных, тем сильнее выражены симптомы СЭВ: «переживания психотравмирующих обстоятельств» ( $r = -0,382, p < 0,01$ ), «тревога и депрессия» ( $r = -0,513, p < 0,01$ ), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» ( $r = -0,420, p < 0,01$ ) и «редукция профессиональных обязанностей» и «расширение сферы экономии эмоций» ( $r = -0,376, p < 0,01$ ). Это позволяет говорить, что чем больше сотрудник понимает свои эмоции и переживания, а также их возможные способы выражения и проявления, причины к которым они могут привести, тем менее травматичным для него становится общение и взаимодействие с людьми, находящимися в сильных переживаниях. А также с собственными сильными эмоциями (например, отчаянием, негодованием и пр.) сотрудникам проще справляться, если они находят себе объяснение, что их побуждает, что провоцирует их возникновение, если различают, что именно с ними происходит в том или ином состоянии. Вероятно, если человек способен описать и объяснить свои переживания, это позволяет их лучше контролировать.

Выраженность межличностного ЭИ также имеет обратную зависимость от выраженности таких симптомов СПВ, как: «переживание психотравмирующих обстоятельств» ( $r = -0,392, p < 0,01$ ), «тревога и депрессия» ( $r = -0,439, p < 0,01$ ), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» ( $r = -0,287, p < 0,01$ ), «эмоционально-нравственная дезориентация» ( $r = -0,296, p < 0,01$ ), «расширение сферы экономии эмоций» ( $r = -0,362, p < 0,01$ ), «редукция профессиональных обязанностей» ( $r = -0,404, p < 0,01$ ), «эмоциональный дефицит» ( $r = -0,426, p < 0,01$ ). Это показывает, что если сотрудник (по поведению, мимике, жестам, позе, голосу и пр.) способен распознавать и идентифицировать какое эмоциональное состояние испытывает его партнер по общению, понимать возможные причины, вызвавшие ту или иную эмоцию, понимать, что может усилить или ослабить его эмоциональное состояние, способен находить слова или действия, которые могут помочь снизить интенсивность негативных переживаний, то это способствует предупреждению формирования и развития значительного количества симптомов выгорания, а, следовательно, и СЭВ в целом. Вероятно, что если сотрудник больше знает и понимает про эмоции окружающих людей, то ему легче справляться, если люди вокруг него испытывают интенсивные эмоции; в какой-то мере сотрудник становится более терпимым к эмоциональным проявлениям окружающих, реже принимает их на свой счет (т. к. он лучше ориентируется в возможных причинах эмоций), а также сотрудник способен более конструктивно взаимодействовать с окружающими, поскольку их состояние и поведение становятся ему более понятны, следовательно, он начинает лучше ориентироваться в том, как именно себя лучше вести, чтобы, например, снизить интенсивность переживаний у пострадавших.

Развитая способность у сотрудников управлять, как своими, так и чужими эмоциями способствует меньшей выраженности таких симптомов СЭВ, как: «тревога и депрессия» ( $r = -0,513, p < 0,01$ ), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» ( $r = -0,426, p < 0,01$ ), «редукция профессиональных обязанностей» ( $r = -0,475, p < 0,01$ ) и «переживанию психотравмирующих обстоятельств» ( $r = -0,462, p < 0,01$ ), а также фазами СЭВ «напряжение» ( $r = -0,662, p < 0,01$ ), «резистенция» ( $r = -0,652, p < 0,01$ ), «истощение» ( $r = -0,512, p < 0,01$ ) и интегральным показателем СЭВ ( $r = -0,723, p < 0,01$ ). Это подчеркивает важность формирования и развития навыка саморегуляции у сотрудников государственного сектора, а также развития знаний о приемах и методах регулирования эмоционального состояния у окружающих, приемах воздействия на их эмоциональную сферу, как значимого момента в предупреждении развития СЭВ.

Понимание как своего, так и чужого эмоционального состояния также демонстрирует взаимосвязь с симптомами и фазами выгорания, наиболее сильные из них: «тревога и депрессия» ( $r = -0,484, p < 0,01$ ), «редукция профессиональных обязанностей» ( $r = -0,397, p < 0,01$ ), фаза

«напряжения» ( $r = -0,620, p < 0,01$ ) и интегральным показателем СЭВ ( $r = -0,685, p < 0,01$ ). Полученные результаты подчеркивают важность не только механического овладения навыками саморегуляции или регуляции состояния окружающих, но и понимания переживаний (эмоций, чувств, состояний), их проявлений, причин и последствий, как это может происходить и проявляться у самого специалиста, его близкого окружения и людей вообще, как влияют обстоятельства внешние и внутренние и пр.

Отрицательная корреляционная связь наблюдается между симптомами СЭВ и составляющими ЭИ (по Н. Холлу): наиболее сильные из них «переживание психотравмирующих обстоятельств» ( $r = -0,494, p < 0,01$ ), «тревога и депрессия» ( $r = -0,553, p < 0,01$ ), «расширение сферы экономики эмоций» ( $r = -0,408, p < 0,01$ ), «редукцию профессиональных обязанностей» ( $r = -0,436, p < 0,01$ ), «эмоциональный дефицит» ( $r = -0,428, p < 0,01$ ), фазами «напряжением» ( $r = -0,716, p < 0,01$ ), «резистенцией» ( $r = -0,685, p < 0,01$ ), «истощением» ( $r = -0,621, p < 0,01$ ) интегральным показателем СЭВ ( $r = -0,790, p < 0,01$ ). Каждая из шкал также проявляет значимую отрицательную взаимосвязь как с симптомами СЭВ, так и с фазами и интегральным показателем. Эти данные также подтверждаются в исследовании, проведенном Е. Н. Бочкаревой на выборке респондентов контактного центра, где также определена отрицательная взаимосвязь эмоционального интеллекта и профессионального выгорания операторов (Бочкарева, 2016).

Вышесказанное позволяет отметить, что между уровнем развития эмоционального интеллекта и выраженностью синдрома эмоционального выгорания наблюдается взаимосвязь, а именно обратная зависимость. Следовательно, наша основная гипотеза нашла подтверждение: чем сильнее развит у специалистов исполнительных органов государственной власти Астраханской области эмоциональный интеллект, тем менее выражены у них симптомы и фазы синдрома эмоционального выгорания.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют, что между уровнем развития эмоционального интеллекта и его составляющих существует обратная взаимосвязь с составляющими и интегральным показателем синдрома профессионального выгорания. У опрошенных отмечается преобладание среднего уровня эмоционального интеллекта и отсутствуют сформированные фазы синдрома эмоционального выгорания, доминирует только фаза «резистенция».

**Вывод.** Таким образом, результаты исследования позволили определить, что эмоциональный интеллект может выступать как фактор, сдерживающий развитие синдрома эмоционального выгорания, служить внутренним ресурсом для его преодоления. Полученные в исследовании результаты позволяют наметить стратегию психокоррекционной и психопрофилактической работы со специалистами подведомственных учреждений государственной службы Астраханской области.

В дальнейшем фокус исследований может быть направлен на изучение влияния компонентов эмоционального интеллекта сотрудников на вероятность развития у них синдрома эмоционального выгорания и разработку комплексной программы по развитию эмоционального интеллекта сотрудников государственной службы.

### Список литературы

1. Алимбаева Р. Т., Есназарова Л. У. Теоретические аспекты эмоционального интеллекта // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2017. № 31. С. 242-243.
2. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. Санкт-Петербург: [Сударыня], [1999]. 28 с. ISBN 5-87 499-048-8.
3. Бочкарева Е. Н. Взаимосвязь профессионального выгорания и эмоционального интеллекта сотрудников контактного центра // Психология. Журнал ВШЭ. 2016. Т. 13, № 3. С. 576-587.
4. Воробьева М. А. Связь эмоционального интеллекта и синдрома эмоционального выгорания у студентов // Образование и наука. 2016. № 4 (133). С. 80-94.
5. Влах Н. И. Эмоциональное выгорание у представителей «помогающих профессий» // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Т. 8, № 1. С. 96-103.
6. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ: пер. с англ. 4-е изд. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2016. 544 с.

УДК 159.99

## ФОРМИРОВАНИЕ ВЕРБАЛЬНО-ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТРОЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Е. А. Черенёва, С. Г. Маслобоев

*Красноярский государственный педагогический университет  
им. В. П. Астафьева, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной работе описывается методика по формированию вербально-латеральных функций у детей с психическими нарушениями. Методика базируется на методологических основах концепции К. В. Анохина — суперценности. Методология формирующего эксперимента базируется на концепциях Н. А. Бернштейна, В. Е. Дьяконова, Л. С. Выготского — повторение без повторения; П. Я. Гальперина — формирование умственного действия. Описывается методика, состоящая из трех этапов и в каждом этапе, есть три стадии формирования функции, через свойства которых, мы можем отследить и проконтролировать

процесс формирования вербально-латеральных функций. Описана динамика результативности формирующего эксперимента, полученная на обработанной выборке детей с психическими нарушениями.

**Ключевые слова:** суперцелентность, вербально-латеральная функция, психические нарушения, формирующий эксперимент

**Актуальность.** Важность психологической помощи детям в общем контексте исследовательских задач, а также социальной направленности, очень велика, особенно в наше время. Это касается детей с психическими нарушениями, где статистика, приведенная в работах Череневой Е. А., показывает значительный процент населения нуждающихся в психической помощи — 15 %, к тому же есть тенденция к увеличению соотношения некоторых категорий нарушений.

Данная методика разработана с учетом современных воззрений на коррекционный процесс, а также на базе предыдущих теоретических представлений, которые актуальны и по сей день.

Современные представления в нейробиологии К. В. Анохин, а также в нейроэтологии В. Е. Дьяконова задают рамки и общие представления о работе психики, а также представления о разработке коррекционных инструментов и методик.

**Постановка проблемы.** Теоретические представления в виде формирующего эксперимента, зоны ближайшего развития, понимание другого, как определяющего развитие ребенка, так же формирование умственного действия, этапность формирования нового действия, это понятия, проверенные временем и актуальные как в исследованиях, так и в коррекционной работе по сей день (Выготский Л. С., Гальперин П. Я., Бернштейн Н. А.).

Все это позволяет на данном этапе, максимально целостно и полно разрабатывать коррекционные методики, направленные на помощь детям с психическими нарушениями, с учетом индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка.

**Методы и материалы.** Данная методика была разработана на основе проводимого формирующего эксперимента по формированию внимания у ребенка Л. С. Выготским В данном эксперименте, ребенок должен был угадать в двух внешне одинаковых коробках, где лежит грецкий орех. Когда ребенок в предложенной игре, начинал проигрывать, экспериментатор указывал на еле заметную разницу в этих двух коробках, которая определяла успешность отгадывания. Ребенок быстро схватывал корреляцию и в дальнейшем безошибочно угадывал, где лежит грецкий орех.

Так же в данную методику, были положены основополагающие принципы, которые описал в своей работе П. Я. Гальперин по формированию умственного действия, где задание дается ребенку, максимально развернуто, целостно, доступно пониманию, поэтапно и отслеживается

деятельность по основополагающим характеристикам, которые ведут к конечному результату выполняемого задания ребенком.

При разработке данной методике был использован принцип урневой организации Н. А. Бернштейна, а также категория суперцедентности (Анохин, 2018). Смысл данной категории в том, что только с верхнего уровня можно понять организацию деятельности целостного организма, как единицы.

В данной работе нами были взяты за основу и переработаны стадии формирования нового движения, описанные Н. А. Бернштейном, где движение проходит ряд стадий от формирования до помехоустойчивости.

В теоретическом плане нами был использован описанный Н. А. Бернштейном принцип организации движения — «повторение, без повторения». В данном случае автор этого утверждения подразумевал, что вроде бы внешне одинаковое движение обслуживается не одинаковой нейронной структурой, в данной структуре происходит динамика, по образованию качественно новой организации данного двигательного акта. В современной литературе мы можем найти похожее утверждение у нейроэтологов в их экспериментальных работах над животными (Дьяконова, 2019).

#### *Описание методики*

Данная методика разрабатывалась в рамках вербального означивания пространственных отношений детей с психическими нарушениями, где функционально формируются пространственные отношения и эти действия означиваются вербально. Методологическим основанием послужило описание эксперимента Л. С. Выготского по формированию внимания у ребенка с помощью методики формирующего эксперимента, а также понимание организации мозга, как когнитома с суперцедентными свойствами — теория когнитома (Анохин, 1975) В методологическое основание можно добавить понимание Н. А. Берштейном организации движения как повторения без повторения, такое же понимание можно встретить в нейроэтологии В. Е. Дьяконова, где при реализации вроде бы однообразной деятельности происходят необратимые изменения в нервном субстрате, формируются новые структуры с новыми свойствами.

Сама методика состоит из трех этапов и трех стадий в каждом этапе, если ребенок более-менее ориентирован на взрослого и может принимать направляющую помощь, не сопротивляется ситуации занятия. Если ребенок проявляет поведение, ориентирован на собственную деятельность, проявляет негативизм к занятиям, то добавляется предварительный этап, где проводится работа с поведением ребенка, включаются упражнения, направленные на адаптацию ребенка в ситуацию обучения.

Первый этап методики, мы его называем этапом «Очередности», где мы производим задачи, в которых есть периодичность, которая направлена на то, чтобы поочередно можно было работать то с одной рукой, то с другой. Таким образом, задача выглядит, как поочередная работа

с руками ребенка. Впоследствии, инструктор начинает делать паузу, перед тем как взять руку ребенка и смотрит, как ребенок реагирует на это. Обычно, почти всем детям, через определенный промежуток времени, доступно понимание, что если поработали с одной рукой, то потом нужно поработать с другой рукой, об этом говорит ребенку его предыдущий опыт занятий с инструктором. В итоге, ребенок начинает сам поочередно подавать руки, чтобы выполнить упражнения, в дальнейшем это уходит в отдельную деятельность, выделенную из состава другого упражнения, где ребенок начинает поочередно подавать руки на «просьбу» (жест, вербальный звук).

В каждом этапе мы выделили три стадии, это стадия «Формирования», стадия «Обобщения» и стадия «Автоматизация». В каждой стадии есть свои подзадачи, которые определяют динамику общего процесса в формируемом этапе.

Стадия «Формирования» характеризуется тем, что здесь мы максимально должны выделить нужный нам результат, дать максимально развернуто задание, используя разные инструменты — направляющая помощь.

Стадия «Обобщения» характеризуется тем, что мы начинаем сформированное действие производить в разных условиях и разным дидактическим материалом, выделяя существенные признаки успешности данного задания.

Стадия «Автоматизации» характеризуется увеличением скоростных и темповых характеристик задания, а также включением задачи в параллельные деятельности, что бы ребенок мог выделить существенные свойства деятельности, которые говорят о динамике производимой деятельности.

Данная структура стадий характерна для всех трех этапов и в дальнейшем, упоминая о стадиях, мы будем иметь ввиду данную структуру.

Второй этап, мы назвали «Этапом указательного жеста». Сформированность данного этапа характеризуется, когда ребенок ждет от инструктора, когда он укажет на ту руку, которую нужно подать. Формирование происходит после завершения этапа «Очередности», когда инструктор начинает выделять указательный жест, вставляя его в паузы, между поочередной подачей рук ребёнком и в дальнейшем рассогласовании принципов «Очередности» и «Указательного жеста».

Третий этап — это этап «Речевой инструкции». Сформированность данного этапа характеризуется ожиданием ребенком речевой инструкции дать «правую» или «левую» руку, после чего ребенок подает названную инструктором руку. Формирование данного этапа происходит, после завершения предыдущего этапа, «Указательный жест», вводятся слова «право» и «лево», где вначале они дифференцированы по долготы и громкости, чтобы ребенок смог легко их различать.



**Результаты исследования и их обсуждение.** Методика разработана нами в 2019 году, и применялась в коррекционных курсах, вместе с другими разработанными и используемыми методиками в коррекционном процессе. Эффективность совместного использования методики вместе с другими коррекционными методиками — выше, чем если бы методику давать отдельно, как самостоятельное упражнение на курс.

С согласия родителей, во время занятий с детьми, ведется видеозапись, где фиксируется, все что происходит на занятии. Запись производится на ПК с помощью веб камеры, с разрешением Full HD. Сформированность той или иной стадии и этапа, оценивается экспертным мнением по результатам выполненных задач ребенком, когда успешность задачи стремится к 100 %.

К сегодняшнему дню, обработано 60 детей, где во время курса фиксировалась динамика смены стадий ребенком. Гендерные особенности детей не учитывались, возраст детей от 2 лет до 10 лет, почти у всех детей были выявлены психические нарушения, это нарушения в эмоционально-волевой сфере, когнитивные нарушения.

Коррекционная работа проходит курсами, это десять дней подряд, без учета выходных, занятие длится один час, таким образом курс — 10 часов. В дальнейшем родителям рекомендуется пройти повторный курс через 3 месяца. Дети участвовавшие повторно в данной статистике учитываются, как разные дети.

У всей обработанной выборке присутствует динамика минимум в две стадии за курс, данная минимальная динамика характерна для детей с тяжелыми психическими нарушениями, таким как тяжелая умственная отсталость. Дети с задержкой речевого развития и задержкой психического развития, могут за курс проходить два этапа, это почти шесть стадий.

Особенно хорошая динамика происходит на втором курсе, ребенок быстро вспоминает пройденный материал, понимает, что происходит и быстро включается в работу.

**Вывод.** Данная методика показывает динамику формирования «Вербально-латеральных функций» даже у детей с тяжелыми психическими нарушениями. В данном случае динамика — это переход ребенком из одной стадии в другую. Так же данная методика, в методологическом плане базируется на принципах формирующего эксперимента Л. С. Выготского, а также принципах метода П. Я. Гальперина по формированию умственных действий.

Данная методика, это еще и получение экспериментальных данных, так как в данном формирующем эксперименте, формируются три принципа, в равных условиях и можно проследить динамику образования нового знания.

Отличие сформированных принципов в информационно-разрешающих способностях, когда они разворачиваются, в остальном, это схожие,

равнозначные принципы, особенно у детей с речевыми нарушениями, где эмоционально-экспрессивная и жестовая коммуникация превалирует над речевой. Дети предпочитают работать по принципу «Очередности» и «Указательного жеста», чем по принципу «Речевой инструкции», если есть выбор при рассогласовании принципов.

### Список литературы

1. Современные подходы к моделированию активности культур нейронов *in vitro*/К.В. Анохин, М.С. Бурцев, В.А. Ильин [и др.] // Математическая биология и биоинформатика. 2012. Т. 7, № 2. С. 372-397.
2. Анохин К.В. Теория функциональных систем: теоретические и экспериментальные исследования высших функций мозга // Биомашсистемы. 2018. Т. 2, № 4. С. 31-40.
3. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы системной организации функций. Москва: Наука, 1973. С. 17-62.
4. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. Москва: Медицина, 1975. 447 с.
5. Бернштейн Н.А. О построении движений // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2009. № 6. С. 3-7.
6. Бернштейн Н.А., Фейгенберг И.М. Физиология движений и активность. Москва: Наука, 1990. С. 373-392.
7. Выготский Л.С. Мышление и речь. Москва: Директ-Медиа, 2014. 570 с.
8. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию (курс лекций). Москва: АСТ: Астрель, 2009. 351 с.
9. Гальперин П.Я. Лекции по психологии: учеб. пособие для студентов вузов. 2-е изд. Москва: Ун-т: Моск. психол.-социал. ин-т, 2005. 399 с.
10. Дьяконова В.Е., Сахаров Д.А. Пострефлекторная нейробиология поведения. Москва: Издательский дом ЯСК, 2019. 588 с.

УДК 159.9.075

## УСТОЙЧИВОСТЬ К АГРЕССИВНОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ ПОДРОСТКОВ И СТАРШЕКЛАССНИКОВ: ЗАМЫСЕЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Т.В. Черникова, Д.А. Водолазов

*Волгоградский государственный социально-педагогический университет  
г. Волгоград, Россия*

**Аннотация.** В дополнение к распространенным исследованиям по теме деструктивного общения школьников выбран ракурс изучения психологической устойчивости к агрессивности у лиц подросткового и старшего школьного возрастов. Применительно к агрессивности устойчивость рассматривается как способность человека к сохранению психологической стабильности и равновесия при задействовании личностных

ресурсов в условиях негативного внешнего воздействия. В качестве цели заявлен анализ психолого-педагогических детерминант, влияющих на особенности проявления и укрепление устойчивости к агрессивности в межличностных отношениях у подростков и старшеклассников различных профилей обучения. Представлен развернутый замысел предстоящего исследования устойчивости к агрессивности в условиях школьного взаимодействия как фактора влияния образовательной среды на развитие и социализацию в подростковом и раннем юношеском возрастах. Предстоит проверка двух основных гипотез исследования:

1) психолого-педагогические детерминанты устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников будут различаться в зависимости от возрастного-психологического статуса и типа образовательной организации;

2) подростки и старшеклассники, занимающиеся в студиях спортивного соревновательного танца (брейк-данс), будут иметь значимо благоприятные показатели психологической устойчивости к агрессивности со стороны сверстников.

Диагностический инструментарий охватывает изучение трех групп психологических показателей:

1) ориентирующих в особенностях выборки на фоне тематического поля исследования;

2) оценивающих потенциал устойчивости;

3) определяющих выбор поведения.

Первые эмпирически значимые результаты показали, во-первых, общее смещение направленности агрессии на внешность сверстников; во-вторых, активность применения старшеклассниками, по сравнению с подростками, конструктивных копинг-стратегий. Систематизация психологической программ и технологий развития коммуникативных компетенций и саморегуляторных возможностей позволит найти место для включения в их перечень систему занятий по укреплению психологической устойчивости к агрессивности посредством спортивного конкурентного танца (брейк-данс).

**Ключевые слова:** межличностные отношения, образовательная среда, профиль обучения, спортивный конкурентный танец (брейк-данс), технологии, устойчивость к агрессивности

**Актуальность.** В числе вызовов современной жизни школы среди подростков и старшеклассников заметен растущий уровень агрессивности, нарушающей их повседневную психологическую безопасность и оказывающей в целом негативное влияние на успешность социализации. Агрессивность в образовательной среде рассматривается как несправедливое, обидное или враждебное отношение. Межличностное взаимодействие в подростковом и раннем юношеском возрастах «отравляется» причинением

вреда другим. Не обусловленное необходимостью, такое поведение проявляется в различных формах агрессивности: вербальной или физической, реальной или виртуальной. Крайней формой ее проявления может выступать такое явление, как школьная травля, «буллинг» (Olweus, 1993), который рассматривают как длительный однонаправленный конфликт, во многом обусловленный попустительским школьным климатом образовательной организации (Ганузин, 2022). Сформированная в подростковом возрасте психологическая устойчивость к агрессивности со стороны сверстников позволит стать более чувствительным к внешним факторам среды и личностным ресурсам совладания для обеспечения успешной социально-психологической адаптации (Головей, Галашева, 2023).

**Постановка проблемы.** Подростки и старшеклассники, в силу резких и значительных изменений возрастно-психологического и социально-статусного характера, проявляют высокую чувствительность к негативным проявлениям в межличностных отношениях, тем более, если они внезапны и беспричинны. Сама образовательная среда организаций различного типа (интернатных; повышенной сложности обучения; с военизированным, спортивным, конкурентным и др. компонентом) может содержать дополнительные факторы провокации и усиления агрессивности. В то же время различные профили (гуманитарные) и системы (санаторные) обучения, исходя из своей специфики и контингента, наоборот, будут снижать проявления агрессивности и положительно влиять на уровень устойчивости к ней в силу нормативного характера эмпатии в межличностных отношениях как фактора психологической безопасности (Анисимова, Крушельницкая, 2023).

И. А. Баева, которая считается ведущим автором концепции психологической безопасности образовательной среды, определяет ее как «свободное от проявлений психологического насилия во взаимодействии, способствующее удовлетворению потребностей в лично-доверительном общении, создающее референтную значимость среды и обеспечивающее психическое здоровье включенных в нее участников» (Баева, 2009, с. 195). Л. М. Костина (2021), опираясь на исследования И. А. Баевой, охарактеризовала безопасность личности в образовательной среде как «состояние, которое характеризуется психологической устойчивостью, сопротивляемостью, переживанием защищенности и проявляется в эффективности деятельности».

На среднем общем и высшем этапе образования ведущим, по утверждению Л. М. Костиной, становится компонент устойчивости. В качестве определяющего фактора устойчивости в противостоянии межличностной агрессии может рассматриваться предложенная И. О. Логиновой с соавторами (2012) категория «социокультурная идентичность». Содержанием социокультурной идентичности как характеристики открытой саморазвивающейся системы выступает самоотождествление человека

с социокультурным пространством, формирующееся в зависимости от обстоятельств социальной реальности и заключающееся в способности удерживать стабильность и непрерывность своего Я в потоке пространственно-временных трансформаций.

Такая постановка проблемы требует специального научного изучения, выявления факторов благоприятного психологического воздействия и систематизации их для перевода в статус гуманитарных технологий — универсальных способов построения позитивных деловых и межличностных взаимоотношений, реализуемых в формах адекватного восприятия и понимания другого человека посредством налаженных каналов коммуникации и конструктивных способов взаимодействия (Черникова, 2003).

**Методы и материалы.** В качестве объекта исследования выступает агрессивность в межличностных отношениях школьников.

Предметом исследования выбрана психологическая устойчивость подростков и старшекласников к агрессивности со стороны сверстников в образовательных организациях различного типа (профиля) обучения.

Предстоит доказать, во-первых, что возрастно-психологический статус и направленность содержания деятельности образовательной организации будут определять психолого-педагогические детерминанты устойчивости к агрессивности у подростков и старшекласников; во-вторых, система работы студий спортивного соревновательного танца (брейк-данс) для подростков и старшекласников, усиленная психологическим содержанием, способствует укреплению устойчивости к агрессивности во взаимодействии со сверстниками. Диагностическая программа исследования охватывает три тематических блока.

В первом диагностическом блоке представлен инструментарий, позволяющий провести предварительную ориентацию в содержательном поле исследования и позициях участников общения. Прежде всего, предстоит методом описания значимых ситуаций создать частотный банк примеров межличностной агрессии в среде подростков и старшекласников. Одновременно с этим по методике Е. Г. Норкиной предстоит изучить «буллинг-структуру» школьных классов и определить ее взаимосвязь с социометрическими матрицами.

Во второй диагностический блок объединены методики, оценивающие потенциал устойчивости на основе изучения данных по методике самооценки конструктивного поведения в конфликте авторов Н. П. Фетикина, В. В. Козлова, Г. М. Мануйлова и шкалы креативности самоактуализационного теста А. Маслоу. В третий диагностический блок вошли методики, раскрывающие возможности и опыт молодых людей в преодолении трудностей в межличностном взаимодействии. Это «Шкала общей самоэффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В. Г. Ромека, а также методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана в адаптации Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Первые полученные данные по формированию банка ситуаций, в которых в отношении подростков и старшеклассников проявляется враждебность, показали направленность межличностной агрессивности. В 60 % случаев это «бодибейминг» (высмеивание особенностей внешности и ее оформления); по 16 % — интеллектуальные способности, а также увлечения и ценности; в 8 % — низкий материальный статус сверстников. В силу ограниченности выборки на первом этапе исследования не была выявлена разница в показателях креативности, самоэффективности, стратегиях разрешения конфликта между подростками восьмого класса и старшеклассниками десятого. По той же причине была исключена проверка на различия в показателях школьников из разнопрофильных учреждений образования. Статистически значимые различия обнаружались по методике «Индикатор копинг-стратегий».

Старшеклассники, по сравнению с подростками, демонстрируют более активное применение стратегий разрешения проблем. Основательное исследование вопросов устойчивости к агрессивности в межличностных отношениях подростков и старшеклассников предстоит реализовать по трем стратегическим направлениям.

Первым направлением исследования станет глубокое долгосрочное изучение теоретико-методологических оснований, современного состояния и тенденций развития в области изучения психологической устойчивости личности подростка и старшеклассника к агрессивности.

С одной стороны, на основе анализа психолого-психологических подходов, концепций и теорий, связанных с изучением агрессивности, предстоит, прежде всего, дать развернутое обоснование понятию «психологическая устойчивость к агрессивности» применительно к взаимоотношениям в возрастных группах подростков и старшеклассников.

С другой стороны, систематизация психолого-педагогических источников позволит расширить теоретико-методологическую базу изучения устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников во взаимоотношениях со сверстниками. Тем самым будет обеспечено понимание психолого-педагогических детерминант, влияющих на устойчивость к агрессивности, что может быть использовано для дальнейших научных разработок в области возрастнo-психологических и психолого-педагогических исследований.

Систематизированные научные источники позволят сконструировать единую теоретико-методологическую базу исследования, которая может быть представлена в виде теоретической модели изучаемого явления — системы психолого-педагогических детерминант устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников в образовательных организациях различного типа.

Вторым важнейшим направлением работы является начатая разработка и апробация на практике программы диагностического исследования устойчивости к агрессивности у школьников подросткового и старшего школьного возрастов. Теоретическое обоснование диагностической программы и эмпирическая ее верификация позволяют обосновать взаимосвязь между уровнем психологической устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников с профилем их школьного обучения, а также возрастным статусом.

На основании статистического анализа полученных эмпирических результатов могут быть выявлены достоверные различия в перечне и содержании психологических характеристик личности у подростков и старшеклассников с высоким, средним и низким уровнями развития устойчивости к агрессивности, а также особенности ее формирования.

Сравнению подлежат показатели школьников Волгограда и Москвы, проводящие обучение по различным профилям: кадетский, профиль МВД, Росгвардии, естественнонаучный, гуманитарный, технический, социально-экономический, спортивный и др.

Полученные результаты исследования позволят разработать комплексные программы по развитию устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников с учетом специфики возраста и профиля обучения.

Систематизированные эмпирические данные помогут повысить осведомленность работников образования о психологических особенностях проявления агрессивности среди подростков и старшеклассников различных профилей обучения, а также о механизмах развития устойчивости к агрессивности, что позволит осуществлять целенаправленное планирование работы с прогнозом ее эффективности, создавать рекомендации для педагогов и психологов, разрабатывать инновационные технологические системы влияния. Результаты исследования позволят выявить факторы, способствующие формированию устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников, которые можно учитывать при организации целенаправленной работы по созданию психологически безопасной образовательной среды.

В рамках третьего направления исследования будут предложены новые и/или усовершенствованы существующие модели, которые объясняют механизмы формирования устойчивости к агрессивности у подростков и старшеклассников различных профилей обучения во взаимоотношениях со сверстниками.

Практическая часть исследования направлена на анализ содержания программ и технологий развития устойчивости к агрессивности в работе педагога-психолога образовательных организаций различного типа. Потребуется системная работа по упорядочению методических материалов, связанных с опытом применения программ и технологий психологической

работы по формированию устойчивости к агрессивности в подростково-молодежной среде школы. Разработчикам предстоит интегрировать отечественные и зарубежные разработки в области танцевальной терапии (Айламазьян, 2024 и др.) и влияния спорта на развитие психологической устойчивости учащейся молодежи (Проскурина, 2022 и др.), чтобы представить их в авторских разработках для экспериментальной апробации. Предстоит обосновать развивающие возможности подростково-молодежных студий спортивного танца (брейк-данс) в развитии психологической устойчивости к агрессивности. Упорядоченный психологический компонент занятий подростков и старшекласников в студии спортивно-соревновательного танца может рассматриваться в качестве примера (образца) конструктивной трансформации агрессивности в культурный способ самоутверждения в условиях конкуренции через достижения индивидуального развития и предъявления его результатов другим в открытом эстетически оформленном виде. Участники развивающих занятий будут включены в обстановку предметно-межличностных отношений референтной группы в системе дополнительного образования, где в качестве основополагающих действуют психологические правила: только культурная форма конкуренции и самоутверждения (спортивно-игровые церемонии уважения к сопернику через одновременную очередность самопредъявления и др.); чтобы доминировать и самоутвердиться, надо развивать свои возможности, а не принижать достижения другого и т. п. По итогам анализа результатов формирующего эксперимента предстоит убедительно доказать эффективность предложенного средства — спортивного соревновательного (уличного) танца — для усиления психологической устойчивости к агрессивности у подростков и старшекласников.

**Вывод.** Исследовательская и экспериментальная работа психолога в направлении поиска технологических средств поддержания и развития устойчивости к агрессивности в общении в настоящее время чрезвычайно востребована. Причинами такого положения являются ограниченный арсенал практических методов в работе психолога с широкой молодежной аудиторией либо узкий диапазон их применения (индивидуальные формы консультирования и терапии, клинические условия стационара, использование узкими сертифицированными специалистами и др.). Задуманное исследование будет проведено для восполнения научно обоснованных и эмпирически выверенных технологических средств практической работы с ориентацией на близкие подросткам и юношеству реалии молодежных субкультур.

### Список литературы

1. Айламазьян А. М. «Конкретная психология человека» Л. С. Выготского как методология анализа танцевальных и музыкально-двигательных практик // Образовательная политика. 2024. Т. 2, № 98. С. 40-52. DOI: 10.22394/2078-838X-2024-2-40-52



2. Анисимова Е. В., Крушельницкая О. Б. Эмпатия в межличностных отношениях обучающихся как фактор их психологической безопасности // Современная зарубежная психология. 2023. Т. 12, № 3. С. 93-102. DOI: 10.17759/jmfp. 2023.120309

3. Баева И. А. Психологическая безопасность образовательной среды и характер общения ее участников // Экопсихологические исследования/под ред. В. И. Панова. Москва: Изд-во Психол. ин-та РАО, 2009. С. 181-196.

4. Ганузин В. М. Современный взгляд на особенности психотравмирующих факторов образовательной среды: буллинг, виктимизация, педагогическое насилие, дидактогеня и возможности их профилактики (обзор) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22, № 2. С. 9-101.

5. Головей Л. А., Галашева О. С. Роль социальной поддержки и жизнестойкости в социально-психологической адаптации юношей и девушек // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Психология. 2023. Т. 13, № 4. С. 509-522. DOI: 10.21638/spbu16.2023.405

6. Костина Л. М., Писаренко И. А., Карпова М. А. Факторы психологической безопасности личности в образовательной среде школы // Наука и практика в образовании: электронный научный журнал. 2021. № 3 (5). С. 55-60.

7. Логинова И. О., Живаева Ю. В., Чернова Е. И. Изучение особенностей устойчивости жизненного мира в зависимости от характера социокультурной идентичности // Мир науки, культуры, образования. 2012. № 3 (34). С. 89-94.

8. Проскурина К. В. Влияние занятий спортом на развитие психологической устойчивости подростков // Фундаментальная и прикладная наука: сб. науч. тр. // Отв. ред. Е. Н. Скорикова. Анапа: Изд-во НИЦ ЭСП в ЮФО, 2022. С. 66-71.

9. Черникова Т. В. Психологическая поддержка в образовании. Москва: МПА-Пресс, 2003. 408 с.

10. Olweus D. Bullying at School. What We Know and What We Can Do. Wiley: Blackwell Publishing, 1993. 160 p. URL: <https://www.litres.ru/dan-olweus/bullying-at-school-what-we-know-and-what-we-can-do-28972581/> (date accessed: 30.09.2024).

УДК 159.99

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОТРАЖЕННОГО ВНЕШНЕГО ОБЛИКА ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ «МЯГКИМИ ТЕХНИКАМИ» ФИТНЕСА**

**О. И. Чернышова, Н. А. Лужбина**

*Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия*

**Аннотация.** Целью нашего исследования было выявление психологических предикторов отраженного внешнего облика у женщин, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса (методика Пилатес, йога, миофасциальный релиз, стретчинг и др.). Выборка составила 68 женщин в возрасте 45-60 лет (зрелого возраста в периодизации В. И. Слободчикова). Численность групп исследуемых женщин, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса составила 33 человека; 35 женщин, не имеющих

актуального опыта занятий фитнесом, вошли в группу контроля. Выбор возрастных категорий женщин обусловлен тем, что в возрасте 45-летия начинают происходить физиологические изменения в женском организме, связанные с увяданием телесности и замедлением работы половой системы, а также пересмотр женщинами своих социальных, семейных ролей и осмысленности жизни. Основные методики, позволяющие выявить и описать психологические компоненты внешнего облика и смыслового наполнения самосознания, базируются на психосемантическом и проективном подходах в определении феноменов психологического пространства личности. В данном исследовании были использованы графический проективный тест К. Маховер «Рисунок человека» (в модификации М. Вагнеровой), методика «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» В. А. Лабунской в модификации Н. А. Лужбиной, опросник Д. А. Леонтьева «Смысложизненные ориентации» и опросник «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» А. А. Бакановой. Проведенный регрессионный анализ показал, что для занимающихся женщин зрелого возраста основным психологическим предиктором восприятия отраженного внешнего облика является их стремление к жизненным целям в будущем, а у не занимающихся женщин основные психологические предикторы отраженного внешнего облика определяются через их выразительное поведение и жизненные процессы, происходящие в настоящем. Результаты исследования могут быть использованы при оказании психологической поддержки женщинам зрелого возраста по гармонизации восприятия их телесности.

**Ключевые слова:** отраженный внешний облик, образ физического «Я», возрастные изменения, «мягкие техники» фитнеса, психосемантический подход, смысложизненные ориентации

**Актуальность.** Восприятие личностью отраженного внешнего облика, как одного из компонентов образа физического «Я», формируется относительно медленно. Понятие отраженного внешнего облика включает оценки личностью своей внешности через отражающие поверхности, через просмотр видеофильмов и фотографий, а также оценки своих социальных, семейных и профессиональных ролей. Восприятие отраженного внешнего облика также осуществляется за счет влияния оценок личностью других компонентов телесности (привлекательности лица и тела; оформления внешности: прическа, косметика, одежда; экспрессивного поведения) (Лабунская, 1999).

Кроме того, на восприятие отраженного внешнего облика влияют также сенсорно-перцептивное восприятие тела («схема тела») и смысловые структуры самосознания, которые формируются в результате индивидуального развития человека и его социокультурных отношений (Каминская, Айламазян, 2015).

Изменения, возникающие в физических компонентах тела в связи с соответствующей профессиональной, тренировочной, досуговой деятельностью не могут не сказаться на восприятии отраженного внешнего облика личностью (Карпов, 2015).

**Постановка проблемы.** Особенного рассмотрения заслуживает проблема восприятия отраженного облика в контексте возрастных изменений в психологии женщины. Многие авторы отмечают, что на рубеже 45-летия многие женщины начинают утрачивать свою телесную привлекательность, что приводит к переоценке их жизненных ориентиров и ценностей (Слободчиков, Цукерман, 1996). Это связано не только с физиологическими процессами в организме женщины (снижением работы половой системы), но и, зачастую, с изменением социальных и семейных ролей и осмысленности жизни и событий, происходящих в их настоящем, прошлом и будущем (Белогай, 2018). В этот период жизни многие женщины начинают активно изменять свой внешний облик, используя методики фитнеса, в особенности «мягкие техники» фитнеса, воздействующие как на физические компоненты тела, так и на психические образы телесности (Hoffman & Gabel, 2015), а также средства массажа, косметологии и пластической хирургии (Vaquero-Cristobal et al., 2021). «Мягкие техники» фитнеса, в частности, направлены как на проработку различных двигательных паттернов, так и на создание положительного образа тела у занимающихся женщин (Gard et al., 2014). Самоотношение к отраженному внешнему облику у таких женщин претерпевает существенные изменения, которые практически не изучаются в современных исследованиях (Лужбина, Чернышова, 2023).

Таким образом, целью нашего исследования стало выявление психологических предикторов отраженного внешнего облика женщин зрелого возраста, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса (методика Пилатес, йога, миофасциальный релиз, стретчинг и др.).

**Методы и материалы.** Исследование осуществлялось с использованием методики «Оценочно-содержательная интерпретация компонентов внешнего облика» В. А. Лабунской в модификации Н. А. Лужбиной, который представляет собой один из вариантов психосемантического подхода (субъективное многомерное шкалирование) (Серкин, 2004) в психологических исследованиях. Основные шкалы опросника включают оценки лица, телосложения, оформления внешнего облика, выразительности поведения, а также отраженного облика и социальных ролей (Лабунская, 1999).

Также применялся опросник Д. А. Леонтьева «Смысложизненные ориентации», позволяющий оценить осмысленность жизни во временной перспективе («результативность жизни» в прошлом, «процесс жизни» в настоящем и «цели жизни» в будущем), а также направленность личности на ценности и установки (локус контроля «Я» и локус контроля «жизнь»).

С помощью опросника «Отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» А. А. Бакановой были исследованы смысловые слои самосознания женщин с точки зрения отношения к жизни, смерти и кризисным ситуациям, а также с позиции концепции онтологической защищенности личности.

Проективная методика «Рисунок человека» К. Маховер (в модификации М. Вагнеровой) была использована для оценки «схемы тела» респондентов (Маховер, 2003). «Схема тела» — первичный сенсорно-перцептивный компонент сознания, который закладывается во время формирования физического тела человека в ранние периоды жизни. К компонентам «схемы тела» относятся вертикализация, симметричность положения тела, а также осознание пропорций тела личностью.

Комплексное использование перечисленных психологических методик позволило нам статистически обработать данные с помощью регрессионного анализа, позволяющего оценить взаимосвязи между несколькими независимыми переменными (предикторами) и зависимой переменной (откликом) (Наследов, 2004).

Математико-статистическая обработка данных производилась с использованием компьютерной программы IBM SPSS Statistics Version 23.0.

Количество респондентов, участвующих в данном исследовании составило 68 человек, проживающих в крупных агломерациях Сибирского федерального округа. В группы женщин зрелого возраста (в периодизации В. И. Слободчикова), имеющих актуальный опыт занятий «мягкими техниками» фитнеса не менее полугода, вошли 33 человека; 35 женщин данного возраста, не занимающихся фитнесом, составили группу контроля. Средний возраст женщин в исследуемых группах составил 51,4 и 50,5 лет соответственно.

**Результаты исследования.** Мы использовали совокупности данных, полученные при анкетировании женщин в исследуемых группах для проведения регрессионного анализа. В качестве зависимой переменной были взяты сводные совокупности данных по каждой анкете, полученные по шкалам «оценка отраженного внешнего облика», а данные по шкалам «схема тела», «лицо», «оформление внешнего облика», «выразительное поведение», «отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» и «смысложизненные ориентации» были приняты как независимые переменные (предикторы).

Линейные корреляции Пирсона для предикторов, полученные на этапе корреляционного анализа указывают на сильные положительные связи в оценках по шкале «оценка отраженного внешнего облика» с оценками по шкалам «оформления внешнего облика» ( $r=0,704$ ,  $p=0,000$ ), «поведение» ( $r=0,711$ ,  $p=0,000$ ) и слабые положительные связи с оценками по шкалам «лицо» ( $r=0,596$ ,  $p=0,000$ ), «телосложение» ( $r=0,480$ ,  $p=0,002$ ), «результативность жизни» ( $r=0,444$ ,  $p=0,005$ ), «процесс жизни» ( $r=0,396$ ,  $p=0,011$ ).

В результате проведения процедуры регрессионного анализа для группы женщин зрелого возраста, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса нами было получено следующее уравнение (1):

$$\text{«оценка отраженного внешнего облика»} = 2,365 \times \text{«цели в жизни»}, \\ (R^2=0,700), (p=0,025, \beta=0,498), (F=4,463, p=0,002) \quad (1),$$

где  $R^2$  – коэффициент множественной детерминации, он определяет долю вариации одной из переменных, которая объясняется вариацией других переменных;  $\beta$  – регрессионный коэффициент, показывающий вклад независимой переменной в регрессионную модель;  $F$  — критерий Фишера; значение данного критерия позволяет говорить о принятии гипотезы о наличии связи между предикторами и откликом в полученном уравнении регрессии.

Коэффициент  $\beta$  для переменной «цели в жизни» показывает достоверный уровень значимости; стандартизованные коэффициенты  $\beta$  для других предикторов («лицо», «телосложение», «оформление внешнего облика», «поведение», «отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации», «результативность жизни», «процесс жизни», «локус контроля «Я», «локус контроля жизнь» и «схема тела») не показывают достоверный уровень значимости, поэтому могут быть исключены из модели.

Полученное уравнение также отражает долю вклада изменчивости выделенных предикторов («цели в жизни») в формирование доли изменчивости зависимой переменной «оценка отраженного внешнего облика» и определяется в пределах 70,0 %, остальные 30,0 % могут быть объяснены другими факторами.

В результате проведения процедуры регрессионного анализа для группы женщин, не занимающихся «мягкими техниками» фитнеса, нами также было получено регрессионное уравнение (2).

Линейные корреляции Пирсона для предикторов, полученные на этапе корреляционного анализа указывают на сильные положительные связи в оценках по шкале «оценка отраженного внешнего облика» с оценками по шкалам «лицо» ( $r=0,746$ ,  $p=0,000$ ), «телосложение» ( $r=0,766$ ,  $p=0,000$ ), «оформления внешнего облика» ( $r=0,687$ ,  $p=0,000$ ), «поведение» ( $r=0,837$ ,  $p=0,000$ ) и слабые положительные связи с оценками по шкалам «отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации» ( $r=0,443$ ,  $p=0,014$ ), «результативность жизни» ( $r=0,588$ ,  $p=0,000$ ), «процесс жизни» ( $r=0,578$ ,  $p=0,000$ ), «локус контроля «Я»» ( $r=0,450$ ,  $p=0,004$ ), «локус контроля жизнь»» ( $r=0,386$ ,  $p=0,011$ ) «цели в жизни» ( $r=0,417$ ,  $p=0,006$ ).

Регрессионное уравнение:

$$\text{«оценка отраженного внешнего облика»} = \\ = 0,780 \times \text{«оценки поведения»} + 1,938 \times \text{«процесс в жизни»}, \\ (R^2=0,814; p=0,036, \beta=0,511 \text{ для «поведения»}; p=0,025, \\ \beta=0,537 \text{ для «процесс в жизни»}), (F=9,121, p=0,000) \quad (2),$$

$R^2$  — коэффициент множественной детерминации, он определяет долю вариации одной из переменных, которая объясняется вариацией других переменных;  $\beta$  — регрессионный коэффициент, показывающий вклад независимой переменной в регрессионную модель;  $F$  — критерий Фишера, значение данного критерия позволяет говорить о принятии гипотезы о наличии связи между предикторами и откликом в полученном уравнении регрессии.

Стандартизованные коэффициенты  $\beta$  для предикторов «поведение» и «процесс в жизни» показывают достоверный уровень значимости. Коэффициенты  $\beta$  для остальных переменных («лицо», «телосложение», «оформление внешнего облика», «отношение к жизни, смерти и кризисной ситуации», «результативность жизни», «цели в жизни», «локус контроля «Я», «локус контроля жизнь» и «схема тела») не показывает достоверный уровень значимости и может быть исключен из модели. Константа не показывает достоверный уровень значимости и также может быть исключена из модели.

Вклад вариации выделенных предикторов «поведение» и «процесс в жизни» в доле изменчивости зависимой переменной составляет 81,4 %; 18,6 % объясняется другими факторами.

**Обсуждение результатов.** Регрессионный анализ показывает, что оценки отраженного внешнего облика в группе женщин, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса достоверно коррелируют с оценками смысловой компоненты «цели в жизни», а у женщин, не занимающихся «мягкими техниками» фитнеса, наблюдается зависимость оценок отраженного внешнего облика от оценок поведения и смысловой компоненты «процесс жизни» в настоящем. Такой результат может быть связан с тем, что женщины, практикующие «мягкие техники» фитнеса более сосредоточены на движении к своим определенным целям, в том числе в отношении своего внешнего облика, когда как женщины не практикующие «мягкие техники» фитнеса более обращают внимание на поведение, которое для них является отображением внешнего облика, а также сосредоточены на событиях своей жизни, происходящих в настоящем времени.

**Вывод.** По результатам исследования мы можем наблюдать, что основным психологическим предиктором восприятия отраженного внешнего облика у занимающихся женщин зрелого возраста являются их стремление к жизненным целям в будущем, а у не занимающихся женщин основные психологические предикторы отраженного внешнего облика определяются через их выразительное поведение и жизненные процессы, происходящие в настоящем. Это может указывать на психологические особенности женщин зрелого возраста, выбирающих «мягкие техники» фитнеса в качестве средства коррекции своего внешнего облика. Целеполагание у женщин данной группы в периоде зрелости может

являться одной из ведущих психологических доминант и сказываться, в том числе, на выборе физической активности.

Женщины зрелого возраста, не практикующие фитнес-подход, сосредоточены скорее на выразительном поведении в предъявлении своего внешнего облика, нежели на красоте лица или телосложения. Это может быть связано с предельными психологическими особенностями женщин, не выбирающих занятия «мягкими техниками» фитнеса в качестве коррекции своей внешности.

Наличие в качестве предикторов отраженного внешнего облика смысловых компонентов самосознания у женщин зрелого возраста может указывать также на то, что осмысленность жизни, а особенно целеполагание и проживание жизненных событий в настоящем может выходить на первый план в предъявлении своего внешнего облика в окружающий мир.

Результаты исследования могут быть использованы в программах осознанного фитнеса, а также в психокоррекционных и тренинговых мероприятиях по формированию положительного образа телесности у современных женщин в поздних периодах жизни, что будет способствовать их личностной устойчивости, ощущению психологической безопасности, и позволит более комфортно взаимодействовать с окружающими людьми.

### Список литературы

1. Белогай К. Н. Образ тела женщин в период менопаузального перехода // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 4. С. 117-124. DOI: 10.21603/2078-8975-2018-4-117-124
2. Каминская Н. А., Айламазян А. М. Исследования образа физического «Я» в различных психологических школах // Национальный психологический журнал. 2015. № 3 (19). С. 45-55.
3. Карпов В. Ю. Современные виды двигательной активности в имиджеологии и формировании здорового образа жизни женщины // Имидж женщины XXI: века здоровье, образование, успех. 2015. № 1. С. 51-65.
4. Лабунская В. А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов на Дону: Феникс, 1999. 608 с.
5. Лужбина Н. А., Чернышова О. И. Психологическая структура образа физического «Я» женщин, занимающихся «мягкими техниками» фитнеса // Психологические исследования. 2023. Т. 16, № 89. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/1388/979> (дата обращения: 09.10.2024).
6. Маховер К. А. Проективный рисунок человека. Москва: Смысл, 2003. 157 с.
7. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. Санкт-Петербург: Речь, 2004. 392 с.
8. Серкин В. П. Методы психосемантики. Москва: Аспект Пресс, 2004. 207 с.
9. Слободчиков В. И., Цукерман Г. А. Интегральная периодизация психического развития // Вопросы психологии. 1996. № 5. С. 38-50.
10. Potential self-regulatory mechanisms of yoga for psychological health/T. Gard, J.J. Noggle, C.L. Park [et al.] // Human Neuroscience. 2014. № 8. P. 770-781. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00770

11. Hoffman J., Gabel F. The origins of Western mind-body exercise methods // *Physical Therap Reviews*. 2015. № 5-6. P. 315-324. DOI: 10.1080/10833196.2015.1125587

12. Evolution of body image perception and distortion with mat and apparatus Pilates practice in adult women/R. Vaquero-Cristobal, P.A. Lopez-Minarro, F. Alacid [et al.] // *Nutricion Hospitalaria*. 2021. Vol. 38, № 1. P. 161-168. DOI: 10.20960/nh.03343

УДК 159.9

## THE IMPACT OF NEWS ON ANXIETY AND STRESS LEVELS OF SECOND-YEAR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

O.A. Kozyreva<sup>1</sup>, D.O. Kozyreva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Volgograd Socio-Pedagogical University, Volgograd, Russia*

<sup>2</sup>*Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

**Summary.** The article examines how constant exposure to news affects stress and anxiety in second-year students who are in the active process of learning and forming their own attitudes. The study examines both negative and positive aspects of news content, focusing on various characteristics of the media, including genre features and the emotional aspect of the materials. Particular attention is paid to how excessive focus on negative events, such as natural disasters and social conflicts, can adversely affect students' psychological well-being, leading to increased levels of anxiety and insecurity. And how positive news and inspirational stories can have a positive impact, helping to improve psycho-emotional well-being. To reduce anxiety and stress related to news, students should learn to be conscious of information. They should limit the amount of time they devote to reading the news, choose reliable sources, and take breaks from the constant stream of news. Focusing on positive events and success stories can also be helpful and can help students develop a more optimistic view of reality.

**Key words:** news, stress, anxiety, information society, mental health, emotional well-being, students

**Relevance.** In our modern society, information is central to everyone's life, and news has become an important part of the daily routine. For students, especially those studying in medical schools, the constant flow of information can significantly affect their emotional state and psychological well-being. In the conditions of increasing workload and high demands of the educational process, especially in conditions of social instability, it becomes especially relevant to study the impact of news on the level of anxiety and stress among students (Pulko, Kivaiko, 2024).



This influence is most strongly felt in students who are at the stage of preparation for their professional career. The second year of medical school is a time when students face serious academic challenges that require high concentration and emotional stability. With the incessant flow of news, often associated with disturbing events, students' anxiety and stress levels can increase significantly (Rakova, 2020).

**Problem statement.** Currently, there is a mismatch between easy access to news information and increasing levels of anxiety and stress among second-year medical students. On the one hand, young professionals can be quickly updated on world events, which increases their awareness and knowledge. On the other hand, constant exposure to negative and anxiety-provoking news can worsen their psycho-emotional state, causing feelings of anxiety and insecurity. Given the significant learning pressures and emotional difficulties faced by future professionals, it is necessary to analyze how different aspects of news content affect their anxiety and stress levels.

**Methods and materials.** This study was conducted at Volgograd State Medical University among second-year students of Clinical Psychology specialty. The survey was conducted using Google Forms among respondents aged 18-22 years old in the number of 49 people.

**Results of the study.** When answering the first question «How much time per day do you spend on watching news?» we got the following results: the answer option «Less than 30 minutes» was chosen by 35 % of students; the answer «30 minutes – 1 hour» was chosen by 20 %; «1-2 hours» 12 %; «More than 2 hours» 6 % and «I don't watch news» 27 %.

When answering the second question «How often do you read/watch the news?» we got the following results: regularly (daily) 49 % of respondents read/watch the news; sometimes (several times a week) 37 % of respondents; rarely (once in several weeks) 12 % and never 2 %.

When answering the third question «What news sources do you prefer?» we got the following results: the answer option «Television» was chosen by 8 % of students; the answer «Internet sites» by 29 % of students; «Social networks» by 63 % and «Print media» by 0 %.

When answering the fourth question «How do you evaluate the content of the news you consume?» we received the following results: the answer «Mostly positive» was chosen by 33 % of students; the answer «Neutral» was chosen by 12 % and «Mostly negative» by 55 %.

When answering the fifth question «Do you feel that news affects your emotional state?» we got the following results: the answer option «Yes, strongly» was chosen by 33 % of students; the answer «Yes, moderately» was chosen by 39 %; «No, minimally» was chosen by 20 % and «No, not at all» by 8 %.

When answering the sixth question «How often do you experience anxiety after reading the news?» we got the following results: the answer option

«Often» was chosen by 43 % of students; the answer «Sometimes» was chosen by 43 %; «Rarely» was chosen by 12 % and «Never» by 2 %.

When answering the seventh question «Does your stress level increase during the exam session because of the news?» we got the following results: the answer option «Yes, significantly» was chosen by 27 % of students; the answer «Yes, a little» was chosen by 33 %; «No» was chosen by 16 % and «I don't notice» by 24 %.

When answering the eighth question «How do you cope with stress caused by the news?» we got the following results: the answer option «I play sports» was chosen by 22 % of students; the answer «I socialize with friends» was chosen by 29 %; «I practice meditation» was chosen by 22 %; «I don't pay attention» was chosen by 27 % and «I don't feel stressed» by 0 %.

When answering the ninth question «Do you notice that your friends/classmates also feel anxious about the news?» we got the following results: the answer option «Yes, many» was chosen by 45 % of students; the answer «Yes, some» was chosen by 31 %; «No, haven't noticed» 10 % and «Not sure» 14 %.

When answering the tenth question «What impact does negative news have on your physical well-being?» we got the following results: the answer option «Very negative» was chosen by 22 % of students; the answer «Negative» was chosen by 58 %; «Neutral» 20 % and «Positive» 0 %.

When answering the eleventh question «Does the level of anxiety after watching the news affect your learning activity?» we got the following results: the answer option «Yes, it affects a lot» was chosen by 18 % of students; the answer «Yes, it affects a little» was chosen by 49 % and «No, it does not affect» by 33 %.

When answering the twelfth question «What are you most concerned about in the news?» we got the following results: the answer option «Political events» was chosen by 41 % of students; the answer option «Economic problems» was chosen by 29 %; «Pandemics» 16 %; «Environmental disasters» 14 % and «Nothing» 0 %.

When answering the fourteenth question «How often do you discuss news with other students?» we got the following results: the answer option «Regularly» was chosen by 24 % of students; the answer «Sometimes» was chosen by 45 %; «Rarely» 18 % and «Never» 2 %.

When answering the fifteenth question «Does participating in news discussions calm you down or cause additional stress?» we got the following results: the answer option «Calms down» was chosen by 27 % of students; «Neutral» 59 % and «Causes stress» 14 %.

When answering the sixteenth question «How do you feel about the idea of restricting access to some news to reduce anxiety?» we got the following results: 29 % of students chose «Support»; 55 % chose «Neutral» and 16 % «Do not support».

**Discussion of the results.** Based on the results of the survey, several key points can be emphasized regarding how students consume news and how they perceive information emotionally.

Time spent on news: the majority of respondents (35 %) spend less than 30 minutes on news reports daily, and 27 % do not read the news at all. This indicates that many students are seeking to reduce their time spent on information.

Frequency of exposure to news: Nearly half of respondents (49 %) report that they read or watch the news daily, while 37 % read or watch the news several times a week. This suggests significant student interest in what is happening in the world, although many students follow events less frequently or not at all.

News source preferences: for the majority of students (63 %), the main news comes from social media, while traditional media such as television and print media are less utilized.

Evaluation of news information: 55 % of students express a negative opinion of news content, which may indicate a high level of anxiety.

Emotional impact of news: 72 % of respondents indicated that news affects their emotional state, and 33 % feel this impact significantly. 43 % of survey participants experience anxiety after being exposed to news.

Stress during exams: 25 % of students believe that stress levels during exams increase due to the news, which emphasizes the relevance of the topic of anxiety management.

Stress relief methods: students use various approaches to reduce stress, such as socializing with friends (29 %) and playing sports (22 %). However, 27 % prefer to ignore stressful sources.

Discussing news: more than 45 % of students exchange opinions about news with friends, but 59 % have little emotional reactions when discussing it.

Anxiety level: 41 % of students are most concerned about political events, but only 29 % support the idea of restricting access to some news, which shows their understanding of the importance of information even though they are anxious.

**Conclusion.** News, especially concerning politics and social issues, can cause anxiety and excitement among students (Egorova, Mayorova, Stepkina, 2020). Information messages about pandemics, epidemics, disasters, and other crises can increase fear, especially among medical students. Research shows that negative news triggers more intense emotional reactions than positive news and contributes to chronic stress.

Students who are frequently immersed in a news environment may experience a phenomenon known as «information overload,» leading to higher levels of anxiety. Constant focus on negative events activates stress mechanisms such as cortisol production, which is detrimental to overall health (Emelyanov, 2023; Martynenko, 2024). In addition, students may begin to perceive the world as more threatening than it is, which only contributes to anxiety.

The perception of news triggers defensive reactions, such as avoidance of information or, on the contrary, increased interest in its analysis, which affects the psycho-emotional state of students (Skorynin, 2022). Social networks play a key role in the formation of distorted perception of reality, contributing to the spread of negative images. Psychologists advise limiting the news stream to reduce stress and support mental health. Media literacy becomes a necessary skill that allows students to critically evaluate sources of information and manage its flow, which affects their emotional state (Makashova, 2023). Educational institutions should develop programs that teach this skill.

Data show that consumption of negative information can have a devastating effect on the psycho-emotional state of students, which is especially critical in conditions of high academic load and preparation for future professional activity. It is important to consider not only educational aspects, but also the impact of external information flows on students» psychological well-being (Sandra van Dulmen, 2007).

The level of anxiety and stress arising from the news can significantly impede the learning process. Increased anxiety negatively affects concentration, memory and learning of material (Irkhina, 2016). This is especially true for medical students who need to be attentive and make decisions under time constraints. In such circumstances, access to emotional support becomes vital (Milou, 2024). Educational institutions can play a key role in creating a supportive atmosphere by offering stress reduction programs and teaching students coping techniques, including meditation and yoga, as well as providing psychological support.

In conclusion, it should be emphasized that the results of this study demonstrate the complex interactions between medical school sophomores and information from news sources. Negative and distressing events presented in the media increase students» feelings of anxiety and depression, which directly leads to increased levels of stress and anxiety.

## References

1. Egorova D. D., Mayorova E. E., Stepkina V. C. Political content as a potential source of psychological trauma // *Economy and socium*. 2020. № 6 (73). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/politicheskiy-kontent-kak-potentsialnyy-istochnik-psihologicheskoy-travmy> (date of access: 20.10.2024).
2. Emelyanov I. E. The impact of negative news on the well-being and socialization of personality: analysis of the phenomenon of dumskrolling // *Proceedings of the XV Eurasian Science Forum*, St. Petersburg, November 30-01, 2023. St. Petersburg: University at the Interparliamentary Assembly of EurAsEC, 2024. p. 91-99.
3. Irkhina A. V. V., Voloshina M. M., Tereshchenko A. A., Grigan S. A. Stress. Psychology of stress // *Scientific research and development of students: Proceedings of the II International Student Scientific and Practical Conference*, Cheboksary, 01.12.2016/FGBOU VO «Chuvash State University named after I. N. Ulyanov. I. N. Ulyanov Chuvash State University; K. Zhubanov Aktobe Regional State University; M. Ryskulbekov Kyrgyz Economic University. M. Ryskulbekov; LLC «Center for Scientific Cooperation «Interactive

Plus». Cheboksary: Limited Liability Company «Center for Scientific Cooperation «Interactive Plus», 2016. C. 147-150.

4. Makashova V.V. Disinformation as a subject of scientific analysis: traditional and new approaches // *Medialmanah*. 2023. № 6 (119). P. 16-20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dezinformatsiya-kak-predmet-nauchnogo-analiza-traditsionnye-i-novye-podhody> (date of access: 20.10.2024).

5. Martynenko M.A. Impact of the era of digitalization on the psychosomatic state of modern students // *Scientist*. 2024. № 2 (28). P. 1-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-epohi-tsifrovizatsii-na-psihosomaticheskoe-sostoyanie-sovremennyh-studentov> (date of access: 20.10.2024).

6. Pulko T.A., Kivaiko V.N. Information manipulation and psychological vulnerability in the conditions of crisis information environment // *Endless light in science*. 2024. S 2. P. 151-154. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatsionnye-manipulyatsii-psihologicheskaya-uyazvимость-v-usloviyah-krizisnoy-informatsionnoy-sredy> (date of access: 20.10.2024).

7. Rakova M.S. Cultural influence of television on the formation of personality in the conditions of globalization // *On the way to civil society*. 2020. № 1 (37). P. 76-78. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kulturnoe-vliyanie-televideniya-na-formirovanie-lichnosti-v-usloviyah-globalizatsii> (date of access: 20.10.2024).

8. Skorynin A.A. To the problem of reflection of psychological well-being of personality in digital space // *Humanitarian researches. Pedagogy and psychology*. 2022. № 9. P. 58-63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-otrazheniya-psihologicheskogo-blagopoluchiya-lichnosti-v-tsifrovom-prostranstve> (date of access: 20.10.2024).

9. The STRESS-EU database: A European resource of human acute stress studies for the worldwide research community/M. S. C. Sep, K. Veenman, C. Vinkers [et al.] // *Neuroscience Applied*. 2024. Vol. 3. P. 104063. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104063> (date of access: 22.10.2024).

10. The impact of assessing simulated bad news consultations on medical students» stress response and communication performance/S. van Dulmen, F. Tromp, F. Grosfeld [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. 2007. Vol. 32, № 8-10. P. 943-950. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.06.016> (date of access: 22.10.2024).

**УДК 159.9**

## **MODERN DOMESTIC PSYCHOLOGICAL STUDIES OF THE BEHAVIOR OF A PERSON WITH A MENTAL DISORDER**

**Yu. V. Kuznetsova<sup>1</sup>, E. V. Gutkevich<sup>1,2</sup>**

*<sup>1</sup>Federal State Educational Institution of Higher Education  
«National Research Tomsk State University», Tomsk, Russia*

*<sup>2</sup>Research Institute of Mental Health Tomsk NIMC, Tomsk, Russia*

**Summary.** A theoretical review of studies on the relationship between the locus of control and coping strategies chosen by a person with a mental disorder is presented. The publications of 2021-2024 were taken into account,

since the consequences of the pandemic and other socially stressful events were an increase in morbidity and mortality of the population of various ages, the appearance of post-ovoid syndrome and post-traumatic stress disorders. In this review, attention is paid to publications, the subject of which is the peculiarities of the behavior of mentally ill people, in particular, the coping strategies they choose, the locus of control, as well as some personal characteristics that influence their behavior. The analysis of publications of both scientific reviews and the results of empirical research for the specified period, freely available on the eLibrary portal, made in Russian, is carried out. The most frequent mental illnesses (and conditions) mentioned by researchers in connection with the study of the strategy of behavior and the locus of personality control have been identified, while the vast majority of studies are devoted to the behavior in the situation of illness of persons of adolescent, adolescent and mature age. The purpose of the work: to study the problems of the study of coping strategies and the locus of control of mentally ill people in modern psychological science (based on the materials of publications 2021-2024). The novelty of the work is expressed in a theoretical review of research in modern psychological science in 2021-2024, the results of which can become the basis for further research on the pathopsychological characteristics of mentally ill people and the search for resources for their psychosocial rehabilitation and adaptation.

**Key words:** locus of control, externality, coping strategy, avoidance, suppression of emotions, distraction, making sense, mental disorder, impulsivity, affect, health, adaptation

**Relevance.** One of the main problems associated with mental health is the resilience of the individual, the ability to resist negative information from the outside, react correctly to emotions and take responsibility for their behavior. In this regard, it is important to identify significant differences in the definition of coping strategies chosen by healthy and mentally ill people, and the locus of control affecting their behavior. The search for resources for the rehabilitation of people with mental disorders will allow for comprehensive support for this social group.

**Problem statement.** Currently, there is a contradiction between the insufficiently studied features of the behavior of a person with a mental illness, her motivation in decision-making, degree of independence, ability to take responsibility for her life and the need to identify specific features of the locus of control and the most frequently chosen coping strategies as resources for socio-psychological adaptation.

**Methods and materials.** The analysis and structured presentation of the results of review and empirical studies on the psychological characteristics of the behavior of a person with a mental disorder, presented in the electronic library eLibrary in 2021-2024. According to the keywords, using the advanced search form of the online library eLibrary, a sample of 46 publications in

domestic scientific journals and materials of research conferences for the period from 2021 to 2024 was compiled (the following search words were used: «mental disorder», «mental illness», «postcovid syndrome», «COVID», «coping», «coping strategies», «locus of control»).

**Results and discussion of the study.** Qualitative content analysis showed the presence of 40.811 publications (articles in journals and publications in conference proceedings), which required a more detailed selection of material for analysis and structured presentation. The search was carried out by keywords using the extended search form of the eLibrary electronic library, only publications related to mental disorders were taken into account, as a result, a selection of 194 publications from 2021 to 2024 was compiled. (search words: «mental disorder», «mental illness», «postcovid syndrome», «COVID», «coping», «coping strategies», «locus of control»). As an illustrative example, we give a detailed analysis of individual publications.

In many studies, age is one of the key factors influencing the relationship between certain coping strategies and the locus of control. Thus, in E.Y. Antokhin's empirical study, the first psychotic episode of schizophrenia is considered as a primary personal (age crisis) conflict, its consequences are stigmatization by society of mentally ill people. As it turned out, patients with schizophrenia and schizoaffective disorder demonstrate maladaptive coping strategies, in particular, avoidance, which is associated with isolation from others, withdrawal from joint activities. The group of subjects in question chose distraction as a conditionally adaptive coping, which involves immersion in a familiar, relatively automated activity when faced with a problem. Patients with schizophrenia with the first psychotic episode choose a «problem analysis» less often than healthy people of the same age. The subjects of this sample used «confusion» less often than healthy people, which deserves interest and can become a resource in personality adaptation. Used by patients more often than in the sample of mentally healthy respondents, «making sense» copings are colored by delusional symptoms, their meanings usually express the nature of the disorder, a tendency to coping «suppression of emotions», which is interconnected, according to E.Yu. Antokhin, with a reduced ability to emotional expression. In a stressful situation, patients with schizophrenia with the first psychotic episode experience much less confusion, but depression in the presence of obsessive-compulsive manifestations (and without them) leads to increased confusion (Antokhin, 2022).

The age factor in behavior and motivation for mental activity N.D. Semenova, E.V. Sokolovskaya, B.A. Kazakovtsev devoted their research to sick people. In a sample of young subjects, scientists found that the typical way to respond to difficult life situations was to blame, while patients experienced depression. At the same time, the copings «acceptance» and «planning» are almost never chosen by young people with mental disorders under the conditions that they are characterized by such psychosocial indicators as the

age period of youth, the status of the unemployed, a low indicator of quality of life, high rates of apathy (Semenova, Sokolovskaya, Kazakovtsev, 2021).

The relationship between the «age» factor and the locus of control, as well as the influence of personal characteristics of the subjects on the locus of control, was studied by Y. S. Khudina, N. V. Tkachenko, V. G. Zaika. In a sample of individuals with organic personality disorder, a group of scientists identified the relationship between affective response and the locus of control, depending on indicators such as aggressiveness, excitability, impulsivity, and anxiety. Thus, in patients with a high level of excitability, uncontrollable impulsivity and excessive aggression, the locus of control has low indicators, externality has been revealed. If normally more anxious, depressive personalities who get stuck on failures demonstrate externality, then in the presence of an organic disorder, the disclaimer of responsibility extends to their own behavior, responsibility is attributed to the disease (Khudina, Tkachenko, Stutter, 2023).

In an empirical study by T. S. Savyak, in a sample of subjects in a situation of stress, but without mental disorders, a tendency was found to act in accordance with the coping strategy of «systematic problem solving», which negatively correlates with such psychological protection as «regression» and «compensation». Those who choose «withdrawal, avoidance» rarely use such psychological protection as «reactive education», i. e., avoiding behavior in a person in a stressful situation is associated not with replacing one emotion with another, but with an attempt to suppress emotions (Savyak, 2022). At the same time, in a sample of respondents with a mental disorder, suppression of emotions was associated with a reduced ability to emotional expression (Antokhin, 2022). Thus, coping «suppression of emotions» as maladaptive coping is characteristic of the behavior of a person with and without a mental disorder.

In this regard, it is important to publish a publication dedicated to coping with people suffering from alexithymia, which is not a mental disorder and is not included in ICD-10. Considering alexithymia to be a personal feature of an individual, P. M. Larionov proves on a sample of mentally healthy students (adolescence) that alexithymia is based on dysfunction of the emotional and cognitive sphere, more specifically, a weak understanding of one's own emotional experience. The scientist proves that the higher the emotional reactivity, the lower the ability to analyze and verbalize one's own emotions (Larionov, 2021). In the above-mentioned studies by E. Y. Antokhina, the relationship between the suppression of emotions and a decrease in the ability to emotional expression in mentally ill people was proved, and according to T. S. Savyak, avoidant behavior in mentally healthy people is due to an attempt to suppress emotions. On this basis, it is possible to make an assumption that a decrease in the ability to emotional expression in mentally ill people may be due to a weak understanding of their own emotional experience, as it happens with alexithymia.



Anxiety as a factor influencing the choice of maladaptive coping strategies, K.A. Kosenko and S.A. Wildgrube note in their study. Individuals with non-psychotic mental disorders who have received burns of varying severity often choose such maladaptive coping as avoidance, scientists conclude that the development of personal and environmental coping resources is insufficient. The higher the anxiety of the subjects, the more preferable «withdrawal-avoidance» is for them (Kosenko, Wildgrube, 2021).

In a number of studies, concomitant somatic diseases are an additional factor. Thus, an empirical study of coping strategies in patients with schizophrenia with concomitant chronic cardiovascular pathology was conducted by G.S. Rachkauskas, O.V. Kondufor, D.A. Kolesnikov, S.V. Kizimenko, M.I. Kardash, V.E. Kharkov, M.A. Kharkov, G.A. Markaryan. Scientists have found that patients with middle-aged schizophrenia initially developed a mental disorder, and then a somatic one (on average, after 1-3 years). In general, patients with a mental disorder are more susceptible to stress, more often choose maladaptive coping strategies in behavior that enhance social vulnerability and disintegration, and a decrease in the level of adaptive skills (Rachkauskas, Kondufor, Kolesnikov, Kizimenko, Kardash, Kharkov, Kharkov, Markarian, 2024).

Expand the empirical field of study coping strategies of a person with a mental disorder V.A. Abramov, E.V. Babura. Comparing the coping strategies used by individuals with neurotic and psychotic levels of personality disorganization, scientists have found that the most electable in both groups are maladaptive coping avoidance and confrontation, which complicates overcoming difficult life situations, hinders personal self-realization and subjective personal recovery, regardless of the nature of the nosology. At the same time, subjects with a psychotic personality organization are more likely to choose confrontation (by 20 % in general), escape-avoidance is more often demonstrated by subjects with a neurotic personality organization (5 % more often than subjects with a psychotic personality organization), the norm group more often chose such coping as «systematic problem solving» (25 % more often than a group with a neurotic personality organization and 30 % more often than a group with a psychotic personality organization) (Abramov, Babura, 2022).

Assessment by mentally ill persons the publication of O.A. Bobyk, S.V. Kapranov, D.V. Tarabtseva is devoted to the influence of environmental factors on the body. The results obtained by scientists showed a fairly high level of differences between the perception of harmful neuropsychiatric environmental factors in patients (5 times more than healthy people recognize such an influence). In addition, the subjects noted a high level and intensity of negative information causing anxiety as a predictor of mental deterioration, as well as a favorable psychological climate in the family and at work as a necessary condition for maintaining mental balance. Mentally ill people are

5 times more likely to look for the cause of deterioration of their condition (and the onset of the disease) in external factors affecting them (Bobyk, Kapranov, Tarabtsev, 2022). For comparison, the subjects normally have an internalized locus of control: in an empirical study by A. E. Voloshina, self-efficacy positively correlates with internality. A person with an internal locus of control perceives difficulty as a challenge, an interesting task requiring the manifestation of abilities, and sees the reasons for failure as a possible lack of theoretical knowledge or practical skills on his part (Voloshina, 2021).

Empirically proves that the locus of control is a basic component of the self-regulation potential of patients suffering from mental disorders, V. V. Melnichenko. Externality prevails in mentally ill people when they assess the area of failures and interpersonal relationships. The scientist believes that the formation of externality according to these indicators is influenced by such personal qualities of respondents as high sensitivity to rejection, emotional lability and impulsivity, a tendency to subdepressive affect. As a result, a state of learned helplessness, dependent behavior (unwillingness to make decisions and a low degree of responsibility) is consolidated (Melnichenko, 2022). Impulsivity as an indicator that significantly affects the locus of control and affective response of a person with an organic disorder is also noted in their study by Y. S. Khudina, N. V. Tkachenko, V. G. Zaika.

When studying publications on changes in the state of mental health of the population under the influence of self-isolation during the COVID-19 pandemic, it was revealed that the vast majority of studies are related to the study of the psychological state, individual symptoms, and are generalized. The article by I. Ya. Stoyanova, E. V. Gutkevich, V. F. Lebedeva, A. A. Ivana, N. A. Bohan indicates a number of factors affecting the mental health of the population during the pandemic, in particular, anxiety, decreased social contacts, and a deficit of emotional experiences. An important aspect of this study was the study of the degree of psychological well-being of medical workers employed in care units for patients with COVID-19. This part of the medical staff has higher rates of anxiety, depression and professional burnout. Among the specific problems are emotional (fear of infection, feeling of loneliness, isolation), communicative (when communicating with management and patients), organizational (lack of protective equipment), as well as problems related to physical discomfort (lack of sleep and rest, uncomfortable protective clothing) (Stoyanova, Gutkevich, Lebedeva, Ivanova, Bohan, 2022).

N. T. Akpysharov notes some gender differences in attitude to the disease (pandemic) in his study: women are more susceptible to alertness and anxiety. The respondents stated the need for measures to prevent coronavirus infection, in particular, the need to isolate infected people. At the same time, respondents who sought psychological help noted that they did not stay at home during the isolation period. The majority of respondents were afraid to get infected, but did not know if they had been ill, they turned to a family doctor, a doctor

they knew, an infectious disease specialist was only in third place according to the survey, and the use of preventive measures against COVID-19 was noted by a slightly larger number of respondents (39%) compared to those who took them «sometimes (35%) and did not take any measures at all (26%) (Akpysharov, 2023). This may indicate avoidance as a psychological defense, since COVID tests were available to the public, clinics were operating in an enhanced mode, and one of the main means of prevention is self-isolation, which many respondents neglected.

A team of scientists A.M. Nikolenko, I.I. Akhmedov, A.A. Laevskaya, E.E. Semenyako, M.D. Javadov investigated how the self-isolation regime affects mental health. It turned out that fewer emergency psychiatric consultations were provided, but the number of psychological consultations of respondents receiving psychopharmacological treatment increased. In other words, the total number of visits to psychiatric institutions decreased during the pandemic, but among those who applied, the number of those with a history of mental disorder increased. No significant changes in symptoms and diagnoses were found (Nikolenko, 2022).

COVID-19 as a psychogenic onset of mental and psychosomatic diseases is considered by a group of scientists G.V. Akimenko, A.M. Seledtsov, Yu. Yu. Kirina, A.S. Yakovlev Depressive symptoms were more often manifested in patients, less often in medical workers. The prevalence of PTSD has even more significant differences, in particular, in patients with COVID-19, PTSD was prevalent in 93% of cases, while among the population, including medical professionals who have not had COVID, the prevalence of PTSD is only 3%. In most of the studies analyzed by G.V. Akimenko et al., mental symptoms were more often manifested in people who already had mental pathologies and at the same time had COVID (Akimenko, Seledtsov, Kirina, Yakovlev, 2023).

**Conclusion.** Summarizing the results of a study of publications for 2021-2024, it was revealed that the age aspect and personal characteristics of patients affecting their coping behavior are most studied in schizophrenia and organic brain diseases. The externality of mentally ill people and coping behaviors such as avoidance and suppression of emotions, less often confrontation, were studied. Significant correlations were found between the locus of control and impulsivity, excitability, aggression, and anxiety. The pandemic of the new coronavirus infection had a significant impact on public mental health and on the occurrence of psychological problems of various kinds in people diagnosed with COVID, significantly affected the susceptibility of the population to the development of certain mental symptoms or exacerbation of mental disorders diagnosed earlier. At the same time, psychopathological and pathopsychological symptoms were more likely to occur in cases where a person already had mental health problems. People with medical education experienced much fewer mental problems and were not susceptible to the development of reactive mental states. Research

on the effects of the pandemic is currently ongoing. The obtained data can become the basis for further study of the pathopsychological characteristics of mentally ill people and the search for resources for their psychosocial rehabilitation and adaptation.

## References

1. Abramov V.A., Babura E.V. Features of coping behavior (coping strategies) in a situation of «living with a disease» // Journal of Psychiatry and Medical Psychology. 2022. № 1 (57). P. 51-60. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54192291> (date accessed: 12.08.2024).
2. Pandemic COVID-19: Actual problems of human mental health (literature review)/G.V. Akimenko, A.M. Seledtsov, Yu. Yu. Kirina [et al.] // New challenges — new research. Collection of articles of the III International Scientific and Practical Conference. Petrozavodsk, 2023. P. 160-165.
3. Akpysharov N. T. Assessment of the impact of covid-19 on mental health (according to the survey) // Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan. 2023. № 4. P. 69-72.
4. Antokhin E. Y. Coping structure in patients with postpsychotic depression who suffered the first episode of schizophrenia // Mental health. 2022. Vol. 17, № 12. P. 32-43. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49936677> (date accessed: 12.07.2024).
5. Bobyk O.A., Kapranov S. V., Tarabtsev D. V. On the issue of assessment by mentally healthy and sick people of the influence of environmental factors on the body // 65 years of DonGTI. Science and practice. Current issues and innovations. 2022. P. 278-280. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49771471> (date accessed: 12.07.2024).
6. Voloshina A.E. Features of self-efficacy in individuals with internal and external locus of control // Science and innovation in the XXI century: current issues, discoveries and achievements. Penza, 2021. P. 245-246. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46134507> (date accessed: 12.07.2024).
7. Kosenko K.A., Wildgrube S.A. Self-relation of a person with non-psychotic mental disorders in burn disease with different types of coping strategies. Text: electronic // Donetsk Readings 2021: Education, science, innovation, culture and modern challenges. 2021. P. 220-223. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47292875> (date accessed: 12.07.2024).
8. Larionov P.M. Key problems of alexithymia research and its relationship with cognitive strategies of emotion regulation, coping elasticity and emotional disorders // Consultative psychology and psychotherapy. 2021. Vol. 29, № 1. P. 44-65. DOI: 10.17759/cpp.2021290104
9. Melnichenko V.V. General and socio-psychological characteristics of subjective control in patients with different levels of personality disorganization // Journal of Psychiatry and Medical Psychology. 2022. № 2 (58). P. 25-31. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=wtmjgm&ysclid=m0fo7d99g8576492564> (date accessed: 12.07.2024).
10. The influence of the self-isolation regime during the covid-19 pandemic on the mental health of young people/A. M. Nikolenko, I. I. Akhmedov, A. A. Laevskaya [et al.] // The best research paper. 2022. Collection of articles of the IV International Scientific Research Competition. Petrozavodsk, 2022. P. 154-158.
11. Coping strategies of people with schizophrenia and concomitant chronic cardiovascular diseases/G.S. Rachkauskas, O.V. Kondufor, D.A. Kolesnikov [et al.] // Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. 2024. № 4. P. 481-497. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=67210742> (date accessed: 12.09.2024).

12. Savyak T.S. Interrelation of coping strategies and mechanisms of psychological protection in a situation of personal stress // Modern psychological and pedagogical technologies. 2022. № 1. P. 3-15. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48704446>

13. Semenova N.D., Sokolovskaya E.V., Kazakovtsev B.A. Mentally ill young people and the status of the unemployed: clinical and psychosocial indicators // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2021. Vol. 12, № 2. P. 207-219. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46117655&ysclid=m0ec9io1av217915310> (date accessed: 12.09.2024).

14. Sochivko D.V. Comparative functional analysis of the personal states of mentally ill patients diagnosed with neurosis and patients diagnosed with schizophrenia // Applied legal psychology. 2021. № 2 (55). P. 15-23. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46276783> (date accessed: 12.09.2024).

15. Psychological factors causing transnational damage to public mental health of the population/I.Ya. Stoyanova, E.V. Gutkevich, V.F. Lebedeva [et al.] // Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology. 2022. № 1 (114). P. 46-56. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?edn=fmaaajy> (date accessed: 12.09.2024).

16. Khudina Yu. S., Tkachenko N.V., Zaika V.G. The relationship between the locus of control and affective response in patients with organic personality disorder // Mental health. 2023. Vol. 18, № P. 37-45. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54290331> (date accessed: 12.09.2024).

## РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

---

УДК 159.9.072

### ФЕНОМЕН ПРОКРАСТИНАЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И ИСТОРИЯ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

А. Н. Аникин

Н. В. Басалаева, научный руководитель

*Лесосибирский педагогический институт —  
филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье представлен обзор существующих исследований феномена прокрастинации. В обзоре рассматриваются определения и компоненты прокрастинации с точки зрения отечественных и зарубежных исследователей. Проводится анализ основных теоретических подходов к пониманию данного явления.

**Ключевые слова:** прокрастинация, прокрастинатор, откладывание, типы прокрастинации, теории прокрастинации

**Актуальность.** В современной психологии в последние годы было проведено множество исследований, посвященных изучению человеческой активности. В условиях научно-технического прогресса особый интерес представляет явление, когда соперник демонстрирует высокий уровень активности, квалификации, образованности и компетентности. Это можно наблюдать в процессе обучения, работы и профессиональной деятельности. Однако не менее важными являются исследования, направленные на изучение пассивности, безделья, лени и прокрастинации.

**Постановка проблемы.** Впервые термин «прокрастинация» был введён в научный обиход в 1977 году П. Рингенбахом в его труде «Прокрастинация в жизни». В это же время было опубликовано исследование А. Эллиса и В. Кнауза под названием «Преодоление прокрастинации», основанное на наблюдениях и попытках дать объяснение этому явлению. Вскоре после этого вышла книга «Прокрастинация: почему вы это делаете и что с этим делать». В середине 1980-х годов был проведён психологический анализ прокрастинации. Позднее была опубликована книга «Прокрастинация и избегание задач: теория, исследование и лечение», написанная группой специалистов в своих областях. Для изучения этого явления на Западе были разработаны

различные методики. В отечественной психологии этот термин считается относительно новым и практически неизученным.

Прокрастинация характеризуется негативным влиянием на выполнение задач и достижение целей. Однако снижение продуктивности — не единственное проявление данного явления. Прокрастинация также может вызывать эмоциональные страдания, связанные с чувством неуспешности, вины и неудовлетворения от своей деятельности. Как отмечает К. Лэй, прокрастинация часто проявляется в задачах, результаты которых имеют большое значение для человека.

В психологической науке термин «прокрастинация» обозначает склонность индивида к отсрочке выполнения важных задач на неопределённый срок. Согласно определению К. Лэя, в такой ситуации человек обычно концентрирует своё внимание на чём угодно, кроме той задачи, которую необходимо выполнить. К сожалению, в психологии не существует единого определения этого явления. Например, П. Стил определяет прокрастинацию как «добровольное откладывание субъектом запланированных задач, несмотря на ожидаемые негативные последствия». Он также отмечает, что люди могут откладывать как завершение, так и начало выполнения задачи, хотя осознают, что такое поведение лишь усугубляет ситуацию. С. Лэй рассматривает прокрастинацию в аналогичном ключе. Он определяет её как добровольное и иррациональное откладывание запланированных действий, несмотря на возможные затраты и негативные последствия для человека (Milgram, Batori, Mowre, 1993).

Первыми исследователями, которые занялись проблемой классификации прокрастинации, были Г. Милгрэм, Г. Батори и Д. Моурер. Они выделили пять основных видов прокрастинации:

1. Обыденная прокрастинация, связанная с откладыванием выполнения повседневных дел, таких как уборка, покупка продуктов и т. д.
2. Прокрастинация в принятии решений.
3. Невротическая прокрастинация, связанная с откладыванием принятия важных жизненных решений, таких как выбор профессии, создание семьи и т. д.
4. Компulsiveвная прокрастинация, объединяющая обыденную, поведенческую и прокрастинацию в принятии решений.
5. Академическая прокрастинация, представляющая собой откладывание выполнения учебных заданий.

Подобные зарубежные исследования вызвали интерес отечественных учёных, и феномен прокрастинации впервые был изучен в России в период с XX по XXI век. Так, в «Большом психологическом словаре» Б.Г. Мещерякова и В.П. Зинченко прокрастинатор определяется как человек, склонный откладывать на потом выполнение различных, даже важных задач (Михайлова, 2005).

В.С. Ковилин рассматривает прокрастинацию как тенденцию к откладыванию выполнения необходимых задач на потом. Это поведенческий паттерн, из-за которого выполнение главной для человека задачи откладывается. Прокрастинация может охватывать различные сферы жизни человека, такие как работа, учёба, ведение домашнего хозяйства и социальные взаимодействия.

Любопытным обстоятельством является то, что основной характеристикой прокрастинатора выступает осознание негативных последствий такого иррационального поведения. Помимо возможных внешних последствий, прокрастинатор испытывает внутренний эмоциональный дискомфорт, чувство вины, неуверенности и тревоги. Исследователь А.В. Дородейко подчёркивает, что ключевым аспектом прокрастинации является именно эмоциональный дискомфорт. Об этом же говорится и в работе Ю.И. Варваричевой, которая добавляет, что часто возникает эффект «снежного кома».

В ходе исследования, проведённого Н. Шуховым, было установлено, что прокрастинатор проходит через семь стадий откладывания дел на потом.

На первой стадии прокрастинатор надеется, что в этот раз всё будет по-другому, и он сможет завершить проект вовремя.

На второй стадии прокрастинатор осознаёт, что время, когда можно было начать работу заранее, уже упущено, и начинает беспокоиться. Однако до крайнего срока ещё далеко, и надежда на то, что проект будет завершён вовремя, сохраняется.

На третьей стадии прокрастинатор начинает задумываться о том, что будет, если он не выполнит работу.

На четвёртой стадии прокрастинатор, несмотря на чувство вины и мешательство, всё ещё надеется, что времени для завершения проекта достаточно.

На пятой стадии прокрастинатор начинает испытывать страх, осознавая, что ситуация выходит из-под контроля.

На шестой стадии прокрастинатор принимает окончательное решение: делать или не делать.

На седьмой стадии прокрастинатор обещает себе, что это был последний раз, когда он откладывал дела. Однако большинство прокрастинаторов не могут самостоятельно прекратить прокрастинацию и снова проходят через этот цикл (Ellis A., Knaus W.J., 1997).

Когнитивный подход выделяет три основные характеристики прокрастинации:

1. Низкая самооценка;
2. Иррациональность убеждений;
3. Неспособность принимать решения автономно.



Эллис и Кнаус предложили собственное определение прокрастинации. Они выделили одно из убеждений прокрастинатора, которое звучит следующим образом: «Я всегда выполняю свою работу хорошо». Это приводит к откладыванию выполнения важных задач, поскольку человек уверен в своей способности справиться с ними, а ошибки объясняет нехваткой времени (Lay, 1986).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В контексте второго аспекта прокрастинации, связанного с низкой самооценкой, ситуация представляется следующим образом: человек, откладывая выполнение задачи, также откладывает оценку своего труда. Исследователи Дженис и Манн выделили ещё один аспект прокрастинации — неспособность принимать решения. Прокрастинатор, столкнувшись со сложной задачей, будет стремиться избежать её выполнения любой ценой.

Теория временной мотивации Стила предполагает, что прокрастинаторы выбирают только те задачи, которые могут принести немедленную пользу. Задачи, откладываемые на потом, не представляют для них ценности. Стил также утверждает, что понятия «лень», «перфекционизм» и «прокрастинация» не являются синонимами. Прокрастинация, по его мнению, связана с импульсивностью и нежеланием выполнять задачи, требующие длительного времени. Прокрастинаторы считают менее важными задачи, требующие длительного времени для выполнения, и заменяют их более полезными.

Одна из первых попыток создания модели прокрастинации, учитывающей множество факторов, влияющих на это явление, была предпринята Проци, Камфорст, Виссен и Мейер. Они разработали формальную модель прокрастинации, согласно которой прокрастинация является результатом взаимодействия трёх основных факторов: характеристик задач, личностных особенностей и других факторов.

В первый блок входят такие особенности, как скука, фрустрация, личная значимость, автономная мотивация, отрешённость задачи, самоэффективность и структура задачи.

В блок «Личностные особенности» вошли такие характеристики, как импульсивность, добросовестность, самооценка, страх неудачи и перфекционизм.

В блок «Другие факторы» вошли такие причины, как настроение, эгоресурс и различные искушения.

Вывод. В завершение, проведённый анализ истории изучения феномена прокрастинации позволил выявить его различные виды, причины возникновения и составляющие, а также провести сравнительное исследование подходов отечественных и зарубежных исследователей. В статье были рассмотрены поведенческий, когнитивный и психодиагностический подходы к решению этой проблемы. Проблема прокрастинации всё ещё требует дальнейших исследований, которые позволят более точно определить характеристики этого явления, его составляющие и структуру.

## Список литературы

1. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. Москва: Издательство АСТ; Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
2. Михайлова Е.Л. Ленъ в учебной деятельности студентов // Психология XXI века: тез. междунар. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов и молодых специалистов. Санкт-Петербург, 2005. С. 312-314.
3. Шухова Н. Организация времени старшеклассника. Спецкурс по психологии. Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2009. 46 с.
4. Ellis A., Knaus W.J. Overcoming procrastination. N. Y.: New American Library. Institute for Rational Living, 1977. P. 152-167.
5. Lay C.H. At last, my research article on procrastination // Journal of Research in Personality. 1986. Vol. 20. P. 474-495.
6. Milgram N.A., Batori G., Mowrer D. Correlates of academic procrastination // Journal of School Psychology. 1993. Vol. 31. P. 487-500.

УДК 159.9

# ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА УСПЕШНОСТЬ РАННЕЙ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Д. А. Береговая

Г. В. Сенченко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Целью представленной работы было изучение влияния индивидуальных особенностей личности пациентов, перенесших острое нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на успешность раннего этапа когнитивной реабилитации. На основании теоретического анализа установлено, что изучение индивидуальных особенностей личности пациентов, перенесших острое нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имеет огромное значение и позволяет более точно оценить реабилитационный потенциал пациента для разработки эффективных нейропсихологических программ их реабилитации.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитация, жизнестойкость, внутренняя картина болезни

**Актуальность.** Острое нарушение мозгового кровообращения — это актуальная медико-социальная проблема современного общества, которая носит глобальный характер из-за широкой распространенности, высокой летальности и инвалидизации больных. К одним из основных

последствий острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) относят постинсультные когнитивные нарушения. В последние годы отмечается увеличение исследований, направленных на разработку и применение различных программ для тренировки и укрепления памяти, внимания, логического мышления (Engelhardt, 2020).

Вместе с необходимой лекарственной терапией инсульта и физическими методами реабилитации необходимо также применение психосоциальных методов восстановления нарушенных функций. Важным, в числе прочих реабилитационных мер, является формирование положительной психологической установки больного на преодоление последствий инсульта, создание установки на длительное и регулярное выполнение задач по восстановлению нарушенных функций, особенно когнитивных (Танашян, 2023). Этому аспекту острых нарушений мозгового кровообращения уделяется мало внимания со стороны пациента, при том, что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни (Дунаева, 2022).

Длительное течение заболевания и связанные с ним инвалидизирующие последствия оказывают значительное влияние на психологическое состояние пациента, его самооценку и эмоциональный фон. Это может приводить к различным негативным реакциям. Мобилизация личностных ресурсов больного является важным фактором, который может способствовать более успешной реабилитации. Поддержка психологического состояния пациента, укрепление его веры в выздоровление, помощь в осознании имеющихся внутренних ресурсов — все это повышает его мотивацию и вовлеченность в процесс восстановления. Одним из важнейших факторов, влияющих на возможность создания положительной установки на реабилитацию, являются особенности восприятия больным своего заболевания, то есть внутренняя картина болезни, которая должна быть адекватной, соответствовать тяжести состояния пациента и отражать необходимые знания о болезни. Такой подход является важной частью комплексной реабилитации пациентов (Продовикова, 2021).

Исследованию личностных особенностей и их психологической коррекции в условиях ранней реабилитации пациентов, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения, уделяется мало внимания. В связи с этим актуальным является исследование, направленное на изучение и коррекцию индивидуальных особенностей личности, таких как жизнестойкость и внутренняя картина болезни, в частности — ее мотивационный компонент.

**Постановка проблемы.** Проблема реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), приобретает все большую актуальность ввиду роста частоты сосудистых заболеваний головного мозга и их негативных последствий. Ключевым моментом является то, что темпы восстановления двигательной

и когнитивной функции максимальны в первые месяцы после ОНМК. Наибольшее восстановление неврологических функций происходит в первые три месяца, при этом степень тяжести остаточных нарушений зависит от клинической картины на третьей неделе заболевания (Назметдинова, 2020).

Значительное влияние на лечение и реабилитацию в раннем восстановительном периоде оказывают когнитивные и психопатологические нарушения, которым во время ранней реабилитации не всегда уделяется должное внимание. Между тем, эти нарушения существенно влияют на эффективность восстановительного процесса и качество жизни пациентов. Сочетание нарушений существенно осложняет процесс реабилитации, поскольку затрудняет формирование у пациента позитивной установки на лечение. Представление больного о своем заболевании и понимание целей терапии играют ключевую роль в формировании комплаенса — активного сотрудничества пациента с врачами. Оценка эмоционального состояния пациента является важным аспектом при коррекции когнитивных нарушений (Чемяков, 2023).

**Методы и материалы.** Теоретические методы (анализ теоретических источников).

**Результаты исследования.** Под постинсультным когнитивным дефицитом понимают снижение интеллектуально-мнестических функций, возникающее в течение первых трех месяцев после инсульта (Тынтерова, 2021). Основными задачами психологической коррекции на этапе медицинской реабилитации являются: снижение уровня тревоги и депрессии; коррекция внутренней картины болезни; формирование приверженности и мотивации к лечению и реабилитационным мероприятиям (Рузов, 2024).

Исследования Н. Г. Ермаковой показывают, что для больных, перенесших инсульт, характерен ряд особенностей:

1. Дефицит толерантности к физическим и психологическим нагрузкам. Пациенты обладают пониженной способностью адекватно воспринимать и перерабатывать информацию, снижены их адаптационные возможности.

2. Существенное снижение качества жизни. Острое нарушение мозгового кровообращения кардинально меняет привычный образ жизни человека, что нередко сопровождается потерей социального статуса.

3. Ощущение незащищенности, отсутствия контроля над собственной жизнью. Это может приводить к чувству беспокойства, страха, ощущению беспомощности (Ермакова, 2019).

Изучение особенностей адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт Д. Н. Капаховой и М. П. Билецкой, показывает ряд закономерностей. Ключевым моментом является то, что для данной категории пациентов характерно отрицание вызывающих тревогу обстоятельств, стремление избежать переживания тревоги путем перехода на более ранние

стадии развития. Это проявляется в наиболее часто встречающихся типах отношения к болезни — сенситивном, тревожном и паранойальном. Такие типы реагирования отражают трудности принятия собственного состояния и адаптации к нему. Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) включает не только знание о болезни, ее осознание личностью, но и понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью, стратегию адаптивного или дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем (Капахова, 2011).

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в теории и практике медицины и психологии привело к появлению множества различных подходов, раскрывающих структуру феномена реакции на болезнь (Чалай, 2020). История изучения внутренней картины болезни демонстрирует сложный процесс понимания и поэтапного развития учения о ней, которое началось во второй половине XIX в. и продолжается в настоящее время. Внутренней картиной болезни Р.А. Лурия называет «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Таким образом, различаются внешняя картина болезни, определяемая с помощью объективных методов медицинской диагностики, и внутренняя картина болезни как ее субъективная сторона (Серый, 2020).

В настоящее время при описании структуры внутренней картины болезни выделяется ряд уровней:

- сензитивный уровень — уровень элементарных чувств, локализации болезненных и других неприятных ощущений;
- эмоциональный уровень — уровень субъективного эмоционального отношения к симптомам, заболеванию в целом и его последствиям;
- интеллектуальный уровень — уровень, формирующийся благодаря процессам умственной переработки представлений и знаний больного о заболевании;
- мотивационный уровень — уровень изменения привычных поведенческих паттернов и образа жизни, обусловленного болезнью.

В.В. Николаева подчеркивает особую значимость мотивационного уровня (компонента) внутренней картины болезни. С ее точки зрения, именно он определяет актуализацию деятельности больного по возвращению и сохранению здоровья. В связи с этим различают разные стратегии противодействия хроническому соматическому заболеванию — активную и пассивную.

Ситуация болезни, особенно такого серьезного заболевания, как инсульт, представляет собой значительный стрессогенный фактор, который может существенно изменять мотивационную сферу человека. В этих условиях ценность здоровья выходит на первый план, что крайне важно учитывать при организации реабилитационного процесса. Формирование мотивации на выздоровление и активность личности становится ключевым моментом (Катыкова, 2022). Как отмечает С. Мадди, одним из важных личностных ресурсов, определяющих успешное совладание со стрессом, является жизнестойкость. Д. А. Леонтьев определяет жизнестойкость как отвагу находиться в стрессовой ситуации, либо ситуации неопределенности, и при этом оставаться максимально независимым от собственных негативных переживаний. Жизнестойкость является одним из важнейших личностных ресурсов или компонентов личностного потенциала. Высокая жизнестойкость, способствующая преодолению стрессовых ситуаций, предполагает высокую степень вовлеченности в жизнедеятельность и эмоциональную насыщенность жизни; выраженный контроль — убежденность в необходимости противостояния жизненным трудностям, не смотря на отсутствие гарантии успеха, и в эффективности предпринимаемых действий; готовность к принятию риска и восприятию любого, даже негативного, жизненного опыта как содействующего личностному росту. В таком понимании на первый план выходит вопрос о ресурсах мотивационно-смысловой сферы, которые возможны задействовать в реабилитации (Черемискина, 2021).

Крайне важно, что было доказано влияние локализации поражения головного мозга на особенности ВКБ и эмоционального реагирования пациентов. Так, дезадаптивные варианты ВКБ, сопровождающиеся нарушением эмоционального переживания болезни, могут возникать у пациентов с патологией левой лобной доли мозга, тогда как поражения правой лобной области мозга характеризуются расхождением между когнитивной и эмоциональной сферами пациента. Поражение задних отделов правого полушария приводит к искажению представлений пациента о своих планах на будущее и его реальных возможностях (Серый, 2020).

**Вывод.** Когнитивные расстройства в сочетании с нарушением адаптации пациента могут негативно повлиять на течение и исход заболевания, способствуя развитию внутриличностных и межличностных конфликтов, невротизации, а также снижению эффективности реабилитационной работы.

Таким образом, изучение индивидуальных особенностей личности пациентов, перенесших острое нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имеет огромное значение и позволяет более точно оценить реабилитационный потенциал пациента для разработки эффективных нейропсихологических программ их реабилитации.

## Список литературы

1. Дунаева Н.И., Иванова М.С., Яркова Д.Д. Психологическое благополучие мужчин и женщин, перенесших инсульт, как социально-психологическая проблема // Психолого-педагогический поиск. 2022. № 2 (62). С. 155-164.
2. Ермакова Н.Г. Нарушение высших психических функций и их влияние на ограничение самообслуживания и жизнедеятельности больных с последствиями инсульта // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2019. Т. 12, № 1. С. 60-70.
3. Катыхова И.М., Попова Т.А., Ланберг О.А. Самоценность и смысл жизни личности (На примере пациентов с диагнозом острого ишемического инсульта) // Смыслообразование и его контексты: жизнь структура, культура, опыт. 2022. С. 192-196.
4. Капахова Д.Н., Билецкая М.П. Особенности психологической адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт // Психология XXI века: Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» 21-23 апреля 2011 года. Санкт-Петербург/под науч. ред. О.Ю. Щелковой. Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2011. С. 180-181.
6. Назметдинова Д.Г., Обуховская В.Б. Особенности когнитивной и эмоционально-волевой сфер пациентов с постинсультными неврологическими нарушениями на разных этапах восстановительного лечения // Психолог. 2020. № 1. С. 9-15.
7. Рузов В.И., Сайфутдинов К.А., Вылегжанина О.Н. Арт-терапия в коррекции психоэмоционального состояния пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, на этапе медицинской реабилитации // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2024. № 1. С. 129-133.

УДК 159.9

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

А. В. Букина

*Астраханский государственный университет  
им. В. Н. Татищева, г. Астрахань, Россия*

**Аннотация.** Современные технологии, такие как аппаратные комплексы «Стресслис», «Ауторелакс», «Стабилоплатформа», «Вибра Мед» существенно улучшают психологического состояния детей с ограниченными возможностями здоровья. Благодаря разработке персонализированных планов сопровождения, адаптированных к уникальным потребностям и возможностям каждого человека, что способствует более эффективному обучению и социальной интеграции лиц с ОВЗ.

**Ключевые слова:** адаптация, социальная интеграция, коррекция, психолого-педагогическое сопровождение, интеллект, ограниченные возможности здоровья

**Актуальность.** Каждый человек с заболеванием уникален, и важно учитывать его личные особенности. Создание инклюзивной среды помогает людям с заболеваниями чувствовать себя частью общества, снижая уровень стигмы и предвзятости, а современные технологии значительно улучшают качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, внедрение цифровых инструментов и телемедицины для обеспечения доступа к ресурсам и поддержке особенно актуально в условиях ограниченного передвижения. Своевременными и социально значимыми представляются усилия, направленные на подготовку детей с ОВЗ к самостоятельной жизни путем эффективной интеграции в социальную среду, а также психологическая поддержка и психопросвещение родителей и педагогов (Ушакова, 2018). Лицам с ограниченными возможностями (ОВЗ) не просто адаптироваться к внешним социальным условиям и влиться в ритм здоровых детей им не предоставляется возможным, но при всём этом важной составляющей, по-прежнему, будет являться социализация (взаимодействие с окружающими людьми). Им необходимо научиться контактировать с окружающими людьми, участвовать в общественной жизни (Плаксина, 2019).

**Постановка проблемы.** В настоящее время достаточно много проектов и идей для работы с такими детьми. Однако проблемой до сих пор является их реализация. Поскольку, реализуя проект, зачастую невозможно учесть некоторые факторы, а именно реакция, поведение детей и окружающих, подбор грамотных и обученных специалистов и прочие факторы. Одним из флагманов при реализации комплексного подхода, включающего использование современных технологий, при медико-психолого-педагогическом сопровождении лиц с различными заболеваниями в Астраханской области является государственное автономное учреждение «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие». В данном центре осуществляют реабилитацию и абилитацию лиц с ограниченными возможностями здоровья (умственная отсталость различного генеза и степени выраженности, расстройства аутистического спектра, задержка психического развития, нарушение психоречевого и психомоторного развития, нарушение аффективно-волевой сферы заболевания ЦНС различного генез) используя современные программные комплексы, такие как «Стресслис», «Ауторелакс», «Стабилоплатформа», «Вибра Мед».

Аппаратно-программный реабилитационный комплекс «Стресслис» — это последняя разработка итальянских ученых, комплекс нового поколения, созданный в соответствии с последними достижениями в области нейрофизиологии, медицины и психологии. Коррекционные сеансы на аппаратном комплексе «Стресслис» возвращают организм ребенка в состояние психофизической гармонии, природного нейропсихологического баланса, активизируют работу головного мозга, стабилизируют



эмоциональное состояние. Он состоит из: ультразвука, глубокого волнового массажа, гармонической и акустической вибрации, хромотерапии и световой вибрации. Так, благодаря сочетанию различных стимулов (света, музыки, цвета, тактильных ощущений), оказывается положительное воздействие на психическое и эмоциональное состояние человека — успокаивающее, расслабляющее, тонизирующее.

**Методы и материалы.** Комплекс «Ауторелакс» (Амблиокор — 01 РТ) реализует технологию биологической обратной связи (БОС). Датчик обратной связи (повязка) удобно располагается на руке. На экран демонстрируется фильм или мультфильм, выбранный в соответствии с пожеланиями маленького пациента. Когда ребёнок сосредотачивается, на экране происходит действие. В момент, когда комплекс определяет нарастание психоэмоционального возбуждения или ребенок отвлекается, экран телевизора выключается, лишая его удовольствия смотреть фильм. Поскольку уровень психоэмоционального возбуждения носит волновой характер, то при его снижении экран телевизора вновь включается, и пациент может видеть продолжение фильма. Это служит положительным стимулом. В течении каждого сеанса происходит множество таких «наказаний» и «поощрений». Таким образом, мозг обучается подавлять избыточное психоэмоциональное возбуждение. Данный аппарат помогает в комплексной коррекции гиперактивности, синдрома дефицита внимания, тревожности, страхов, реакции на тяжелый стресс, депрессивных состояний, эмоциональных расстройств (беспокойство, раздражительность, сниженный фон настроения, нарушения сна). Его использование высокоэффективно при борьбе с девиантными формами поведения, неврозоподобными нарушениями (тики, энурез, логоневроз), нарушениями психического развития (аутизм).

Для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, незрелостью функций головного мозга в работе применяется «Стабилоплатформа». Использование стабиллоплатформы, с биологической обратной связью, позволяют добиться устойчивого результата и ускорить процессы коррекции нарушений при самом широком спектре заболеваний и проводить их своевременную диагностику и профилактику на ранних стадиях. Во время занятий ребенок стоит на специальной платформе, которая очень тонко реагирует на его движения или перемещения центра тяжести. Задания и «обратная связь» появляются на экране монитора. Так как основным «рабочим» механизмом антигравитационной системы являются крупные преимущественно тонические мышцы ног и спины, выпрямляющие позвоночник и регулирующие положение в пределах площади опоры (стоп) эффекторное управление этими мышцами осуществляется через мозжечок. Источником, запускающим мышечный механизм коррекции позы, являются рецепторы мышц, связок, суставов, и главное, сухожилий, реагирующих на растяжение и давление. При этом, мозжечок,

получая импульс от рецепторов, фильтрует эту информацию, и на основе этого анализа вырабатывается сигнал для тех мышц, изменения тонуса которых приведет к коррекции позы. Постепенно, в ходе «общения» с компьютером, пациент преодолевает недостатки собственной проприоцепции (ощущения положения частей собственного тела относительно друг друга и в пространстве) и формирует новый устойчивый двигательный стереотип, также помогают и ассистивные устройства (Набокова, 2009). Результаты достаточно быстро проявляются в улучшении поведения. Тренинги с биологической обратной связью по опорной реакции или, как принято сейчас говорить, «мозжечковая стимуляция с БОС», значительно повышает эффективность любых коррекционных занятий. Также, по мнению, Н. П. Болотовой, комплексное сопровождение детей с ДЦП, позволит обеспечить доступность бразовательного и социокультурного пространства (Болотова, 2020).

Для коррекции психоэмоционального состояния, таких как агрессия, тревожность, опасность и произвольности действий используют нейропсихологическую программу «ВибраМед». Данная нейропсихологическая программа выстраивается индивидуально для каждого ребенка на основе комплексной медико-психолого-педагогической диагностики с учетом результатов функциональной диагностики. «Виброизображение» имеет две составляющих, первая определяется микроперемещением точек тела человека относительно друг друга, а вторая связана с макроперемещением тела человека, прежде всего головы. В основе каждой технической составляющей виброизображения лежат свои психосоматические механизмы, что делает получаемое виброизображение человека уникально информативным для характеристики психофизиологического состояния (тестируются до 300 000 аналитических точек).

**Вывод.** Таким образом, использование современных технологий для лиц с ограниченными возможностями здоровья, позволяет улучшать их качество жизни, интегрировать их в социум, способствует не только физическому выздоровлению, но и эмоциональному благополучию, личностному развитию. Технологии, помогающие детям с ОВЗ, в настоящее время совершили огромный прорыв в области науки и существенно помогают специалистам и детям достичь большей эффективности от терапии. Минус только один, это высокие цены на сами аппараты, на обслуживание и на их ремонт. В остальных факторах минусов не обнаружено.

### Список литературы

1. Болотова Н. П. Непрерывная система комплексного сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Педагогика и психология образования. 2020. № 4. С. 11-23.
2. Набокова Л. А. Современные ассистивные устройства для лиц с нарушениями двигательного аппарата // Дефектология. 2009. № 4. С. 84-91.

3. Плаксина Л. И. Комплексный подход к психолого-медико-педагогическому сопровождению лиц с ограниченными возможностями здоровья // Коррекционно-педагогическое образование. 2019. № 1. С. 5-10.

4. Смирнова Л. В., Худик В. А. Исторические и методологические аспекты развития системы психологического консультирования в России // Коррекционно-педагогическое образование, 2016. № 1 (5). С. 5-17.

5. Ушакова В. Р. Система медико-психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья // Живая психология. 2018. Т. 5, № 4 (20). С. 391-404.

УДК 159.96

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ И КОРРЕКЦИИ

С. А. Вахтель

И. В. Титков, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются современные подходы к пониманию и коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР). ПТСР является распространённым психическим расстройством, развивающимся в результате психотравмирующего опыта, и оказывает долгосрочное негативное влияние на когнитивные и эмоциональные функции личности. Описаны ключевые симптомы ПТСР и КПТСР, а также предложены методы коррекции, включая когнитивно-поведенческую терапию, нейротерапию, арт-терапию и ароматерапию. Особое внимание уделено российским клиническим рекомендациям и необходимости их применения для стандартизации оказания психолого-психиатрической помощи. Акцент сделан на важности комплексного подхода к лечению, сочетающего психофармакотерапию и психотерапевтические методы, с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, клинические рекомендации, когнитивно-поведенческая терапия, ароматерапия, арт-терапия, нейротерапия

**Актуальность.** ПТСР является одной из наиболее распространенных психических патологий, возникающих в результате травматического опыта, и его последствия оказывают долгосрочное воздействие на психическое здоровье человека. По данным Всемирной организации

здравоохранения (ВОЗ), около 3,6 % населения мира в течение жизни сталкивается с этим расстройством, а его распространенность значительно выше в странах, переживших войны и вооруженные конфликты.

Помимо нарушений когнитивных функций, таких как внимание и память, ПТСР оказывает значительное влияние на социальную и культурную идентичность личности. Эмоциональные расстройства, сопровождающие ПТСР, могут выражаться в виде ангедонии, социальной изоляции и неспособности строить планы на будущее, что в конечном итоге ведет к снижению уровня социальной адаптации и качества жизни. Люди, страдающие ПТСР, часто испытывают трудности в социализации и поддержании стабильных межличностных отношений, что усугубляет их психологическое состояние. (Живаева, Стоянова, 2016).

Эти проблемы подчеркивают важность разработки и внедрения современных методов психотерапевтической коррекции ПТСР, таких как когнитивно-поведенческая терапия, нейротерапия, арт-терапия и ароматерапия. Учитывая серьезные нарушения в эмоциональной и когнитивной сферах, современная психотерапия должна быть нацелена на коррекцию не только симптомов, но и восстановление социального функционирования пациентов. Разработка и совершенствование таких методов становятся ключевыми задачами для специалистов, работающих с этим расстройством (Киркитадзе, Халфина, 2018).

Поскольку для России проблема ПТСР особенно актуальна в свете увеличения числа людей, подвергшихся влиянию боевых действий, террористических актов и других экстремальных ситуаций. В ответ на эти вызовы впервые в России были разработаны клинические рекомендации по оказанию помощи при ПТСР, направленные на стандартизацию и повышение качества предоставляемой психолого-психиатрической помощи.

**Методы и материалы.** В соответствии с клиническими рекомендациями министерства здравоохранения российской федерации под ПТСР понимается психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором.

В международной классификации также отдельно выделяют комплексное ПТСР. Кроме трех групп симптомов ПТСР («повторное переживание», «избегание» и «чувство угрозы»), КПТСР включает также три дополнительные группы признаков: эмоциональная дисрегуляция, негативный образ Я, нарушения в отношениях. Эти дополнительные

симптомы заключаются в понятие «нарушения в Я-организации». Необходимость введения КПТСР в МКБ обоснована тем, что критерии ПТСР соотносятся преимущественно с событийной травмой, которая имеет четкие временные рамки. Но при этом нарушения у тех людей, которые подвергались травматизации в течение длительного времени оставались за рамками ПТСР. Под эмоциональной дисрегуляцией понимается такое эмоциональное состояние, которое характеризуется преобладанием дисфории и мыслями о суициде. При расстройствах регуляции эмоций наблюдаются элементы самоповреждения, принятие ПАВов, неконтролируемые вспышки гнева. Людям с симптомами КПТСР присущи негативные представления о себе, они испытывают беспомощность, ненужность другим людям. Нарушения в отношениях подразумевают под собой дефицит доверия другим людям, людям с КПТСР сложно обращаться за поддержкой к другим. В основе развития нарушений лежат два типа травм: ситуативная и пролонгированная. Ситуативная травма — это психологические последствия, вытекающие из действия краткосрочного, неожиданного стрессора, который влечет за собой угрозу смерти или нарушения физической целостности (примерами могут послужить: сексуальное насилие, техногенные и естественные катастрофы, дорожно-транспортные происшествия, захват заложников, ограбления). Пролонгированная травма — последствия влияния на человека повторяющихся травматических событий. К таким воздействиям относят участие в военных действиях, повторяющееся физическое и сексуальное насилие, а также различные виды эмоционального насилия. (Падун, 2021).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для эффективного лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) необходим комплексный подход, включающий как психофармакотерапию, так и психотерапевтические методы. Важность этого подхода подчеркивается в последних клинических рекомендациях Минздрава РФ, которые содержат актуальные данные по лечению ПТСР. Эти рекомендации основываются на многолетних исследованиях и международной практике и предоставляют современные стандарты помощи, направленные на улучшение качества жизни пациентов с данным расстройством. Внедрение этих рекомендаций в клиническую практику позволяет не только повышать эффективность лечения, но и минимизировать возможные рецидивы и осложнения. Согласно рекомендациям Минздрава РФ, лечение ПТСР должно основываться на следующих принципах: раннее выявление психических расстройств, доступность психолого-психиатрической помощи, комплексность в оказании медико-психологической помощи, полипрофессиональный подход, мобилизация собственных копинг-стратегий пациента, динамическое сопровождение, а также поддержка семьи и общества.

- *Принцип раннего выявления* предполагает, что население должно быть осведомлено о причинах и клинических проявлениях ПТСР, а также о доступных учреждениях, куда можно обратиться за помощью. Для предотвращения тяжелого течения ПТСР пострадавшие лица должны быть выявлены как можно раньше, что позволит начать своевременное лечение и снизить риск хронического течения расстройства.
- *Принцип доступности* подчеркивает необходимость увеличения числа специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов), чтобы каждый гражданин мог получить помощь по месту жительства в случае сложных ситуаций. Увеличение кадрового потенциала системы здравоохранения также способствует своевременной и качественной помощи пациентам с ПТСР.
- *Принцип комплексности* подразумевает использование сочетанного воздействия психофармакотерапии и психотерапии. Также важно привлекать дополнительных специалистов для своевременного выявления и коррекции возможных соматических патологий, связанных с травматическим опытом пациента.
- *Полипрофессиональный подход* предполагает участие нескольких специалистов в ведении пациента с ПТСР. В работу над восстановлением пациента должны быть включены психиатры, психотерапевты, психологи и другие специалисты, что обеспечивает всесторонний и целостный подход к лечению.

Особое внимание уделяется мобилизации собственных копинг-стратегий пациента. Помимо профессиональной помощи, у пациента должны быть внутренние ресурсы: убеждения, верования, которые помогут ему осмыслить свое состояние и справляться с ежедневными стрессовыми вызовами. Развитие этих стратегий является неотъемлемой частью комплексного лечения.

Терапия при ПТСР представляет собой динамический процесс, требующий долговременного наблюдения и коррекции. Пациенты должны понимать, что даже при первых ощущениях улучшения состояния не следует прекращать лечение, а продолжать его под контролем специалистов. Это позволяет предотвратить рецидивы и усилить эффективность лечения.

Включение родственников в процесс лечения также играет важную роль. Обсуждение с близкими рекомендаций для пациентов помогает родственникам осознавать и понимать проблемы больного, что облегчает и ускоряет процесс выздоровления. Снижение социальной изоляции через участие семьи способствует успешному восстановлению пациента.

Соблюдение этих принципов и внедрение современных рекомендаций способствует не только эффективному лечению ПТСР, но и профилактике

его тяжелых последствий у лиц, оказавшихся в сложных жизненных обстоятельствах и переживших травмы различного характера.

В рамках биосоциального подхода рекомендуемая терапия строится на медикаментозной терапии, совмещаемой с психотерапией. В большинстве случаев используется именно комбинированная терапия, но в ряде случаев может применяться отдельно психофармакотерапия и психотерапия. Людям, страдающим ПТСР, предлагается набор препаратов, в зависимости от индивидуальных особенностей психики, анамнеза. (Пароксетин, сертралин, флуоксетин, венлафаксин, амитриптилин, имипрамин, мirtазапин, диазепам, алпразолам, тофизолам, анксиолитики, этифоксин, гидроксизин, буспирон, антипсихотические средства, алимемазин, рисперидон, кветиапин, оланзапин и др.) Психотерапия включает в себя абсолютно различные направления, такие как когнитивно-поведенческая, нарративная, экспозиционная, ароматерапия, арт-терапия, нейро-терапия. Основной задачей терапии является изменение негативных, пессимистичных установок, взглядов на жизненные ситуации, непосредственно связанных с психотравмой, так как выработанные поведенческие паттерны поддерживают избегание и мешают адекватному функционированию человека. В такой терапии решающую роль будут играть многие направления психологии, например, когнитивно-поведенческая терапия, которая основана на методах научения, призванных менять негативные установки на положительные. Методики биообратной связи рекомендованы для саморегуляции и снижения уровня напряжения, когнитивно-поведенческая терапия с пролонгированной экспозицией поможет повысить переносимость неприятных стимулов, пациент постепенно соприкасается со своей травмой, таким образом данная практика призвана научить пациента воспринимать триггеры как безопасные явления. Индивидуальная диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ) помогает сформировать альтернативную оценку травматического опыта. Одним из эффективных методов лечения посттравматического стрессового расстройства является десенсибилизация и переработка движениями глаз. Этот метод включает применение направленной билатеральной стимуляции, которая осуществляется посредством ритмичных движений глазами. Во время этого процесса происходит образное представление травматического события. Движения глаз и другие формы стимуляции двойного фокуса внимания могут включать звуковую стимуляцию или постукивание по различным частям тела. Это позволяет одновременно проводить десенсибилизацию, когнитивное переструктурирование и интеграцию травматических воспоминаний, снижая проявление симптомов ПТСР.

В качестве дополнительной методики пациентам с ПТСР предлагаются аромаванны. Их применяют с различными экстрактами эфирных масел, так как существуют доказательства того, что ароматы способны пробуждать самые разные воспоминания человека, так как обонятельный

анализатор, будучи древнейшим анализатором, тесно связан с памятью. запахи могут оказывать самое разное влияние на организм человека, его психику, помогают улучшить эмоциональную сферу, снять напряжение. С помощью ароматерапии человек идет в свои воспоминания, состояния и может работать с ними, свободно выражая свои ассоциации. Наиболее приятные ароматы становятся для человека ресурсными, а неприятные ароматы помогают осознать и прожить заблокированные эмоции. (Коломеец, 2024) Помимо ароматерапии предлагаются ЛФК и диафрагмальное дыхание, направленные на расслабление тела, улучшение сна, повышение качества жизни, а также арт-терапия, которая помогает пациентам свободно выражать свои чувства и эмоции.

Стоит обратить внимание и на другой возможный путь борьбы с ПТСР и к ПТСР — нейротерапия. Метод нейропсихотерапии завязан на работе с такими структурами как лимбическая система, островковая доля коры, амигдала, так как именно эти структуры меняют свою нейропластичность, нейромедиаторный состав при ПТСР. Они отвечают за оборонительное поведение (гиппокамп, лимбическая система, амигдала), восприятие своей идентичности (островковая доля). Островковая доля в норме перерабатывает всю сенсорную информацию из вне и внутри человека, поэтому для лечения ПТСР необходим метод, который соединит на нейронном уровне амигдалу, островковую долю, лобные доли и безболезненно изменит идентичность человека с ПТСР. Метод нейропсихотерапии предполагает работу на немного стрессовом сенсорном материале, который будет переноситься клиентом, но особенность заключается в том, что образование нейронных сетей и их укрепление является долгим процессом, поэтому сроки нейротерапии довольно широкие. В рамках нейротерапии прежде всего стоит отметить, что устойчивость терапевта -это работа в настоящем времени, терапевту необходимо фиксировать внимание на изменении идентичности пациента, как основного момента данной терапии, ведь именно при успешном выполнении пациентом предлагаемых практик меняется его самоощущение, восприятие реальности, своей идентичности. Второй ценностью нейротерапии является новая идентичность пациента. В нейротерапии подключаются все необходимые зоны мозга, которые находятся в слабости, терапевту необходимо плавно и постепенно контролировать степень воздействия, так как у многих пациентов происходит проработка самых различных сложносочиненных травм (Сергеева, 2023).

**Вывод.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одной из наиболее значимых психических патологий, возникающих в ответ на экстремальные стрессовые события. Актуальность проблемы подчеркивается высокой распространенностью ПТСР как в мировом, так и в российском контексте, особенно среди населения, подвергшегося воздействию военных действий и других травмирующих событий.



Для России ПТСР представляет особую значимость в связи с увеличением числа людей, испытывающих последствия военных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций. Важным шагом стало создание клинических рекомендаций по лечению ПТСР, что способствует стандартизации подходов и повышению качества медицинской помощи. Эти рекомендации включают комплексный подход, объединяющий психофармакотерапию и психотерапевтические методы.

Современные подходы к лечению ПТСР базируются на принципах раннего выявления расстройства, доступности помощи, полипрофессиональном подходе и мобилизации внутренних ресурсов пациента. Такие методы, как когнитивно-поведенческая терапия, экспозиционная терапия, десенсибилизация и переработка травмы с помощью движений глаз, ароматерапия и нейротерапия, доказали свою эффективность в работе с пациентами, страдающими ПТСР. Особое внимание уделяется разработке новых методов терапии, направленных на изменение негативных когнитивных установок и работу с травматическим опытом. Соблюдение этих принципов и использование современных подходов в терапии делает возможным успешное восстановление пациентов и их интеграцию в общество.

### Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> (дата обращения: 07.10.2024).
2. Живасва Ю.В., Стоянова Е.И. Особенности показателей социокультурной идентичности у людей с диагнозом посттравматическое стрессовое расстройство // Теория и практика современной науки. 2016. № 8 (14). С. 109-113.
3. Киркитадзе Э.Е., Халфина Р.Р. История происхождения ПТСР. // Образовательный процесс. Выпуск № 4. Уфа: Башкирский государственный университет, 2018. С. 20-25.
4. Коломеец Е.К. Арт-терапия и ароматерапия как интегративные методы в работе с психотравмой, ПТСР и К-ПТСР // Человек в современном мире: искусственный и естественный интеллект: соперничество или соработничество? Рагуза, 2024. С. 420-429.
5. Падун М.А. Комплексное ПТСР: Особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 3. С. 69-87.
6. Рубрикатор клинических рекомендаций: [сайт]. URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1) (дата обращения 07.10.2024).
7. Сергеева Т.С. Нейротерапия при тяжелом лечении посттравматического стрессового расстройства // Антология Российской психотерапии и психологии. Сетевое научно-практическое издание. Москва, 2023. С. 57-60.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ РАЗВИТИЕМ РЕЧИ И НАВЫКАМИ ЧТЕНИЯ ВСЛУХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В. С. Гриценко

Г. В. Сенченко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье исследуется взаимосвязь между развитием речи и навыками чтения вслух у детей младшего школьного возраста с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР) и задержкой психического развития (ЗПР). В исследовании использовалась нейропсихологическая методология оценки чтения, предложенная Т. В. Ахутиной и соавторами, включающая диагностику различных аспектов чтения вслух: от лексико-грамматической правильности до понимания текста. Полученные данные продемонстрировали существенные отличия в речевой активности и когнитивных функциях между детьми с ТНР и ЗПР и их здоровыми сверстниками. В частности, выявлены значительные трудности в точности и самостоятельности пересказа, грамматическом оформлении текста и понимании скрытого смысла. Эти результаты подчеркивают важность комплексного подхода к диагностике и коррекции нарушений речи и чтения у данной группы детей.

**Ключевые слова:** тяжёлые нарушения речи, задержка психического развития, чтение вслух, младший школьный возраст, когнитивные функции, нейропсихологическая диагностика

**Актуальность.** Навык чтения относится к числу сложнейших психофизиологических процессов головного мозга. В процесс чтения вовлекаются волевые качества читающего его ощущения, восприятие, внимание, воображение, память, способности, интересы, установки. Мобилизуется лексика, запас слов, которым владеет читающий, накопленный им в процессе повседневных речевых, бытовых, индивидуальных и коллективных форм общения, активизируются усвоенные модели словоупотреблений, словоизменений и словообразований, модели построения текста, предложений (Дедова, Ушинский, Новичкова, 2019). Чтение и умение читать связаны с функциональной нейронной активацией в широкой сети областей, включая затылочно-височную, верхнюю височную, заднюю теменную, нижнюю лобную и дополнительную моторные области, а также

мозжечок (Perdue, Mednick, Pugh, Landi, 2020). Специфической особенностью сочетания тяжёлых нарушений речи и задержки психического развития является серьёзное отклонение от возрастной нормы, что характеризуется нарушением, как в звукопроизношения, так и лексическо-грамматической стороны речевой активизации (Демидова, 2021). Нейропсихологический подход к диагностике состояния чтения является одним из наиболее информативных для специалиста. Он позволяет выстроить адекватную, целостную систему работы и в долгосрочной перспективе помочь ребёнку преодолеть имеющиеся проблемы не только в письме и чтении, но и выстроить такие алгоритмы его взаимодействия с окружающей действительностью, которые будут для него наименее энергозатратны и наиболее экологичны (Белоусова, 2023).

**Постановка проблемы.** В последние годы отмечается рост числа детей с тяжёлыми нарушениями речи в сочетании с задержкой психического развития. Это способствует формированию проблемы успешности школьного обучения, одним из ведущих факторов которого является навык чтения вслух. Данный навык является одним из критериев, применяемых в оценке освоения школьной программы в начальной школе.

**Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 33 ученика младшего школьного возраста (8-10 лет) с задержкой психического развития и тяжёлыми нарушениями речи (дети с ТНР и ЗПР), а также 40 здоровых детей этой же возрастной группы.

Для проведения констатирующего исследования была использована батарея нейропсихологических методов и соответствующих протоколов для диагностики навыка чтения вслух, предложенных Т.В. Ахутиной с соавторами в работе «Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников».

При анализе, использовались методы описательной и непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента, тест Шапиро-Уилка на нормальность распределения).

Протокол исследования учащихся разделяется на два блока чтение «вслух» и чтение «про себя».

В данной работе нами будут представлены результаты исследования чтения «вслух».

Оценка чтения «вслух» включало в себя следующие задания: оценка точности и самостоятельности пересказа; оценка смысловой стороны пересказа; оценка программирования текста при пересказе; оценка лексического оформления пересказа; оценка грамматического оформления текста при пересказе; понимание общего смысла текста; понимание значения отдельных слов и словосочетаний; понимание скрытого смысла текста; особенности проявления дислексии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Во время чтения «вслух» у детей младшего школьного возраста с задержкой психического

развития в сочетании с тяжёлыми нарушениями речи отмечалось преимущественно послоговое или побуквенное чтение. Интонации, пунктуации, постановка ударения не соблюдались.

После чтения вслух фрагмента рассказа Н. Носова «Живая шляпа» ребёнку задавались вопросы в соответствии с заданиями.

В 1 задании «оценка точности и самостоятельности пересказа» за точность и самостоятельность пересказа ребёнок мог заработать от 0 до 48 баллов. Если ученик в самостоятельном пересказе использовал слова и словосочетания из прочитанного текста, не искажая его смысл, то получал 2 балла за каждый ответ. Если ребёнок отвечал одним словом или словосочетанием автора, то получал 1 балл, а если его ответы никак не относились к вопросу, то 0 баллов.

По результатам первого задания дети с ТНР и ЗПР набрали от 0 до 36 баллов. Средний балл составил  $12,42 \pm 1,36$ , при этом значение  $M_e$  — 10 баллов, а  $M_o$  — 10 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 7,8, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 62,75 %. Тест Шапиро-Уилка не выявил значительного отклонения от нормальности,  $W(33) = 0,94$ ,  $p = 0,072$ .

Дети данной группы отвечали на поставленные вопросы односложно или искажали ответы, так, что они никак не относились к тексту.

Дети из группы здоровых значительно чаще давали развёрнутые ответы и по результатам этого задания набрали от 24 до 48 баллов. Средний балл составил  $35,5 \pm 1,2$ , при этом значение  $M_e$  — 36 баллов, а  $M_o$  — 36 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 7,73, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 21,77 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,91$ ,  $p = 0,003$

Учитывая, что распределение вариантов в группе здоровых детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{эмп} = 26$ ,  $U_{кр} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $26 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за первое задание существенны.

Во втором задании «оценка смысловой стороны пересказа» баллы распределяются от 0 до 15. Если школьник составлял полный, правильный пересказ и понимал его смысл — то получал 15 баллов, 10 баллов зарабатывали ученики, которые составляли неполный пересказ текста, но правильно отвечали на вопросы экспериментатора, правильная передача текста, но с буквальным пониманием оценивалось в 5 баллов и искажение смысла текста, и неадекватное его толкование — в 0 баллов.

По результатам этого задания дети с ТНР и ЗПР набрали баллы от 0 до 15. Средний балл составил  $2,42 \pm 0,79$ , при этом значение  $M_e$  — 0 баллов,  $M_o$  — 0 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 4,46,

а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 183,92 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,6$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых во втором задании набирали 10 или 15 баллов, составляя полный, правильный пересказ или же отвечали правильно на вопросы по тексту. Средний балл составил  $13 \pm 0,39$ , при этом значение  $Me$  — 15 баллов,  $Mo$  — 15 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 2,45, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 18,84 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,61$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариантов в обоих группах отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован  $U$ -критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{эмп}} = 80$ ,  $U_{\text{кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение  $U$ -критерия меньше критического ( $80 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за второе задание существенны.

В третьем задании «оценка программирования текста при пересказе» баллы распределяются от 0 до 15. Если ученик пересказывал текст со всеми смысловыми звеньями и в нужной последовательности, то получал 15 баллов, пропуск смысловых звеньев или повтор связующих элементов оценивался в 10 баллов, если фрагментарная передача текста или простое перечисление сюжета, то ученик зарабатывал 5 баллов, а невозможность создать связной текст пересказа оценивалась в 0 баллов.

По результатам 3 задания дети с ТНР и ЗПР набрали баллы от 0 до 15. Средний балл составил  $2,42 \pm 0,79$ , при этом значение  $Me$  — 0 баллов,  $Mo$  — 0 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 4,46, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 183,92 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,6$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 3 задании набирали 10 или 15 баллов, составляя пересказы в нужной последовательности и не упуская смысловую часть. Средний балл составил  $13 \pm 0,39$ , при этом значение  $Me$  — 15 баллов,  $Mo$  — 15 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 2,45, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 18,84 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,61$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариантов в обеих группах отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован  $U$ -критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{эмп}} = 113$ ,  $U_{\text{кр}} = 462$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение  $U$ -критерия меньше критического ( $113 < 462$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за третье задание существенны.

В четвертом задании «оценка лексического оформления пересказа» ученики набирали от 0 до 15 баллов. Адекватное использование вербальных средств оценивалось в 15 баллов, непродуктивная лексика и наличие смысловых замен в 10 баллов, выраженная бедность словаря и вербальные замены в 5 баллов, а вербальные парафазии и неадекватная лексика — 0 баллов.

По результатам 4 задания дети с ТНР и ЗПР набрали баллы от 0 до 15. Средний балл составил  $2,27 \pm 0,72$ , при этом значение  $M_e$  — 0 баллов,  $M_o$  — 0 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 4,10, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 180,37 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,6$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 4 задании набирали 10 или 15 баллов, оформляя пересказ с адекватным использованием вербальных средств или смысловыми заменами. Средний балл составил  $12,88 \pm 0,40$ , при этом значение  $M_e$  — 15 баллов,  $M_o$  — 15 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 2,47, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 19,20 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,61$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариант в обеих группах детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{Эмп} = 62,5$ ,  $U_{Кр} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $62,5 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за четвертое задание существенны.

В пятом задании «оценка грамматического оформления текста при пересказе» баллы распределяются от 0 до 15. Если ученик грамматически правильно оформил пересказ, используя сложные грамматические конструкции, то заработал 15 баллов, если пересказ составлен правильно, но с однотипной конструкцией — 10 баллов, наличие негрубых аграмматизмов или параграмматизмов оценивается в 5 баллов, а наличие множественных аграмматизмов в 0 баллов.

По результатам 5 задания дети с ТНР и ЗПР набрали от 0 до 15 баллов. Средний балл составил  $2,42 \pm 0,76$ , при этом значение  $M_e$  — 0 баллов,  $M_o$  — 0 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 4,29, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 176,78 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,6$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 5 задании набирали 10 или 15 баллов, грамматически правильно оформляя пересказ, используя сложные конструкции или правильно, но с однотипной конструкцией. Средний балл составил  $12,25 \pm 0,40$ , при этом значение  $M_e$  — 10 баллов,  $M_o$  — 10 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 2,49, а значение коэффициента вариации ( $C_v$ ): 20,31 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,61$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариант в обеих группах детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{Эмп}} = 86$ ,  $U_{\text{Кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $86 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за пятое задание существенны.

В шестом задании «понимание общего смысла текста» школьники могли получить от 0 до 15 баллов. Задавалось пять вопросов по теме рассказа, если ученик верно отвечал на вопрос, то получал 3 балла за один ответ, за неточный ответ — 2 балла и за неверный ответ — 0 баллов.

По результатам 6 задания дети с ТНР и ЗПР набрали от 0 до 12 баллов. Средний балл составил  $3,09 \pm 0,55$ , при этом значение  $Me$  — 3 балла,  $Mo$  — 3 балла. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 3,09, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 99,91 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,84$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 6 задании набирали от 12 до 15 баллов, в большинстве вопросов отвечая верно. Средний балл составил  $13,38 \pm 0,15$ , при этом значение  $Me$  — 13 баллов,  $Mo$  — 13 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 0,94, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 7,03 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,86$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариант в обеих группах детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{Эмп}} = 3,5$ ,  $U_{\text{Кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $3,5 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за шестое задание существенны.

В седьмом задании «понимание значения отдельных слов и словосочетаний» ученики могли набрать от 0 до 12 баллов. Школьникам задавалось четыре вопроса по теме рассказа, если верно отвечали на вопрос, то получали 3 балла, за неточный ответ — 2 балла и за неверный ответ — 0 баллов.

По результатам 7 задания дети с ТНР и ЗПР набрали 0, 3, 6, 9 и 12 баллов. Средний балл составил  $3,55 \pm 0,60$ , при этом значение  $Me$  — 3 балла,  $Mo$  — 3 балла. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 3,42, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 96,49 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,85$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 7 задании набрали 8, 10 и 12 баллов, отвечая верно на большинство вопросов. Средний балл составил  $10,5 \pm 0,19$ , при этом значение  $Me$  — 10 баллов,  $Mo$  — 10 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 1,16, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ):

11,07 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,74$ ,  $p = 0,001$ .

Учитывая, что распределение вариант в обеих группах детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{эмп}} = 73$ ,  $U_{\text{кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $73 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за седьмое задание существенны.

В 8 задании «понимание скрытого смысла текста» школьники набирали от 0 до 3 баллов. Если ученик верно выбирал пословицу, то получал 3 балла, если неправильно, но в пословице присутствовали слова из текста, то 2 балла и если ученик неверно выбирал пословицу, то зарабатывал 0 баллов.

По результатам 8 задания дети с ТНР и ЗПР набрали 0, 2 или 3 балла. Средний балл составил  $1,82 \pm 0,22$ , при этом значение  $Me$  — 2 балла,  $Mo$  — 2 балла. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 1,27, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 69,64 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,74$ ,  $p = 0,001$ .

Дети из группы здоровых в 8 задании набирали 2 или 3 балла, выбирая верную пословицу или ту, в которой присутствовали слова из текста. Средний балл составил  $2,5 \pm 0,08$ , при этом значение  $Me$  — 2,5 балла,  $Mo$  — 2,5 балла. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 0,50, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 20 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(40) = 0,63$ ,  $p = 0,001$ .

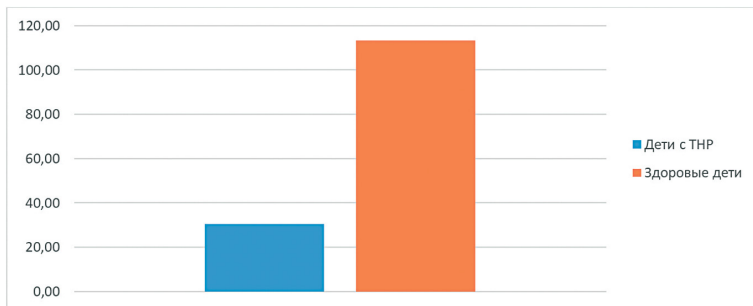
Учитывая, что распределение вариант в обеих группах детей отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{эмп}} = 510$ ,  $U_{\text{кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия больше критического ( $510 > 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних принимается и различия в оценках за восьмое задание не существенны.

По результатам всех заданий дети с ТНР и ЗПР в сумме набирали от 0 до 123 баллов. Средний балл в группе составил  $30,42 \pm 4,8$ , при этом значение  $Me$  — 21 балл,  $Mo$  — 21 балл. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 27,12, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 89,15 %. Тест Шапиро-Уилка показал значительное отклонение от нормальности,  $W(33) = 0,84$ ,  $p = 0,001$ .

Школьники из группы здоровых набрали от 86 до 136 баллов. Средний балл в группе составил  $113,25 \pm 1,68$ , при этом значение  $Me$  — 114 баллов,  $Mo$  — 114 баллов. Среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ): 10,48, а значение коэффициента вариации ( $Cv$ ): 9,25 %. Тест Шапиро-Уилка не показал существенного отклонения от нормальности,  $W(40) = 0,98$ ,  $p = 0,670$ .



Учитывая, что распределение вариантов в группе детей с ТНР и ЗПР отклоняется от нормального, для определения достоверности различий данных в двух группах использован U-критерий Манна-Уитни.  $U_{\text{Эмп}} = 31$ ,  $U_{\text{Кр}} = 449$ , при  $p \leq 0,01$ . Так как эмпирическое значение U-критерия меньше критического ( $31 < 449$ ) при уровне значимости  $\beta = 5\%$ , то гипотеза  $H_0$  о равенстве средних не принимается и различия в оценках за задание существенны (рис. 1).



*Рис. 1. Сумма баллов по всем заданиям*

В задании «особенности проявления дислексии (читает быстро, читает медленно, понимает хорошо, понимает плохо), по результатам выявляются нарушения в группе детей с ТНР и ЗПР.

По полученным результатам у 16 (48,5%) школьников проявление дислексии отмечается при быстром чтении, у 17 (51,5%) детей проявление дислексии при медленном чтении, 6 (18,2%) школьников — понимают хорошо прочитанный текст и 27 (81,8%) учеников понимают прочитанный текст плохо.

В группе здоровых детей дислексии ни у одного ученика выявлено не было.

**Вывод.** Установлено, что у детей с ТНР и ЗПР значительно снижены когнитивные и речевые функции, что выражается в побуквенном и послоговом чтении, трудностях с соблюдением интонационных норм и пунктуации, а также низкой точностью и самостоятельностью пересказа.

У детей с ТНР и ЗПР наблюдаются выраженные трудности с пониманием общего и скрытого смысла текста. Это указывает на снижение способности к смысловому восприятию прочитанного материала, что препятствует успешному усвоению учебных программ.

В группе детей с нормотипическим развитием отмечается более высокое качество пересказа, включающее полную передачу смысла и грамматическую правильность, тогда как у детей с ТНР и ЗПР пересказы отличаются краткостью, простотой конструкций и буквальным пониманием сюжета.

Анализ выявил ключевые факторы, влияющие на нарушения чтения у детей с ТНР и ЗПР, включая недостаточность фонематического восприятия, нарушение зрительного восприятия и пространственного гнозиса, а также снижение регуляторных и контрольных функций.

Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что коррекционные мероприятия должны включать системную нейропсихологическую поддержку, направленную на развитие фонематического восприятия, зрительно-пространственных навыков и регуляторных процессов для улучшения навыков чтения и общей речевой активности у детей с ТНР и ЗПР.

### Список литературы

1. Белоусова Е. Д. Нейропсихологический подход при изучении навыка чтения младших школьников с тяжелыми нарушениями речи // Актуальные проблемы науки и образования: материалы Всероссийской научно-практической конференции (г. Пенза, 19-25 октября 2023 г.). Пенза: Пензенский государственный университет, 2023. С. 141-145.
2. Дедова Д. А. Юрьева М. В., Федорова В. И. К. Д. Ушинский о первоначальном обучении родному языку // Наука и Образование. 2019. № 2. С. 111.
3. Демидова А. П., Борисенкова А. П. Специфика активизации речи детей младшего дошкольного возраста с ТНР // Инновации. Наука. Образование. 2021. № 47. С. 2845-2850.
4. Новичкова Т. В., Юрьева М. В. Формирование читательской самостоятельности у младших школьников // Наука и Образование. 2019. № 2. С. 197.
5. Gray Matter Structure Is Associated with Reading Skill in Typically Developing Young Readers/M. V. Perdue, J. Mednick, K. R. Pugh [et al.] // Cerebral Cortex. 2020. Vol. 30, № 10. P. 5449-5459.

УДК 159.9

## ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РИСУНОЧНЫХ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК

Д. В. Екина

Н. Н. Вишнякова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье приводится теоретическое исследование преимуществ использования рисуночных проективных методик в целях психодиагностики личности. Рассмотрены особенности выполнения и интерпретации данных методик в подходах различных отечественных и зарубежных авторов. Произведена оценка практической значимости применения рисуночных методик для распространения и популяризации

информации среди специалистов психологического профиля. Выделены основные преимущества проективных рисуночных методик, на основании обширного анализа научных исследований.

**Ключевые слова:** проективные методы, графические методы, преимущества методик, психодиагностика, рисунки в психотерапии

**Актуальность.** В последние десятилетия наблюдается усиление интереса к психодиагностике в нашей стране, что в немалой степени связано с развитием разных областей практики (Акимова, 2019).

Одним из важных направлений развития психодиагностики является апробация и внедрение в психологическое исследование проективных методов. Согласно мнению исследователей (Б. В. Зейгарник, К. Левин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Л. Н. Собчик, В. В. Столин, И. А. Шляпникова), результаты, полученные в ходе диагностики с помощью проективного метода, можно рассматривать через призму личностного смысла. То есть проективная методика диагностирует личностные особенности через нестандартные задания, которые являются «безопасными» для личности.

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

**Постановка проблемы.** Психодиагностика личности является одной из отраслей клинической психологии, включающий в себя разработку теорий, принципов и инструментов оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Как самостоятельная область психологии она ориентирует исследователей не на исследование, а на обследование, т. е. на постановку психологического диагноза (Колесник, 2023).

До сих пор распространение проективных графических (рисуночных) методик в психодиагностике не так обширно. Связано это не только с тем, что в отличие от формализованных методов проективные методики не имеют достаточной стандартизации, но и не включают количественную оценку. Поэтому важным направлением в расширении области психодиагностики является ознакомление с преимуществами использования проективных методик.

Для этого в нашем исследовании мы проводим теоретический анализ различных исследований зарубежных и отечественных авторов, направленных на оценку эффективности и практической значимости проективных методов в работе психологов, психотерапевтов.

В свою очередь теоретической значимостью данного исследования является анализ и обобщения имеющихся научных данных для распространения и популяризации информации среди специалистов психологического профиля.

Подчеркивая важность теоретической базы знаний о проективных методах для практической психологии, которую выразили Л. Абт и Л. Беллак, следует сделать вывод, что это позволит избежать двух типов клинических ошибок, а именно: неосторожных обобщений и чрезмерно ограничительной интерпретации (Аванесян, 2021).

О важности контекста работ и значимости рисунков в психотерапии в своих работах пишут Е. С. Романова, Г. М. Ферс (Залевская, 2019). Значительный вклад в изучение интерпретации рисуночных проективных методов внес американский психолог Д. Рапапорт, который рассматривал проективную продукцию как результат сложной когнитивной деятельности и нарушение ее при различных нозологиях (Шляпникова, 2012).

**Методы и материалы.** Теоретические методы исследования — анализ, синтез, обобщение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Р. Корсини и А. Ауэрбах в своих работах приводят ряд основополагающих особенностей проективных методов, которые позволяют говорить об их универсальности (Доминина, 2019):

1. Проективный метод основан на предъявлении исследуемому стимульного материала сравнительно неопределенного содержания.
2. Проективный метод не имеет правильных и неправильных ответов.
3. Ответы исследуемых анализируются с позиции отражения основных направленностей и аффективных состояний личности.
4. Полученные результаты отражают характеристики когнитивных процессов и личностного стиля субъекта.

Проективные методики, по классификации Л. К. Френка, которая собрала в себя большинство ныне известных методик, объединяет способность выявлять и наглядно показывать наиболее существенные аспекты личности в их взаимозависимости и целостности функционирования (Исмаилова, 2020).

При этом цель проективных методик относительно замаскирована, что уменьшает возможность испытуемого давать такие ответы, которые позволят произвести о себе желательное впечатление (Акимова, 2019). И в целом в этой группе методик ответы на задания не могут учитываться как правильные или неправильные, потому что отражают личностный характер ответов обследуемого.

В своих работах Г. М. Исмаилова, И. С. Стеблецова, М. К. Акимова отмечают, что проективные методики позволяют опосредованно, моделируя некоторые жизненные ситуации и отношения, исследовать эти

личностные образования, выступающие прямо или в форме различных личностных установок. Если большинство психологических приёмов направленно на изучение того, как и за счёт чего достигается объективный характер отражения человеком внешнего мира, то проективные методики ставят своей целью выявление своеобразных «субъективных отклонений», личностных «интерпретаций», причём последние далеко не всегда объективны, но, всегда как правило, личностно значимы (Акимова, 2019; Исмаилова, 2020).

На опыте применения проективных методов российский специалист в области психодиагностики Л. Н. Собчик, отмечает, что проективные методы чувствительны к широкому спектру психологических особенностей: преобладание эмоционального или рационального подхода к действительности, импульсивность, недостаточность самоконтроля и планирования действий, тревожность (как черта личности) и тревога (как состояние на момент тестирования), демонстративность, страхи и фобии, депрессивные тенденции, агрессия, неудовлетворенность потребности в общении, антисоциальные тенденции (Барканова, 2019; Залевская, 2019).

Немаловажным достоинством рисуночных проективных методик является то, что ответы испытуемых не обязательно должны даваться в вербальной форме (как в случае с опросниками), а это позволяет использовать эти методики в работе и с взрослыми, и с детьми.

Занимаясь исследованием истории проективных методов, Г. М. Прошанский отмечает, что первоначально проективные методы предназначались для работы с клиническими пациентами, т. е. были ориентированы на людей с различными психиатрическими заболеваниями, но ряд особенностей построения проективных методик и организации самого исследования значительно расширяет их диапазон применения (Беллак, 2000).

Использование же именно графических (рисуночных) методик существенно обогащает процесс профессиональной работы психолога в любом направлении деятельности — консультативной, психотерапевтической или коррекционной. Изучение индивидуально-психологических предпосылок личности с помощью графических методов имеет определенные положительные перспективы: позволяет глубже проанализировать особенности индивида и выработать индивидуальные рекомендации по проблеме (Шова, 2021).

В силу проективного характера большинства графических процедур, их результаты, как показывают исследования, менее подвержены контролю сознания, а это весьма важный аргумент в пользу их применения, так как рисуночные психодиагностические методы работают «через проекцию» на сетку психологических типов личности вместе с соответствующими методами стандартных психодиагностических процедур оценки личностных качеств (ММПИ, Кэттелл, Айзенк и др.) (Кожеватова, 2020; Корниенко, 2023).

Важен также контекст создания рисунка, что отмечает Грегг М. Ферс, ведь спонтанный рисунок в условиях исследования содержит материал бессознательного, тесно связанного с комплексами его автора, в то время как профессиональные художественные полотна и при участии рациональной стороны мышления (Залевская, 2019; Шова, 2021).

Е. С. Романова в своих работах отмечает возможность психологического исследования личности человека по результатам его психодиагностического рисунка. Автор делает акцент на значимости рисуночных методов для психологического консультирования, т. к. «в рисунках содержится обилие «сигналов» для психолога, которые можно использовать для построения диалога с клиентом» (Залевская, 2019).

Так в своей статье М. Ю. Лодягина пишет о том, что тест «Несуществующее животное» является «самопрезентацией» автора. Объясняется это тем, что прямое предложение нарисовать себя или известный объект может столкнуть человека с устоявшимися социальными нормами. Изображая не конкретно себя, а неосознанный образ своей личности, автор раскрывает все свои скрытые стороны, страхи и неразрешенные проблемы, сам того, не осознавая (Лодягина, 2019).

В своей работе А. В. Либин пишет о том, что дополнительным преимуществом является простота проведения рисуночных проективных методик в пределах клиник и стационаров. Они занимают не так много времени, для их выполнения не нужны дополнительные стимульные материалы, и разумеется от пациента не требуется больших когнитивных усилий (Либин, 2020).

В отличие от большинства других, рисуночные методики могут проводиться многократно и достаточно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Это позволяет использовать их для контроля динамики состояния и для наблюдения за ходом коррекции или психотерапии в течение длительного периода (Oskolkova, 2022).

Кроме того, обладая яркими индивидуальными различиями и формами работы, рисунки дают возможность построения на их основе психологических классификаций и типологий.

**Вывод.** Таким образом, исходя из всего вышеизложенного, можно выделить несколько основных преимуществ рисуночных проективных методик:

1. Выявляют и наглядно показывают наиболее существенные аспекты личности в их взаимозависимости и целостности функционирования;
2. Рисуночные проективные методики отражают особенности когнитивной деятельности и чувствительны к ее изменениям;
3. Рисунок содержит материал бессознательного личности, и в целом проективные методы являются едва ли не единственным

собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики;

4. Рисуночные проективные методики исключают возможность фальсификации ответов, так как цель проективных методик относительно замаскирована;
5. Рисуночные проективные методики могут проводиться многократно и часто, не утрачивая своего диагностического значения, что делает их универсальными и эффективными для динамических исследований;
6. Данные методики универсальны для всех возрастов и не требуют вербальных ответов, кроме уточнения деталей рисунка;
7. Применение рисуночных методов может быть использовано в любой практической области, включая и медицинские учреждения.

Применение данных методов в психотерапии и психокоррекции может не только давать большое поле для исследования особенностей личности, но и быть эффективным способом отслеживания динамики клиентов.

### Список литературы

1. Аванесян Г.М. Научные и прикладные предикторы формирования навыка оценки и применения проективных методик // Актуальные проблемы психологического знания. 2021. № 3 (56). С. 18-27.
2. Акимова М.К. Психодиагностика. Теория и практика: учебник для академического бакалавриата. В 2 ч. Часть 1/под ред. М.К. Акимовой. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: Юрайт, 2019. 301 с.
3. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум/сост. О.В. Барканова. Красноярск: Литера-Принт, 2009. 237 с. (Библиотека актуальной психологии; Выпуск 2).
4. Беллак Л. Проективная психология/пер. с англ. Москва: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. 528 с.
5. Доминина А.И. Методика «несуществующее животное» как способ диагностики личностных особенностей // Современные научные исследования и инновации. 2019. № 1280. С. 81.
6. Залевская Я.Г., Усатенко О.Н. Способы применения психорисунка в практической деятельности психолога: анализ проблемы и современная интерпретация // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7, № 3. С. 35.
7. Исмаилова Г.М., Стеблецова И.С. Проективные методы исследования личности // Вестник Казахского гуманитарно-юридического инновационного университета. 2020. № 3 (47). С. 43-48.
8. Кожеватова А.С., Лебедева Л.Г. Использование психодиагностики в медицинских учреждениях // Modern Science. 2020. № 1-1. С. 243-248.
9. Колесник Н.Т., Орлова Е.А., Ефремова Г.И. Клиническая психология: учебник для вузов/под редакцией Г.И. Ефремовой. 3-е изд., испр. и доп. Москва: Юрайт, 2023. 359 с.
10. Корниенко Н.А. Проективная психология типологии личности // Профессиональное образование в современном мире. 2023. Т. 13, № 2. С. 353-376.

11. Либин А. В., Либина А. В. Проективные методы в психологии. Психографический тест Либиных. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва: Юрайт, 2020. 339 с.

12. Лодягина М. Ю. Значимость проективной методики «Несуществующее животное» в исследовании личности человека // Материалы VI Международного финно-угорского студенческого форума, Йошкар-Ола. Йошкар-Ола: Марийский государственный университет, 2019. С. 319-321.

13. Шляпникова И. А. Проективные методы психодиагностики. Челябинск: ЮУрГУ, 2012. 71 с.

14. Шова Т. А. Достоинства и недостатки применения проективных методик в психодиагностике // Психологические и биологические особенности нарушенного поведения: материалы всероссийского научно-практического круглого стола с международным участием/под редакцией Т. А. Шиловой. Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Ритм», 2021. С. 83-86.

15. Oskolkova S.N. Schizophrenia: a Narrative Review of Etiological and Diagnostic Issues // Consortium Psychiatricum. 2022. Vol. 3, № 3. P. 20-35. DOI: 10.17816/CP132

УДК 159.99

## САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ В ДОСТИЖЕНИИ СПОРТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

М. В. Казорина

И. В. Турова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению роли саморегуляции личности в достижении спортивных результатов. Рассматриваются теоретические основы саморегуляции, включающие когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты, а также их влияние на успешность спортсменов. В работе подчеркивается важность психологической подготовки, наряду с физической, для повышения эффективности тренировочного процесса и снижения стресса в соревновательных ситуациях. Цель данной статьи — раскрыть значение саморегуляции личности в достижении спортивных результатов, а также представить практические методы для ее развития у спортсменов. В спорте саморегуляция играет ключевую роль в управлении психоэмоциональными состояниями, что позволяет не только повысить эффективность тренировок, но и минимизировать стресс во время соревнований. В статье систематизированы теоретические основы и проанализированы современные методы саморегуляции, такие как: визуализация, аутогенная тренировка



и психорегулирующая тренировка. Важными выводами работы являются: необходимость комплексного подхода к подготовке спортсменов, включающего не только физические, но и психологические аспекты; значимость регулярного использования методов саморегуляции для повышения уверенности и стабильности в выступлениях. Также предложены практические рекомендации для тренеров и спортсменов, касающиеся внедрения техник самоконтроля и управления эмоциями в тренировочный процесс.

**Ключевые слова:** саморегуляция, спортивные результаты, психоэмоциональное состояние, когнитивные процессы, аутогенная тренировка, визуализация, психорегулирующая тренировка

**Актуальность.** В современной спортивной практике саморегуляция личности становится неотъемлемой частью подготовки спортсменов, особенно в условиях возрастающей конкуренции и высоких требований к результативности. Спортивные достижения определяются не только физической подготовкой, но и психологической устойчивостью, способностью справляться с высоким уровнем стресса и эмоциональной напряженностью. Психоэмоциональное состояние спортсменов непосредственно влияет на качество их выступлений, начиная с тренировочного процесса и заканчивая выступлениями на соревнованиях.

Исследования показывают, что многие спортсмены, особенно на начальных этапах карьеры, не обладают достаточными навыками управления своими эмоциональными реакциями, что может приводить к снижению мотивации, ошибкам в технике и выгоранию (Balk, Englert, 2020). Важно отметить, что тренеры нередко игнорируют или уделяют недостаточное внимание психологической составляющей подготовки, акцентируя внимание на физической выносливости и технике. Однако без должной психологической подготовки спортсмены не могут в полной мере раскрыть свои физические способности в условиях высокой соревновательной нагрузки (Амреева, Зотова, 2020).

Саморегуляция, как процесс управления своим психоэмоциональным состоянием, становится ключевым фактором в спортивной деятельности. Она помогает спортсменам адаптироваться к внешним условиям, сохранять концентрацию, уверенность и мотивацию даже в условиях повышенной эмоциональной нагрузки. Овладение методами саморегуляции, такими как аутогенная тренировка, визуализация и психомышечная тренировка, способствует повышению устойчивости к стрессу и увеличению шансов на успешное выступление.

Таким образом, проблема развития навыков саморегуляции у спортсменов является крайне актуальной, а её интеграция в тренировочный процесс — необходимым условием для повышения спортивных результатов.

**Постановка проблемы.** В спорте для достижения высоких результатов важно не только обладать физическими способностями, но и развивать навыки саморегуляции (Сагова и др., 2020). Саморегуляция представляет собой способность контролировать свои поведенческие и эмоциональные реакции, а также планировать цели и предпринимать необходимые действия для их достижения (Якушина и др., 2024). Она позволяет людям адаптироваться к их социальному и физическому окружению и является ключевым процессом в психологическом функционировании. В спортивной деятельности психологическая саморегуляция — это управление психоэмоциональным состоянием посредством самовнушения, мысленных образов, контроля мышечного тонуса и дыхания. Основная цель методов саморегуляции — создание внутренних инструментов для управления своим внутренним состоянием.

Г. Д. Бабушкин установил низкий уровень навыков саморегуляции у спортсменов разной квалификации и подчеркнул необходимость раннего обучения этим методам. Особенно это касается юных спортсменов, у которых эффективность методов саморегуляции на соревнованиях ниже по сравнению с более опытными спортсменами (Бабушкина, 2006). В. И. Моросанова утверждает, что саморегуляция помогает мобилизовать и интегрировать личностные ресурсы для достижения целей, что позволяет выработать адаптированное поведение, необходимое для достижения спортивных целей (Моросанова, 2012). Спортсмены сталкиваются с разнообразными психическими состояниями — как позитивными (решительность, сосредоточенность, упорство), так и негативными (эмоциональная напряженность, страх, неуверенность). Умение управлять этими состояниями играет ключевую роль в поддержании психологической устойчивости (Ильин, 2018).

Важно отметить, что психорегуляция и саморегуляция — разные понятия. Психорегуляция включает методы саморегуляции и другие психологические приемы, направленные на управление состояниями (Сазонова, Бирин, 2023). В свою очередь, саморегуляция включает в себя три ключевых компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Каждый из них играет важную роль в процессе саморегуляции у спортсменов, помогая управлять своим психоэмоциональным состоянием и достигать высоких результатов. Рассмотрим каждый компонент более подробно.

Когнитивная саморегуляция относится к процессам управления вниманием, мышлением, постановкой целей и контролем за их достижением. В спортивной деятельности когнитивная саморегуляция включает способность фокусироваться на задаче и игнорировать отвлекающие факторы. Например, спортсмены, которые развивают когнитивные навыки, могут лучше концентрироваться на выполнении своих задач, что важно в таких видах спорта, как плавание или стрельба, где требуются высокие уровни внутреннего внимания. Исследования показали, что техники

визуализации и целеполагания помогают спортсменам улучшать свои результаты за счет формирования четких целей и управления вниманием (Zimmerman, 2000). Визуализация, как одна из техник когнитивной саморегуляции, позволяет спортсменам создавать мысленные образы успешного выполнения действий, что улучшает уверенность и готовность к соревнованиям (Morosanova, Kovas, 2019).

Эмоциональная саморегуляция подразумевает способность спортсменов управлять своими эмоциональными реакциями, такими как стресс, тревожность и возбуждение, что особенно важно в условиях соревновательных ситуаций. Спортсмены, обладающие развитыми навыками эмоциональной саморегуляции, могут контролировать и корректировать свои эмоциональные состояния, что помогает им сохранять спокойствие и уверенность. Это особенно важно в момент перед соревнованиями или в условиях повышенной напряженности. Исследования подтверждают, что умение управлять эмоциями положительно влияет на спортивные результаты. Например, методы контроля стресса, такие как дыхательные техники и аутотренинг, были эффективны в снижении уровня тревожности у спортсменов (Gross, 2002). Эти техники помогают не только снизить негативные эмоции, но и развить навыки эмоциональной стабильности, что положительно сказывается на общем состоянии спортсмена во время соревнований.

Поведенческая саморегуляция включает управление действиями и поведением спортсменов в процессе тренировки и соревнований. Она проявляется в таких аспектах, как самодисциплина, волевые качества и способность к соблюдению тренировочного режима. Спортсмены, которые умеют регулировать свое поведение, могут лучше соблюдать режим тренировок, питаться по плану и выдерживать физические нагрузки, что в конечном итоге способствует повышению спортивных результатов (Сохликова, 2021). Самодисциплина является важным элементом поведенческой саморегуляции, поскольку она позволяет спортсменам сохранять концентрацию на долгосрочных целях, несмотря на краткосрочные трудности. Также поведенческая саморегуляция включает способность создавать и следовать определенным ритуалам перед соревнованиями, таким как разминка или медитация, что помогает поддерживать оптимальное психоэмоциональное состояние.

Эти три компонента — когнитивный, эмоциональный и поведенческий — взаимосвязаны и играют ключевую роль в управлении состоянием спортсменов на пути к достижению высоких результатов. Рассмотрев теоретические аспекты каждого компонента, следующим шагом будет раскрытие конкретных практических рекомендаций по методам саморегуляции.

Методы психорегуляции обладают большой вариативностью и разнообразием. Опуская особенности каждой технологии, можно говорить

об их общей цели — повышение эффективности функциональных возможностей человека посредством формирования особенного психического состояния для достижения намеченного результата. Рассмотрим наиболее распространенные методы психорегуляции: дыхательные упражнения; аутогенная тренировка (АТ); психорегулирующая тренировка (ПРТ); психомышечная тренировка (ПМТ); приемы визуализации; идеомоторная тренировка (ИТ).

Дыхательные упражнения направлены на осознанное управление дыханием для контроля психоэмоционального состояния. Изменяя глубину и частоту дыхания, спортсмен может воздействовать на своё психическое состояние, что помогает снижать уровень стресса и напряжения. Данный метод особенно полезен в условиях высоких эмоциональных нагрузок, таких как предсоревновательные состояния.

Аутогенная тренировка, разработанная немецким психиатром И. Г. Шульцем, основана на техниках глубокого мышечного расслабления и самовнушения. Этот метод позволяет спортсмену воздействовать на своё состояние через расслабление и формулы самовнушения. Аутогенная тренировка помогает снижать соматические компоненты негативных эмоциональных переживаний и формирует устойчивые установки, которые влияют на поведение. Применение аутогенная тренировка широко распространена в различных видах спорта, таких как легкая атлетика, плавание, футбол и гимнастика, для управления стрессом и повышения концентрации.

Психорегулирующая тренировка — это продолжение аутогенной тренировки, при которой спортсмен сознательно вызывает у себя состояние, схожее со сном, с помощью мышечного расслабления и мысленных образов. Л. Д. Гиссен подчеркивает, что психорегулирующая тренировка помогает активировать восстановительные процессы организма, что особенно важно для спортсменов в периоды интенсивных тренировок и соревнований. Этот метод способствует управлению вегетативными функциями и быстрому восстановлению сил.

Психомышечная тренировка включает упражнения на расслабление мышц, визуализацию самовнушения, концентрацию внимания и использование словесных формул для самовлияния. После освоения основных упражнений психомышечной тренировки спортсмены могут применять эти навыки для преодоления страха, мобилизации своего психического состояния и повышения боевой готовности. Примером является случай, когда юные пловцы овладели навыками засыпания на короткие интервалы (5-8 секунд) во время проплыва дистанции, сохраняя скорость и направление.

Визуализация заключается в мысленном представлении успешного выполнения действий. Этот метод помогает формировать уверенность и готовность к соревнованиям. Спортсмен, визуализируя каждый шаг

или элемент своей деятельности, повышает мотивацию и улучшает свою технику. Визуализация используется для создания образа идеального движения, что впоследствии реализуется на практике.

Идеомоторная тренировка направлена на мысленное выполнение двигательных актов или действий. Спортсмен мысленно проговаривает задание, представляя конкретные движения. Этот метод помогает не только улучшить технику движения, но и сохранить её в периоды вынужденных перерывов. Идеомоторная тренировка также может быть полезна для управления эмоциональным состоянием перед соревнованиями, помогая снизить тревожность и повысить уверенность в своих силах.

Эти методы психорегуляции позволяют спортсменам эффективно управлять своим психоэмоциональным состоянием, улучшать концентрацию и быстрее восстанавливаться после тренировок и соревнований.

**Вывод.** В результате теоретического анализа литературы, посвященной саморегуляции личности и ее роли в достижении спортивных результатов, было установлено, что саморегуляция является многогранным и важным фактором, влияющим на успешность спортсменов. Анализ теоретических концепций показал, что саморегуляция включает в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, которые тесно взаимосвязаны и играют ключевую роль в мотивации, целеполагании, планировании, контроле и оценке собственной деятельности спортсменов. Обзор научных исследований продемонстрировал, что развитие навыков саморегуляции способствует повышению эффективности тренировочного процесса, оптимизации психофизического состояния спортсменов, снижению уровня стресса в соревновательных ситуациях и, как следствие, — достижению более высоких спортивных результатов. В данной статье были рассмотрены различные аспекты саморегуляции в спорте, включая ее теоретические основы, механизмы действия и практическое применение. Были представлены методы и техники саморегуляции, которые могут быть использованы спортсменами для повышения эффективности своей деятельности.

В перспективе дальнейших исследований представляется актуальным проведение эмпирических исследований, направленных на изучение влияния различных методов саморегуляции на спортивные результаты в различных видах спорта и возрастных группах. Также важно изучить индивидуальные особенности личности спортсменов, которые могут влиять на эффективность применения тех или иных методов саморегуляции. Таким образом, данная статья вносит вклад в понимание роли саморегуляции в достижении спортивных результатов, систематизируя существующие знания и предлагая практические рекомендации для спортсменов и тренеров.

## Список литературы

1. Амреева Я.Э., Зотова Е.А. Эмоции в спорте: подавление, контроль, переживание. Саморегуляция эмоциональных состояний // *Общественные и гуманитарные науки: материалы докладов 84-й научно-технической конференции, посвященной 90-летнему юбилею БГТУ и Дню белорусской науки (с международным участием)*, Минск, 03-14 февраля 2020 г. Минск: БГТУ, 2020. С. 508-510.
2. Ильин Е.П. Психология спорта. Санкт-Петербург: Питер, 2018. 352 с.
3. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека. Москва: Наука, 2012. 519 с.
4. Психологическое обеспечение спортивной деятельности: монография/под общ. ред. Г.Д. Бабушкина; Сибирский гос. ун-т физ. культуры. Омск: [Изд-во СибГУФК], 2006. 380 с.
5. Оценка профессиональнообусловленных особенностей функционального состояния в связи с некоторыми характеристиками сна спортсменов/З.А. Сагова, Д.А. Донцов, К.И. Денисова [и др.] // *Национальный психологический журнал*. 2020. № 3 (39). С. 75-93. DOI: 10.11621/npj. 2020.0200.
6. Сазонова С.Л., Бирин О.А. Научно-методические основы психологической подготовки хоккеистов среднего школьного возраста // *Научные и образовательные основы в физической культуре и спорте*. 2023. № 9 (1). С. 10-15. DOI: 10.57006/2782-3245-2023-9-1-10-15
7. Сохликова В.А. Исследование моделей спортивной успешности на основе выявленных вариантов соотношения конструктов самооценки и притязаний // *Актуальные вопросы спортивной психологии и педагогики*. 2021. Т. 1, № 1-2. С. 71-77.
8. Психологическая саморегуляция и ее значимость для развития внутренней мотивации, психологического благополучия и профессионального мастерства в спорте/А.А. Якушина, С.В. Леонов, Д.В. Пшеничник [и др.] // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2024. Т. 21, № 1. С. 167-183. DOI: 10.17323/1813-8918-2024-1-167-183
9. Balk Y.A., Englert C. Recovery self-regulation in sport: Theory, research, and practice // *International Journal of Sports Science & Coaching*. 2020. № 2. P. 273-281.
10. Gross J.J. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences // *Psychophysiology*. 2002. № 3 (39). P. 281-291. DOI: 10.1017/s0048577201393198
11. Morosanova V., Kovas Yu. Personality, Self-regulation and goal achievement // XVI European Congress of psychology, Moscow, 02-05 июля 2019 года. Moscow: Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. Издательский Дом (типография), 2019. P. 60.
12. Zimmerman B.J. Attaining self-regulation: a social cognitive perspective // *Handbook of self-regulation*/eds. M. Boekaerts, P. Pintrich, M. Zeidner. San Diego, Calif.: Academic Press, 2000. P. 13-39.

## ЦИФРОВОЙ ПРОФИЛЬ СПОРТСМЕНА

А. А. Кокорина

О. В. Александрова, научный руководитель

*Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук,  
г. Красноярск, Россия*

Работа проводилась при финансовой поддержке Красноярского краевого фонда науки по проекту «Разработка региональной модели организации научно-методического и медико-биологического обеспечения системы подготовки спортивного резерва Красноярского края на примере вида спорта «Гольф»

**Аннотация.** Цифровая трансформация отрасли физической культуры и спорта подразумевает не только внедрение изменений на уровне существующих бизнес-процессов, например, таких как оказание массовых социально значимых услуг или организация записи на спортивные мероприятия, но, в том числе, и создание условий для совершенствования механизмов спортивной подготовки за счет использования цифровых технологий. Интеллектуальные аналитические системы смогут оказать существенную поддержку в задачах поиска спортивно одаренных детей, выбора спортивной специализации, индивидуализации программ спортивной подготовки. Первичным звеном в этой работе является организация систематического сбора структурированных данных о спортсмене, которые в совокупности формируют так называемый цифровой профиль.

**Ключевые слова:** структура данных цифрового профиля, государственная информационная система (ГИС «Минспорт»), индивидуализация спортсмена, содержание цифрового профиля, техническое задание на разработку «ГИС Минспорт»

**Актуальность** связана с созданием и развитием спортивных онлайн-сервисов, проблемами и перспективами взаимодействия информационных систем и обмен данными, повышением цифровой зрелости региона, региональной практикой внедрения онлайн-систем и услуг в спортивной индустрии. В Красноярском крае ведется работа по цифровизации спортивной отрасли и совместно с министерством спорта Красноярского края и Ассоциацией гольфа в настоящее время прорабатывается поэтапное внедрение цифровых решений на объектах вида спорта «гольф». Создана централизованная система спортивной отрасли «Цифровой профиль спортсмена», который будет востребован как самими спортсменами, так и тренерами. Во-первых, он защитит спортсменов, которые не долечились и которым пока нельзя выходить на поля и площадки. Во-вторых, он поможет сориентироваться спортивным клубам, которые набирают

спортсменов себе в команды. Кроме того, «золотой стандарт» позволит оценить уровень подготовки спортсменов федеральным органам, например, Министерству спорта. Также он поможет определиться самим спортсменам: они смогут сравнить свои показатели со средней шкалой, с данными чемпионов России, мира и Олимпийских игр.

**Постановка проблемы.** В Красноярском крае комплексный цифровой профиль спортсмена проектировался в составе ведомственной информационной системы отрасли физической культуры и спорта ГИС «Минспорт». Данная система предназначена для цифровой трансформации деятельности министерства спорта Красноярского края и физкультурно-спортивных организаций региона (обработка реестров и баз данных, содержащих информацию сферы физической культуры и спорта Красноярского края). ГИС «Минспорт» включает в себя разделы, содержащие сведения о физкультурно-спортивных организациях, спортсменах, тренерах, судьях, спортивных соревнованиях, физкультурно-спортивных мероприятиях, министерстве, правовую информацию.

**Методы и материалы.** Основной задачей цифрового профиля спортсмена является обеспечение сбора и поддержания в актуальном состоянии структурированных данных, достоверно описывающих индивидуальные аспекты спортивной деятельности в объеме, достаточном для анализа и построения моделей. Структура данных цифрового профиля спортсмена приведена на рисунке 1.

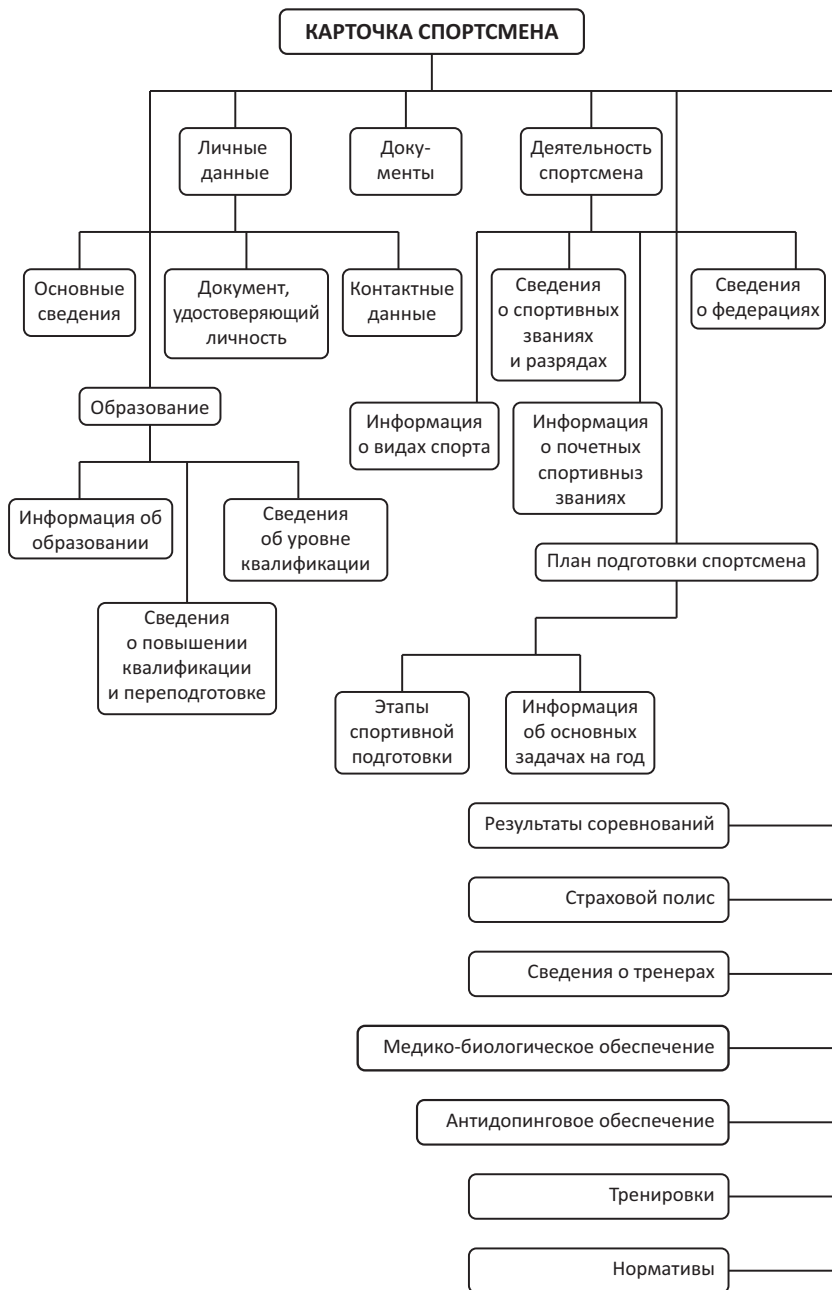
**Результаты исследования и их обсуждение.** Ключевые преимущества продукта ГИС «Минспорт» Красноярского края заключаются в следующем:

- Оцифровка методик и планов спортивной подготовки (микроциклы-тренировки).
- Электронная база контрольно-переводных нормативов.
- Создание персонального цифрового профиля спортсмена.
- Эффективная коммуникация между тренером, спортсменом и родителем.
- Дневники самоконтроля спортсменов.
- Инструменты оценки эффективности тренировок.
- Мобильное приложение для работы на тренировках.

ГИС «Минспорт» Красноярского края направлена на выполнение стратегических государственных задач «Цифровизация» сектора спортивной деятельности в соответствии с текущей политикой государства:

- Агрегирует информацию и отчетность всех уровней;
- Улучшение управляемости и контроля на всех уровнях и оперативный обмен информацией с подведомственными организациями;
- Координирует и своевременно реагирует на изменения.





*Рис. 1. Структура цифрового профиля спортсмена*

ГИС «Минспорта» Красноярского края является объективным инструментом оценки молодых спортсменов для выявления талантов:

- Выявление, учет и развитие наиболее перспективных (талантливых) спортсменов различных возрастов.
- Улучшение качества подготовки спортсменов и комплексный анализ их результатов.
- Формирование единого реестра спортсменов, специалистов и организаций, осуществляющих спортивную подготовку в электронном виде.

ГИС «Минспорта» Красноярского края — это инструмент для построения, анализа и последующей корректировки тренировочного процесса:

- Сокращение временных издержек на работу с бумажными формами учета за счет их перевода в электронный вид.
- Непрерывное управление тренировочным процессом в электронном виде.
- Осуществление прямой оперативной коммуникации с родителями и спортсменам. ГИС «Минспорта» Красноярского края позволяет осуществлять контроль достижений и успехов, повышение мотивации спортсмена
- Получение своевременной информации о расписании, посещаемости, достижениях и пр.
- Наглядный и оперативный мониторинг за ходом спортивной подготовки.
- Доступ к данным 24/7 через мобильное приложение.

Цифровой профиль устранил необходимость многократного ввода и верификации персональных данных, упростит составление отчетов, обеспечит прозрачность статистической информации.

**Вывод.** Разработано предложение системного психологического сопровождения отрасли физической культуры и спорта на примере вида спорта «гольф». В планах не только создание психологического сопровождения вида спорта «гольф», но и развитие спортивной психологии, разработка методики работы со спортсменами, тренерами, родителями.

### Список литературы

1. Минбалеев А.В., Титова Е.В. Цифровой профиль спортсмена: проблемы правового регулирования и защиты // Человек. Спорт. Медицина. 2021. № 21 (S2). С. 154-160.
2. Виноградова Е.В., Полякова Т.А., Минбалеев А.В. Цифровой профиль: понятие, механизмы регулирования и проблемы реализации // Правоприменение. 2021. № 4. С. 5-19.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИЕЙ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

М. А. Кольцова, Е. А. Денисова, А. В. Зыков  
Ю. В. Живаева, научный руководитель

*Сибирский институт бизнеса, управления и психологии  
г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются понятия эмоционального интеллекта и процессов адаптации студентов в учебной среде. Настоящее исследование отражает взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и различными аспектами психологической адаптации среди студентов, включая академическую, социальную и эмоциональную адаптацию. Результаты показывают, что высокий уровень эмоционального интеллекта положительно связан с лучшей адаптацией во всех областях. Работа имеет практическую значимость для разработки мероприятий, направленных на развитие эмоционального интеллекта у студентов. Повышение эмоционального интеллекта может помочь учащимся лучше справляться с требованиями студенческой жизни, улучшить свою академическую и социальную успеваемость и общее благополучие.

**Ключевые слова:** личностные свойства, эмоциональный интеллект, адаптация, студенческая среда, студенты, эмоции, эмпатия, социум

**Актуальность.** Студенческая жизнь может быть периодом значительных изменений и трудностей. Студенты часто сталкиваются со стрессовыми ситуациями, такими как академическая нагрузка, социальное давление и финансовые проблемы. Эмоциональный интеллект, способность распознавать, понимать и управлять своими эмоциями, а также эмоциями других, становится все более важным для студентов, стремящихся адаптироваться к этим вызовам.

**Постановка проблемы.** Студенческая среда представляет собой сложную и требовательную систему, в которой от учащихся ожидается успеваемость, социальная интеграция и общее благополучие. Успешная адаптация в этой среде имеет решающее значение для академического и личного развития студентов. Предыдущие исследования выявили роль эмоционального интеллекта (ЭИ) в психологической адаптации в различных контекстах, включая студенческую среду. Эмоциональный интеллект относится к совокупности способностей, которые позволяют людям воспринимать, понимать, регулировать и использовать эмоции в межличностных и социальных ситуациях.

Эмоциональный интеллект является многомерным конструктом, включающим четыре основные способности.

1. Перцепция эмоций: способность распознавать и идентифицировать эмоции у себя и других.
2. Понимание эмоций: способность понимать причины и следствия эмоций, а также их связь с мыслями и поведением.
3. Регулирование эмоций: способность управлять и контролировать собственные эмоции и регулировать эмоции других.
4. Использование эмоций: способность использовать эмоции для достижения целей, принятия решений и решения проблем.

Психологическая адаптация в студенческой среде относится к процессу успешного приспособления к требованиям университетской жизни и эффективной работы в ней. Она включает в себя различные аспекты, такие как:

- Академическая адаптация, к которой относятся успеваемость в учебе, управление временем и мотивация.
- Социальная адаптация, включающая в себя установление социальных связей, интеграцию в студенческое сообщество и чувство принадлежности.
- Эмоциональная адаптация — способность справляться с различными эмоциями, возникающими в студенческой среде, в том числе со стрессом, тревогой и разочарованием.

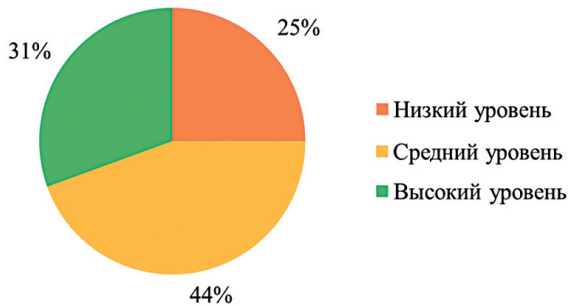
**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе «Сибирского института бизнеса, управлений и психологии».

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методики: тест эмоционального интеллекта «ЭМИн» автор Д. В. Люсин; опросник «Адаптация к учебному процессу».

Выборка исследования представлена студентами 1-2 курса, опрос проводился анонимно с использованием компьютерных технологий. Участие приняли 36 человек от 18 до 23 лет, из них 22 девушки и 14 парней.

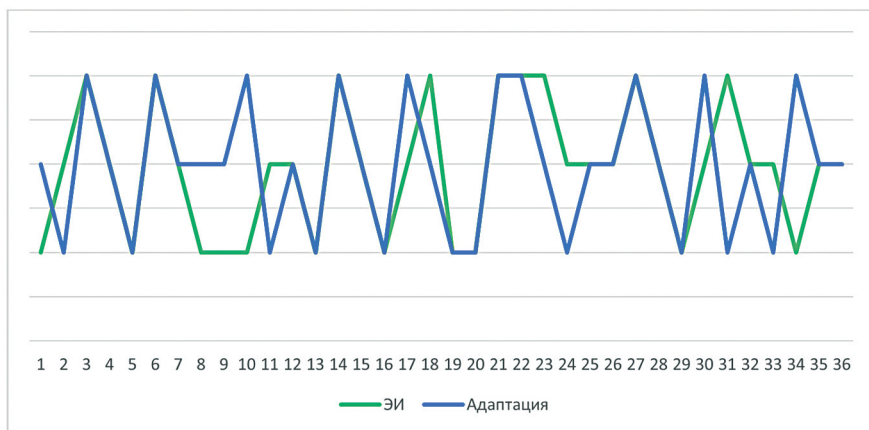
**Результаты исследования.** Понимание взаимосвязи между эмоциональным интеллектом и психологической адаптацией имеет важное значение для разработки стратегий, направленных на повышение благополучия студентов. Результаты опроса можно увидеть на рисунке 1.

Согласно полученным результатам, в большей степени у опрошенных преобладает средний уровень эмоционального интеллекта (16 человек). В свою очередь низкий уровень имеют 9 опрошенных, а высокий у 11 человек испытуемых.



*Рис. 1. Результаты проведения теста «ЭМИн»*

По опросу на адаптацию к учебному процессу были получены следующие результаты (рис. 2).



*Рис. 2. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и адаптации к учебному процессу*

Как и в прошлом опроснике у большинства студентов наблюдается средний уровень адаптации, 15 испытуемых выделили наличие небольших затруднений в учебном процессе, но отметили, что смогли с ними справиться самостоятельно, либо с помощью других. В свою очередь 11 человек имеют высокий уровень адаптации, им легко влиться в учебный процесс, студенческая жизнь не приносит проблем или трудностей.

А у 10 испытуемых отмечается низкий уровень адаптации, что характеризуется трудностям, которые испытывают студенты при переходе к требованиям и ожиданиям высшего образования. Это может проявляться в различных академических, социальных и эмоциональных проблемах.

На графике можно увидеть прямую связь между уровнем развития эмоционального интеллекта и процессами адаптации студентов к учебному процессу, что подтверждает необходимость разработки мероприятий, направленных на помощь первокурсникам и развитие их эмоционального интеллекта.

Мероприятия, направленные на развитие эмоционального интеллекта, могут помочь студентам улучшить свою адаптацию к студенческой среде, повысить свою академическую и социальную успеваемость, а также общее благополучие.

**Обсуждение результатов.** Таким образом, исследование последовательно показывает положительную корреляцию между ЭИ и психологической адаптацией в студенческой среде.

Лучшая академическая адаптация: высокий уровень ЭИ связан с лучшими оценками, более эффективным управлением временем и повышенной учебной мотивацией.

Улучшенная социальная адаптация: студенты с высоким ЭИ лучше устанавливают социальные связи, интегрируются в студенческое сообщество и испытывают чувство принадлежности.

Повышенная эмоциональная адаптация: высокий ЭИ позволяет студентам лучше справляться со стрессом, тревогой и разочарованиями студенческой жизни, что приводит к лучшему общему эмоциональному благополучию.

Взаимосвязь между ЭИ и психологической адаптацией объясняется несколькими механизмами:

Саморегуляция эмоций: высокий эмоциональный интеллект позволяет студентам лучше регулировать свои эмоции, что помогает им справляться со стрессами студенческой жизни и поддерживать эмоциональный баланс.

Эмпатия: способность понимать и сопереживать эмоциям других способствует установлению положительных социальных связей и создает поддерживающую среду для студентов.

Принятие решений: эмоциональный интеллект помогает студентам принимать обоснованные решения в стрессовых ситуациях, основанных на их эмоциях и ценностях, что способствует успеху и благополучию.

Управление межличностными отношениями: высокий ЭИ позволяет студентам эффективно общаться и взаимодействовать с другими, что приводит к более позитивным социальным отношениям и снижению конфликтов.

Понимание взаимосвязи между ЭИ и психологической адаптацией имеет важное значение для разработки стратегий, направленных на повышение благополучия студентов. Вмешательства, направленные на развитие ЭИ, могут помочь студентам улучшить свою адаптацию к студенческой среде, повысить свою академическую и социальную успеваемость, а также общее благополучие.

Эмоциональный интеллект охватывает навыки, которые включают самосознание, саморегуляцию, мотивацию, эмпатию и социальные навыки. Высокий уровень эмоционального интеллекта связан с рядом положительных результатов, включая улучшение психического здоровья, более эффективное взаимодействие и большую академическую успеваемость.

Психологическая адаптация в студенческой среде относится к способности студентов справляться со стрессорами, поддерживать позитивное психическое здоровье и достигать своих целей. Это включает в себя навыки преодоления трудностей, устойчивость и социальную поддержку.

**Вывод.** Взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и психологической адаптацией в студенческой среде хорошо задокументирована. Повышение уровня эмоционального интеллекта у студентов может способствовать улучшению их психического здоровья, более эффективному взаимодействию и большей академической успеваемости. Вузам следует уделять приоритетное внимание развитию эмоционального интеллекта среди своих студентов посредством программ и инициатив, которые сосредоточены на самосознании, регулировании эмоций, эмпатии и социальных навыках.

Многочисленные исследования подтвердили взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и психологической адаптацией в студенческой среде. Вот некоторые ключевые выводы.

Студенты с более высоким уровнем эмоционального интеллекта лучше способны распознавать и регулировать свои эмоции, что помогает им справляться со стрессом и поддерживать положительное психическое здоровье.

Эмпатия, компонент эмоционального интеллекта, позволяет студентам понимать перспективы других и строить крепкие отношения, что способствует социальной поддержке и снижает чувство одиночества.

Самотивация и самодисциплина, связанные с эмоциональным интеллектом, помогают студентам ставить цели, оставаться организованными и преодолевать академические трудности.

В дополнение к этим прямым эффектам эмоциональный интеллект может также посредничать во взаимосвязи между стрессовыми событиями и психологической адаптированностью. Студенты с высоким уровнем эмоционального интеллекта могут лучше справляться со стрессорами, такими как экзамены и социальные конфликты, и испытывать меньше негативных последствий для своего психического.

### Список литературы

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект как фактор самоактуализации // Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям/под редакцией Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. Москва: Изд-во Института психологии РАН, 2019. С. 31-39.

2. Бочкова М. Н. Эмоциональный интеллект и креативность: связь и взаимодействие на примере разных категорий осужденных // Психология и право. 2020. Т. 10, № 1. С. 92-102.

3. Васильева Л. В., Толстоухова И. В. Особенности эмоционального интеллекта студентов вуза // Вестник Воронежского государственного университета. 2020. № 2. С. 29-33.

4. Ковалевская А. А. Эмоциональное отношение первокурсников к будущей профессии // Психологическая служба учреждений высшего образования: интеграция учащейся молодежи Республики Крым в социокультурное пространство РФ: коллективная монография/под общей редакцией С. В. Кучеренко. Ялта: РИО ГПА КФУ, 2019. С. 88-96.

5. Оксина И. Ю., Черонка В. Р. Эмоциональный интеллект и стрессоустойчивость студентов // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024. № 8-2. С. 54-53.

6. Солоднева Д. А. Специфика развития эмоционального интеллекта у студентов ВУЗа // Ярославский педагогический вестник. 2022. № 2 (125). С. 44-51.

**УДК 159.99**

## **НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА**

**А. В. Корнеев**

**И. В. Турова, научный руководитель**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматривается роль невербальной коммуникации как индикатора эффективности психотерапии в работе клинического психолога. Невербальные сигналы, такие как мимика, жесты, зрительный контакт и поза, играют важную роль в построении терапевтического альянса и понимании эмоциональных реакций клиента. Исследования подтверждают, что синхронность невербальных проявлений между клиентом и клиническим психологом связана с успешностью терапии. В статье обсуждаются основные компоненты невербальной коммуникации, а также ее роль в процессе психотерапии как индикатора прогресса или регресса клиента. Приведены практические рекомендации для психологов, которые помогут улучшить качество работы через наблюдение невербальных сигналов клиента.

**Ключевые слова:** коммуникация, невербальная коммуникация, психотерапия, клинический психолог, терапевтический альянс, мимика, жесты, прогресс в терапии



**Актуальность.** Невербальная коммуникация является неотъемлемой частью межличностного взаимодействия и включает такие аспекты, как мимика, жесты, позы, зрительный контакт и интонация голоса. Эти элементы помогают выражать эмоции, устанавливать доверительные отношения и поддерживать диалог. В исследовании А. Mehrabian подчеркивается, что около 70-90 % информации в общении передается невербально, что делает эту форму коммуникации одной из ключевых в межличностных отношениях (Mehrabian, 1972). Эффективное использование невербальных сигналов позволяет лучше понимать намерения и эмоциональное состояние собеседника, а также способствует созданию позитивной атмосферы взаимодействия.

В психотерапии невербальная коммуникация играет важную роль в построении терапевтического альянса — основы доверительных отношений между клиническим психологом и клиентом. Невербальные сигналы, такие как эмпатическое понимание через зрительный контакт, поддерживающие жесты и соответствующая мимика, могут значительно улучшить качество взаимодействия и восприятие терапевтического процесса клиентом. Клинический психолог, владеющий навыками невербальной коммуникации, способен точнее интерпретировать эмоциональные реакции клиента, что позволяет более эффективно корректировать свою работу. Невербальные элементы коммуникации также могут указывать на скрытые эмоции или потребности клиента, что особенно важно для понимания глубинных процессов, происходящих во время психотерапии.

**Постановка проблемы.** Основной проблемой, с которой сталкиваются клинические психологи, является необходимость точной оценки эмоциональных и когнитивных процессов клиента во время психотерапии. Вербальная коммуникация, хотя и важна, часто не дает полного представления о внутреннем состоянии пациента. Невербальные сигналы, такие как мимика, жесты, поза и интонация голоса, могут предоставить более глубокое понимание эмоций и мыслей клиента. Однако, несмотря на очевидную важность невербальной коммуникации, не все клинические психологи умеют правильно интерпретировать и использовать эти сигналы для улучшения качества терапии. Эта проблема требует более глубокого изучения и разработки рекомендаций по использованию невербальных сигналов в психотерапевтической практике.

Невербальная коммуникация включает в себя различные элементы, которые передают информацию об эмоциональном состоянии клиента. Основными составляющими являются:

— Мимика, передаёт широкий спектр эмоциональных состояний, таких как тревога, радость, злость или грусть. Клинический психолог отслеживает изменения в выражениях лица клиента, чтобы понимать его эмоции и скорректировать терапевтический процесс. Мимика является

важным индикатором, поскольку может противоречить вербальному сообщению клиента, что помогает психологу выявить скрытые эмоции (Расторгуева, Проклова, Карпова, 2016).

— Поза и жесты клиента часто выражают то, что не может быть передано словами. Скрещенные руки могут сигнализировать о закрытости и сопротивлении, тогда как открытая поза говорит о доверии и готовности к взаимодействию. Жесты помогают клиническому психологу интерпретировать скрытые мысли и настроения клиента, а также оценить уровень синхронности между психологом и клиентом, что является важным индикатором успеха терапии (Екинцев, 2009).

— Контакт глаз помогает устанавливать доверие между клиническим психологом и клиентом. Отсутствие или избегание зрительного контакта может свидетельствовать о чувстве стыда, тревоги или недоверия. В то же время стабильный контакт глаз способствует укреплению терапевтического альянса и показывает готовность клиента к диалогу (Ramseyer, Tschacher, 2011).

— Интонация и темп речи также являются частью невербальной коммуникации. Повышенный или пониженный тон голоса, ускоренный темп речи или долгие паузы могут указывать на внутреннее напряжение, тревогу или глубокие эмоциональные переживания, даже если клиент говорит об этом опосредованно (Аверьянов, 2022).

В контексте психотерапии такие невербальные сигналы помогают клиническому психологу лучше понимать эмоциональное состояние клиента, что способствует установлению доверительного терапевтического альянса (Екинцев, 2009). Так же ряд исследований показывают, что невербальная синхронность между клиническим психологом и клиентом напрямую связана с успешностью терапии (Ramseyer, Tschacher, 2011). Невербальная синхронность включает в себя такие аспекты, как совпадение ритмов движений, темп речи и паузы, что может способствовать укреплению терапевтического альянса (Tschacher, Rees, 2020). Клиенты, которые чувствуют себя комфортно в присутствии клинического психолога, демонстрируют более открытую невербальную коммуникацию, что способствует лучшей динамике терапевтического процесса (Аверьянов, 2022).

Ряд исследований подчеркивает, что успешное использование невербальной коммуникации может улучшить результаты психотерапии, особенно в краткосрочных формах. Например, работа с невербальными реакциями клиентов, такими как жесты или мимика, может помочь клиническому психологу лучше понять скрытые эмоции и мысли клиента, что делает процесс терапии более эффективным (Bernieri, 2019). Клинические психологи, которые осознанно применяют невербальную коммуникацию в работе, могут быстрее установить контакт с клиентом, что особенно важно при работе с клиентами с трудностями в вербальном самовыражении (Luevano, Gutierrez, 2018).

Невербальные сигналы могут указывать на прогресс, регресс или отсутствие изменений в процессе терапии, что позволяет корректировать стратегию работы с клиентом. Рассмотрим, какие аспекты невербальной коммуникации могут выступать индикаторами этих состояний.

Индикаторы прогресса выступают:

*Расслабление тела и открытая поза.*

Одним из наиболее заметных индикаторов прогресса в терапии является физическое расслабление клиента. В начале терапевтического процесса многие клиенты демонстрируют напряжение: скрещенные руки, сжатые кулаки, согнутая спина или чрезмерная скованность в движениях. Эти невербальные сигналы указывают на то, что клиент испытывает тревогу, дискомфорт или не доверяет психологу. Однако по мере развития терапевтического альянса клиент начинает расслабляться. Его позы становятся более открытыми, он может сидеть в более естественном положении, не напрягая мышцы. Например, расслабленные руки и ноги, открытые ладони, естественное положение тела без напряжения свидетельствуют о снижении тревожности и укреплении доверия к клиническому психологу (Расторгуева, Проклова, Карпова, 2016). Открытая поза, в свою очередь, указывает на готовность к диалогу и открытости в обсуждении личных проблем.

*Установление и поддержание зрительного контакта.*

Зрительный контакт — один из важнейших показателей доверительных отношений между клиентом и психологом. В начале терапии клиенты могут избегать взгляда в глаза, что является признаком тревоги, стыда или неуверенности. Избегание зрительного контакта может указывать на то, что клиент пока не готов обсуждать свои проблемы откровенно. По мере того как клиент привыкает к психологу и чувствует себя безопаснее, он начинает чаще устанавливать и поддерживать зрительный контакт. Это важный индикатор того, что клиент готов к открытому взаимодействию и эмоционально включён в процесс терапии (Екинцев, 2009). Более устойчивый и частый контакт глаз свидетельствует о снижении внутренней напряжённости, доверии и стремлении к продуктивной работе с терапевтом.

*Изменение интонации и темпа речи.*

Изменения в голосе и речи клиента также могут сигнализировать о прогрессе в терапии. В начале сеансов клиенты часто говорят быстрее, с напряжённой интонацией или же, наоборот, замедляют речь, делая долгие паузы, что свидетельствует о тревоге или стеснении. Прогресс может проявляться в более естественной и уверенной интонации, что указывает на снижение тревожности и более комфортное отношение к процессу общения. Клиенты начинают говорить спокойнее, их голос звучит увереннее, паузы становятся более естественными, что свидетельствует о снижении напряжённости и более глубоком погружении в процесс терапии.

### *Изменения в жестах и движениях тела.*

Активное использование жестов в общении — ещё один индикатор прогресса в терапии. Клиенты, которые активно жестикулируют и сопровождают свои рассказы движениями тела, могут чувствовать себя более комфортно и раскрепощенно. Такие движения могут сигнализировать о том, что клиент увереннее выражает свои эмоции и мысли (Ramseyer, Tschacher, 2011). Важно также отметить, что в процессе успешной терапии движения клиента становятся менее резкими и агрессивными, если такие проявления были характерны в начале сеансов. Более мягкие и плавные движения указывают на улучшение эмоционального состояния клиента.

Индикаторы регресса или отсутствия прогресса:

#### *Напряжение тела.*

Повышенное напряжение тела, сжатые руки, напряжённые плечи, скрещенные ноги или сгорбленная осанка могут свидетельствовать о том, что клиент испытывает сильную тревогу, страх или стресс. В случаях, когда терапия сталкивается с трудностями или клиент не готов к обсуждению определённых тем, его тело может сигнализировать об этом. Например, если в начале терапии клиент уже начинал расслабляться, но потом вновь стал проявлять признаки напряжения, это может быть показателем регресса, связанного с актуализацией болезненных тем или ухудшением эмоционального состояния (Bernieri, 2019).

#### *Избегание зрительного контакта.*

Если клиент начинает избегать зрительного контакта на более поздних стадиях терапии, это может указывать на внутренние барьеры или сопротивление обсуждению определённых тем. Избегание взгляда может свидетельствовать о том, что клиент чувствует стыд, тревогу или неуверенность. Такой регресс может сигнализировать о том, что терапия сталкивается с трудностями, и клиент не готов к дальнейшему прогрессу (Ramseyer, Tschacher, 2021).

#### *Закрытые позы и жесты.*

Закрытые позы, такие как скрещенные руки, ноги или повороты тела в сторону от психолога, являются классическими индикаторами отсутствия доверия и открытости. Клиенты, которые возвращаются к таким позам на поздних стадиях терапии, могут демонстрировать эмоциональную защиту и сопротивление обсуждению болезненных тем. Эти невербальные сигналы указывают на то, что клиент может чувствовать угрозу или неуверенность и не готов продолжать терапевтический процесс (Luevano, Gutierrez, 2018).

#### *Жесты избегания и напряжённые движения.*

Частое использование жестов избегания, таких как прикосновение к лицу, отведение взгляда, потирание рук или нервные движения ног, может указывать на усиление тревоги и напряжённости. Эти жесты могут

сигнализировать о внутреннем дискомфорте клиента и его эмоциональном напряжении. Если такие проявления становятся более частыми, это может свидетельствовать о том, что клиент не чувствует себя комфортно в процессе терапии и возможно не видит её эффективности.

Для повышения эффективности психотерапии клиническому психологу предлагаются следующие рекомендации:

1. Наблюдение за мимикой и жестами: обратите внимание на выражение лица и жесты клиента, чтобы понять его эмоции. Например, улыбка может указывать на комфорт, а нахмуренные брови — на тревогу.
2. Создание безопасной атмосферы: создайте условия для расслабления клиента, чтобы он мог свободно выражать свои мысли. Открытая поза и зрительный контакт помогут установить доверие.
3. Контроль за собственным невербальным поведением: следите за своими невербальными сигналами. Эмпатическая мимика и поддерживающие жесты способствуют лучшему взаимодействию с клиентом.
4. Отслеживание изменений в невербальной коммуникации: сравнивайте невербальные сигналы клиента на разных этапах терапии. Изменения, такие как улучшение зрительного контакта, могут указывать на рост доверия.
5. Использование видеонаблюдения: рассмотрите возможность записи сеансов (с согласия клиента) для анализа невербальных сигналов, что поможет заметить детали, упущенные в процессе общения.
6. Обсуждение невербальных сигналов с клиентом: используйте невербальные сигналы как отправную точку для обсуждения. Например, если клиент избегает зрительного контакта, поговорите с ним об этом.
7. Культурная чувствительность: учитывайте культурные особенности невербальной коммуникации, так как разные культуры могут иметь различные значения сигналов.
8. Развитие навыков невербальной коммуникации: продолжайте обучаться и развивать навыки невербальной коммуникации через семинары и тренинги.

**Вывод.** Невербальная коммуникация является важным инструментом в работе клинического психолога, поскольку позволяет глубже понять эмоциональные и когнитивные процессы клиента. Синхронность невербальных проявлений между клиентом и психологом способствует установлению доверительных отношений, что является основой успешной психотерапии. Изменения в невербальных проявлениях могут сигнализировать о прогрессе или регрессе клиента, что позволяет клиническому психологу корректировать свою работу и достигать лучших результатов.

Рекомендации по наблюдению за невербальными сигналами и развитию навыков невербальной коммуникации могут значительно улучшить эффективность психотерапевтического процесса.

### Список литературы

1. Аверьянов А. И. Невербальная компетентность психолога как фактор установления и поддержания терапевтического альянса // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2022. № 4 (67). С. 101-109. DOI: 10.51944/20722516\_2022\_4\_101
2. Екинцев В. И. Невербальная коммуникация и её роль в самоорганизации мыслительной деятельности // Сибирский психологический журнал. 2009. № 34. С. 93-97.
3. Расторгуева Т. И., Проклова Т. Н., Карпова О. Б. Значение невербальной коммуникации для процессов взаимодействия врача и пациента // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016. № 1-2. С. 127-132.
4. Чиркова Е. И. Феноменология и психологические особенности основных врожденных невербальных средств коммуникации // Вестник психотерапии. 2006. № 16 (21). С. 87-97.
5. Mehrabian A. Nonverbal Communication. 1st ed. New York: Routledge, 1972. 235 p.
6. Bernieri F. Coordinated movement and rapport in teacher-student interactions // Journal of Nonverbal Behavior. 1988. Vol. 12. P. 120-138. DOI: 10.1007/BF00986930
7. Kulish, N. The Patient's Objects in the Analyst's Mind // The Psychoanalytic Quarterly. 2014. Vol. 83, № 4. P. 843-869. DOI: 10.1002/j.2167-4086.2014.00124.x
8. Luevano F., Gutierrez K. Understanding Therapist Nonverbal Communication and Client Emotional Response // International Journal of Psychotherapy. 2018. Vol. 22, № 3. P. 34-45.
9. Ramseyer F., Tschacher W. Nonverbal Synchrony in Psychotherapy: Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2011. Vol. 79, № 3. P. 284-295. DOI: 10.1037/a0023419
10. Ramseyer F., Tschacher W. Affective Eye Contact: An Integrative Review // Frontiers in Psychology. 2021. Vol. 12. P. 1-15. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.624177

УДК 159.9

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ ПОДРОСТКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ю. С. Курнева

В. Б. Чупина, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются социальные условия развития такого психического заболевания, как расстройство пищевого поведения. Исследование научных работ по расстройствам пищевого поведения

у преимущественно девочек-подростков выявило, что деструктивные семейные отношения, характеризующиеся отсутствием эмоциональной близости и доверия с родителями, а также не сформированной привязанностью, могут повышать риск развития расстройств пищевого поведения.

**Ключевые слова:** расстройства пищевого поведения, социально-семейные факторы, детско-родительские отношения

**Актуальность.** Расстройства пищевого поведения (РПП) — одна из самых актуальных проблем современного общества, представляющая серьезную угрозу для физического и психического здоровья личности, особенно распространенная среди девочек-подростков и молодых женщин. Согласно данным Национальной Ассоциации Пищевых Расстройств в США, от РПП страдают миллионы людей. Международная ассоциация расстройств пищевого поведения указывает, что ежегодный уровень смертности пациенток в возрасте от 15 до 24 лет от анорексии в 12 раз превышает годовой уровень смертности от других причин, а нервная анорексия имеет самый высокий показатель смертности среди всех пищевых расстройств.

Под расстройствами пищевого поведения подразумевают нарушения в области психики, связанные с приёмом пищи, куда относят нервную анорексию, булимию и компульсивное переедание, зачастую дебютирующие в подростковом возрасте (особенно у девушек). Нервная анорексия характеризуется чрезмерным ограничением потребления пищи или полным отказом от еды, что приводит к крайне низкому весу. Нервная булимия отличается чрезмерным потреблением пищи, за которым следует принудительное избавление от съеденного: вызов рвоты, прием слабительных, мочегонных средств и т. д. Компульсивное переедание состоит в потреблении большого количества пищи за короткий промежуток времени.

Больные РПП склонны к рецидивам и, при хроническом течении данные расстройства, могут привести к серьёзным соматическим проблемам и даже смерти. Комплексный подход, включающий медицинское, социальное и психологическое вмешательство, необходим для предотвращения и снижения риска развития РПП. Центральную роль в лечении играет психотерапия, направленная на решение семейных проблем, принятие собственного тела и развитие здорового отношения к еде.

Ученые сходятся во мнении, что расстройства пищевого поведения обусловлены сложным взаимодействием генетических, психологических, культурных и социальных факторов. Детско-родительские отношения занимают одну из главных позиций: стремление родителей навязать детям идеалы успеха и правильности, подсознательно формирует у последних перфекционизм и создает чувство постоянного напряжения,

тем самым негативно влияя на самооценку подростка. Исследователи подчеркивают важность влияния родителей на формирование стабильной детской самооценки.

**Постановка проблемы.** Многие специалисты связывают расстройства пищевого поведения с семейными проблемами и психопатологией родителей. Семейные отношения, конфликты и паттерны общения и взаимодействия могут способствовать развитию РПП у ребенка. Поскольку семья формирует ценности подростка, родительское поведение (например, чрезмерная озабоченность весом или излишняя критика) может неосознанно влиять на отношение подростка к питанию и собственному телу, тем самым провоцируя возникновение расстройства, такого как булимия или нервная анорексия. Далее мы подробнее рассмотрим теорию того, что существуют особенности семейных взаимоотношений у детей-подростков (девушек), имеющих расстройства пищевого поведения. Для этого я проанализировала исследования, направленные на диагностику характера детско-родительских отношений.

**Методы и материалы.** Анализ теоретических источников.

В исследовании Кононенко и Степановой (Кононенко, 2019) приняли участие 60 девушек в возрасте от 16 до 24 лет, разделенных на две группы. Первая группа (30 человек) состояла из девушек, имеющих различные расстройства пищевого поведения (15 с нервной анорексией, 11 с нервной булимией и 4 с компульсивным перееданием). Вторая группа (30 человек) — контрольная группа без таковых расстройств. Цель исследования — сравнить особенности семейных взаимоотношений в этих группах, чтобы выявить связь между семейными факторами и развитием РПП.

Для проверки гипотезы о связи семейных факторов и РПП, Кононенко и Степанова (2019) использовали следующие методики: опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер & Юстицкис, 2019), «Семейно-обусловленное состояние» (Эйдемиллер & Юстицкис, 2019), и проективный тест «Семейная социограмма» (Эйдемиллер & Юстицкис, 2019). Опросник «Анализ семейной тревоги» оценивал уровень тревоги, связанной с позицией в семье, методика «Семейно-обусловленное состояние» выявляла психотравмирующие ситуации в семье, а тест «Семейная социограмма» позволял определить место и характер взаимодействия тестируемого в семье. Полученные результаты были статистически обработаны для выявления различий между группами девушек с РПП и контрольной группой.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования по опроснику «Анализ семейной тревоги» показали, что у 60 % девушек с расстройствами пищевого поведения (РПП) наблюдается сильная тревога, чувство вины и напряжение. Это указывает на неблагоприятные семейные отношения, лишенные понимания и доверия, отсутствие



эмоциональной близости и психологического комфорта. Такая обстановка негативно сказывается на состоянии и течении заболевания. У девушек с РПП также высокий уровень тревожности (83%), напряжения (78%) и чувства вины (67%), что свидетельствует о схожем уровне эмоциональной напряженности в семейных отношениях у практически всех испытуемых данной группы. В отличие от девушек с РПП, только 13,5% девушек из контрольной группы испытывали чувство вины, тревогу и напряжение в семье. Это позволяет предположить, что ощущение тревожности и напряжения в семье характерно для девушек с РПП и может быть связано с их заболеванием. Исследование также показало, что уровень общей семейной тревожности значительно выше у девушек с РПП, подчеркивая дискомфорт и напряжение, которое они испытывают в семейной обстановке.

Результаты исследования подтверждают, что девушки с расстройствами пищевого поведения испытывают высокий уровень общей семейной тревожности. Это означает, что они более склонны к переживаниям, страхам и сомнениям, связанным с семьей. Возможно, они чувствуют неадекватную ответственность за проблемы в семье, считают, что ничего не могут изменить, или испытывают чрезмерное давление от семейных обязанностей. Эти переживания могут быть связаны с внутренней неуверенностью, которая, если не распознается и не обрабатывается, превращается в тревогу. Низкий уровень семейной тревожности у контрольной группы свидетельствует о том, что расстройства пищевого поведения влияют на восприятие семьи и отношения в ней.

Следующим этапом исследования стала серия интервью с участием девушек, как с расстройствами пищевого поведения, так и без них. Цель интервью — выявить уровень общей удовлетворенности семейной жизнью, нервно-психическое напряжение и семейную тревожность с использованием методики «Семейно-обусловленное состояние». Полученные результаты также подтвердили результаты, полученные по методике «Анализ семейной тревоги» и еще раз выделили то, насколько некомфортно испытуемые с РПП ощущают себя в окружении своей семьи, по сравнению с девушками из контрольной группы. Результаты теста «Семейная социограмма», использованного в исследовании Кононенко и Степановой (Кононенко, 2019), демонстрируют, что девушки с расстройствами пищевого поведения чаще ощущают отсутствие семейных связей, что создает неблагоприятные условия для восстановления. 17% девушек с РПП вообще не считают себя членами своей семьи или не чувствуют семейной связи с другими членами семьи, в то время как в контрольной группе этот показатель составляет всего 7%.

**Вывод.** Таким образом, исследование Кононенко и Степановой показало, что девушки с расстройствами пищевого поведения испытывают значительное нервное напряжение, тревогу и неуверенность в семейных

отношениях. Они ощущают чувство вины, напряжение и потерю контроля над семейными событиями. Более того, эти испытуемые часто чувствуют себя чужими в своей собственной семье и отсутствие должного контакта с родителями.

Деструктивные семейные отношения играют одну из ключевых ролей в возникновении и развитии расстройств пищевого поведения (РПП) у детей-подростков. Проблемы в семейных взаимоотношениях, характеризующиеся отсутствием эмоциональной близости и доверия между родителями и детьми, а также слабой привязанностью, способствуют формированию и прогрессированию РПП. Изучение внутрисемейных отношений, особенно коммуникации между родителями и детьми, является необходимым для понимания механизмов развития расстройств пищевого поведения, профилактики и предотвращения возникновения нервной анорексии, булимии и компульсивного переедания.

### Список литературы

1. Воликова С. В., Носова Е. С. Отношения с матерью и отцом у подростков с расстройствами пищевого поведения // Подросток в мегаполисе: продолженное взросление: Сборник трудов XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 2019. С. 52-54.
2. Воликова С. В., Соколова А. С. Связь нарушений детско-родительских отношений с расстройствами пищевого поведения у подростков // Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья. Москва, 2018. С. 45-46.
3. Капинос О. Н., Гарданова Ж. Р. Роль социально-семейных факторов в формировании расстройств пищевого поведения у девочек-подростков // Флагман науки. 2023. № 3 (3). С. 334-338.
4. Кононенко В. С., Степанова Л. Г. Особенности семейных взаимоотношений у пациенток с расстройствами пищевого поведения // Молодой ученый. 2019. № 5 (243). С. 292-296.
5. Панюкова А. С. Социологические факторы возникновения Расстройства пищевого поведения // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. № 4-2. С. 15-17. DOI: 10.24 411/2500-1000-2019-10 741
6. Самойлова М. В., Швец Н. И. Детско-родительские отношения у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения // Молодой ученый. 2022. № 34 (429). С. 87-90.
7. Хатыпова А. С. Взаимосвязь расстройств пищевого поведения и детско-родительских отношений // Молодежь XXI века: образование, наука, инновации: Материалы VI Всероссийской студенческой научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск, 2017. С. 129-131.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОММОЦИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГКУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

М. Е. Лазарева

И. О. Логинова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению комплексного подхода к определению распространённого осложнения легкой черепно-мозговой травмы — посткоммоционного синдрома, подбору наиболее информативных психодиагностических методик для оценки психологических проявлений данного заболевания. Новизна исследования состоит в определении склонности к различным психологическим нарушениям, таким как когнитивное искажения, тревожность, склонность к ипохондрии и нервно-психическому напряжению у пациентов с посткоммоционным синдромом при помощи ряда специализированных методик.

**Ключевые слова:** посткоммоционный синдром, когнитивные нарушения, тревожность, ипохондрия, дисфункциональные отношения, нервно-психическое напряжение

**Актуальность.** «Посткоммоционный синдром (ПКС) — состояние, которое возникает после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и проявляется разнообразными субъективными ощущениями без каких-либо объективных расстройств» (Левин, 2012). «Частота встречаемости посткоммоционного синдрома, по различным данным, составляет до 50 % от общего числа ЧМТ. Посткоммоционный синдром значительно чаще наблюдается у пациентов с лёгкой ЧМТ (сотрясением головного мозга), чем со средне-тяжёлой и тяжёлой (ушиб головного мозга). У большинства пострадавших симптоматика регрессирует в период от 3 до 6 месяцев, у 15-30 % проявления ПКС отмечаются более полугода, у 8-15 % — до года. В случаях сохранения симптомов более года посткоммоционный синдром считается хроническим (персистирующим)» (Шоджалилов, 2019).

Причинно-следственная связь с травмой и механизм развития патологии окончательно не выяснены. Одни клиницисты полагают, что посткоммоционный синдром имеет органическую природу, другие выдвигают психогенную теорию его патогенеза. Составляющими органической природы ПКС могут являться возникающие после травмы метаболические расстройства, нарушения церебральной микроциркуляции. Исследование

при помощи ПЭТ-КТ показало пониженный уровень метаболизма глюкозы в височных областях мозга больных, имеющих посткоммоционный симптомокомплекс.

В пользу психогенной теории свидетельствует большая встречаемость и тяжесть протекания ПКС у больных с психическими расстройствами в анамнезе, усугубление течения под воздействием стресса, сходство тревожно-депрессивной симптоматики ПКС с невротическими расстройствами. Некоторые исследователи утверждают, что ПКС чаще встречается у женщин, отличающихся более выраженной склонностью к психоэмоциональным реакциям, чем мужчины. Возможен сочетанный механизм развития, включающий реализацию психогенных механизмов на фоне органических церебральных изменений.

**Постановка проблемы.** Исходя из этих данных, мы можем говорить о необходимости комплексного подхода к диагностике и дальнейшему лечению посткоммоционного синдрома, которые будут включать в себя не только медикаментозное, но и психологическое сопровождение пациентов.

Немаловажным аспектом понимания клинической картины проявления посткоммоционного синдрома является его симптоматика. Она отличается разнообразностью и отсутствием четких границ проявлений симптомов. В литературе к наиболее часто описываемым симптомам относят постоянные головные боли, головокружения, тошноту, нарушения сна, повышенную чувствительность к звукам, быструю утомляемость, тревожность, сниженное настроение. Нарушения сна характеризуются трудностью засыпания и частыми пробуждениями ночью. ПКС также может приводить к легкому ухудшению высших психических функций, таких как память и внимание. В психоэмоциональной сфере могут наблюдаться перепады настроения, снижение самооценки, раздражительность, апатия, снижение мотивации и склонность к депрессии. Кроме того, не исключается возможность возникновения сексуальных расстройств, которые будут проявляться снижением либидо, фригидностью, болезненными ощущениями во время полового акта. Также отмечается снижение толерантности к алкоголю. В некоторых случаях описываются проявления вегетативной дисфункции: приливы жара, озноб, учащенное сердцебиение, эпизодическая потливость.

**Методы и материалы.** Для выявления возможных психологических проявлений посткоммоционного синдрома в ходе исследования было использовано пять психодиагностических методик:

1. *«Методика когнитивных искажений Бека»*, разработанная Аароном Беком и адаптированная в России А. Б. Холмогоровой, являющаяся русскоязычной версией оригинального психодиагностического инструмента. Данная методика позволяет определить наличие у пациентов ошибок суждений — когнитивных искажений, связанных с неправильной

интерпретацией смысловых контекстов. Такие ошибки лежат в основе неадекватного эмоционального реагирования и могут стать фактором формирования психогенных расстройств. Посткоммоционный синдром часто сопровождается эмоциональными расстройствами, которые могут усугубляться наличием когнитивных искажений.

2. *«Шкала дисфункциональных отношений, DAS»*, разработанная Аароном Беком и Арлином Вейсманом, позволяет выявить у пациента искаженное восприятие реальности, которое лежит в основе формирования дисфункциональных установок. В России этот инструмент получил широкое распространение благодаря М. Л. Захаровой, которая адаптировала и стандартизировала данную психодиагностическую методику, сделав ее доступной для российских специалистов. Бек видел в дисфункциональных установках отражение неадаптивных мыслительных операций, которые могут проявляться под влиянием стрессовых факторов и свидетельствовать о формировании у человека депрессивного состояния. В нашем случае черепно-мозговая травма может стать тем самым стрессовым фактором, влияющим на формирование депрессивного состояния, как одного из возможных симптомов посткоммоционного синдрома.

3. *«Шкала соматосенсорной амплификации, SSAS»* — методика, разработанная М. Накао и А. Барским, адаптированная в России А. В. Тарасовой и Е. А. Ивановой, позволяющая выявить склонность пациента к ипохондрии, тенденцию человека преувеличивать свои физические ощущения и воспринимать их как более серьезные, чем они есть на самом деле. Нарушения в центральной нервной системе, вызванные черепно-мозговой травмой могут послужить причиной искаженного восприятия собственных ощущений, поэтому данная шкала может быть показательной при выявлении психологических проявлений посткоммоционного синдрома.

4. *«Шкала тревоги Бека, BAI»* была разработана Аароном Т. Беком и Гэри А. Ричмондом, в России данная психодиагностическая методика была адаптирована Л. А. Китаевой и широко используется в клинической практике для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у пациентов.

5. *«Шкала нервно-психического напряжения»*, разработанная А. В. Немчиным. Данная психодиагностическая методика позволяет измерять уровень напряжения, испытываемого человеком. Под нервно-психическим напряжением понимается состояние организма, вызванное стрессом, которое характеризуется повышенной возбудимостью нервной системы и нарушением психического равновесия. Оно может проявляться как физически (учащенное сердцебиение, потливость, мышечное напряжение), так и психологически (тревога, раздражительность, нарушение сна, концентрации внимания).

В исследовании принимало участие 10 пациентов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам методики когнитивных искажений Бека, можно сделать следующие выводы

Наиболее часто встречающимся когнитивным искажением являются «морализация» — данное когнитивное искажение было выявлено у 40 % пациентов; «преувеличение опасности» и «чтение мыслей» были выявлены у 30 % пациентов; «гипернормативность» — у 20 % пациентов и «максимализм» — у 10 % пациентов. Остальные когнитивные искажения у данной группы пациентов выявлены не были.



*Рис. 1. Проявления когнитивных искажений у пациентов, %*

У мужчин чаще встречаются такие когнитивные искажения, как «морализация» и «преувеличение опасности» (33 % мужчин обладают данными когнитивными искажениями), а у женщин — «чтение мыслей» (75 % женщин обладают данным когнитивным искажением).



*Рис. 2. Частота встречаемости когнитивных искажений у мужчин и женщин, %*

У 67 % мужчин, имеющих когнитивные искажения, чаще всего преобладает только одно когнитивное искажение, остальные 33 % опрошенных мужчин не имеют когнитивных искажений.

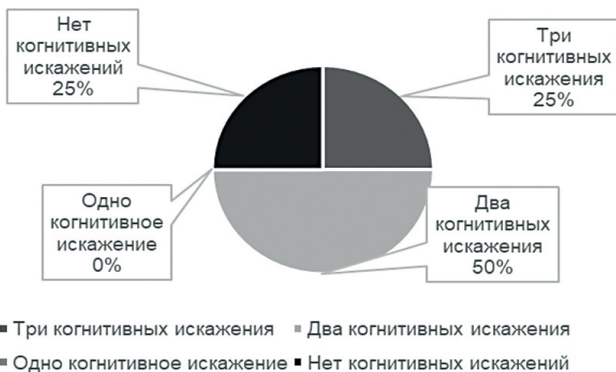
### Количество когнитивных искажений у мужчин



*Рис. 3. Количество когнитивных искажений у мужчин, %*

У женщин чаще преобладает 2 когнитивных искажения, только 25 % женщин удалось выявить 3 когнитивных искажения.

### Количество когнитивных искажений у женщин



*Рис. 4. Количество когнитивных искажений у женщин, %*

«Шкала дисфункциональных отношений, DAS» — по результатам проведения данной методики можно сделать вывод, что у 50 % пациентов дисфункциональные отношения оказались на среднем уровне, и у 50 % — на низком, что свидетельствует о том, что данная категория пациентов не имеют ярко выраженных ошибок восприятия реальности — дисфункциональных убеждений.

## Уровень дисфункциональных отношений

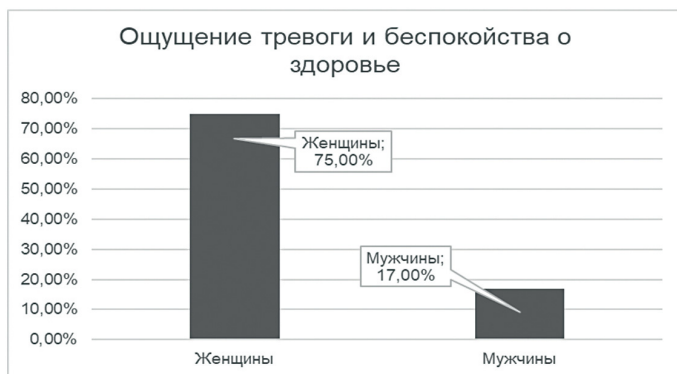


**Рис. 5.** Уровень дисфункциональных отношений у пациентов, %

«Шкала соматосенсорной амплификации, SSAS» — по результатам проведения данной методики можно сделать следующие выводы:

У данной категории пациентов имеется склонность обращать внимание на ощущения, вызывающие тревогу и беспокойство за здоровье, то есть мы можем говорить о предрасположенности к ипохондрии.

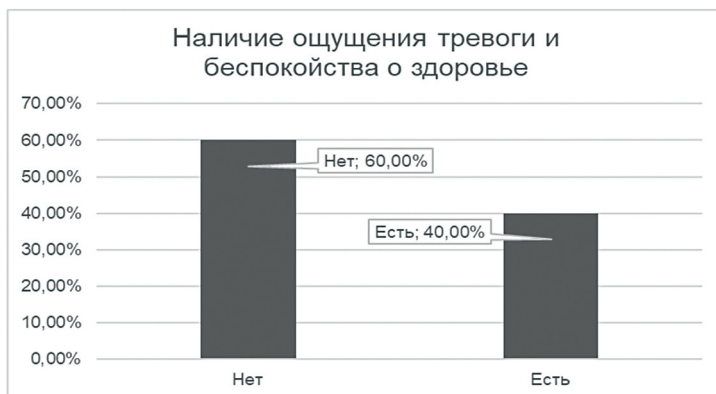
Женщины наиболее часто обращают внимание на ощущения, вызывающие тревогу и беспокойство о здоровье. Данные ощущения у себя отметили 75 % женщин и всего 17 % мужчин.



**Рис. 6.** Уровень тревоги и беспокойства у мужчин и женщин, %

Всего из 40 % пациентов отметили у себя подобные ощущения.





*Рис. 7. Уровень тревоги и беспокойства о здоровье у мужчин и женщин, %*

«Шкала тревоги Бека, ВАИ» — по результатам проведения данной методики можно сделать вывод, что тревожность у данной категории пациентов находится на низком (у 70 % пациентов) и среднем (у 30 % пациентов) уровнях, что свидетельствует об отсутствии предрасположенности к тревожным расстройствам.



*Рис. 8. Уровень тревоги у пациентов, %*

«Шкала нервно-психического напряжения» — по результатам проведения данной методики можно сделать следующие выводы:

Нервно-психическое напряжение у данной категории пациентов выражено по-разному, но все же преобладает слабое (70 % пациентов), у 20 % пациентов — умеренное и только у 10 % — чрезмерное, этот пациент женщина.



**Рис. 9.** Проявления нервно-психического напряжения у пациентов, %



**Рис. 10.** Проявления нервно-психического напряжения у мужчин, %

У мужчин преобладает слабо выраженное нервно-психическое напряжение (у 83 % мужчин), только у 17 % — выражено умеренно.

**Вывод.** Таким образом, в ходе исследования удалось выделить три наиболее эффективные методики для диагностики психологических проявлений посткоммоционного синдрома. Это «Методика когнитивных искажений Бека», «Шкала соматосенсорной амплификации» и «Шкала нервно-психического напряжения», так как в них чаще всего встречались показатели, отклоняющиеся от нормы, что может быть показательным для построения модели прогнозирования посткоммоционного синдрома у больных, перенесших легкую черепно-мозговую травму. Оставшиеся две методики — «Шкала дисфункциональных отношений» и «Шкала тревоги Бека» могут быть исключены во избежание гипердиагностики пациентов.

## Список литературы

1. Брысов К. Б., Файзуллаева Г. А. Анализ симптоматики и функционального исхода легкой черепно-мозговой травмы // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7, № 6. С. 296-307.
2. Когнитивные и двигательные нарушения у больных с последствием черепно-мозговой травмы // И. Ш. Шоджалилов, А. Т. Джурабекова, Н. Н. Абдуллаева, Н. Б. Муродова // Достижения науки и образования. 2019. № 13 (54). С. 107-110.
3. Левин О. С., Чимагомедова А. Ш. Когнитивные нарушения при черепно-мозговой травме // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2019. № 2. С. 33-43.
4. Ребко А. А. Легкая черепно-мозговая травма: современный взгляд на // Проблемы здоровья и экологии. 2020. № 2 (64). С. 21-27.
5. Литвинов Т. Р., Менделевич Е. Г., Макаричева Э. В. Современные представления об этиологии, патогенезе и клинике посткоммоционного синдрома // Казанский медицинский журнал. 2008. Т. 89, № 4. С. 521-525.
6. Левин О. С., Слижкова Ю. Б. Терапия посткоммоционного синдрома // Лечащий врач. 2012. № 6. С. 87.
7. Jang S. Ho., Choi E. Bi., Lee Y. S. Incidence and characteristics of physical disabilities in patients with postconcussion syndrome following mTBI // Medicine (Baltimore). 2022. Vol. 101, № 26. P. e29784. DOI: 10.1097/md. 00000000000029784
8. Посткоммоционный синдром // Красота и медицина. URL: [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\\_neurology/post-concussion-syndrome](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/post-concussion-syndrome) (дата обращения: 09.10.2024).

УДК 159.923.5

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Д. А. Ланин, В. Р. Шевчук  
В. Б. Чупина, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются личностные особенности участников локальных военных конфликтов. Рассматриваются варианты положительного влияния военного опыта для участников военных конфликтов. Также описаны варианты влияния черт личности на развитие посттравматического стрессового расстройства.

**Ключевые слова:** хронический стресс военного времени, посттравматический стрессовый синдром, личностные особенности, локальные конфликты, участники боевых действий, ветераны

**Актуальность.** Локальные военные конфликты зачастую сопровождаются стрессом, травмой и психологическими нарушениями, как у военнослужащих, так и у гражданского населения. Понимание личностных

особенностей может помочь в разработке эффективных методов психологической поддержки и реабилитации.

Изучение личностных характеристик может помочь предсказать поведение участников в боевых условиях, что важно для стратегии управления конфликтом и обеспечения безопасности.

Каждый локальный конфликт имеет свои уникальные социальные и культурные условия. Анализ личностных особенностей участников может помочь понять, как культурные факторы влияют на военное поведение и мотивацию, тем самым способствуя более глубокому пониманию конфликта.

Знание личностных особенностей может быть использовано для создания программ подготовки военнослужащих, учитывающих их индивидуальные психологические потребности, что повысит эффективность выполнения боевых задач.

Понимание личностных качеств подчинённых может помочь командующим выбирать оптимальные стратегии управления, основываясь на сильных и слабых сторонах своих подчинённых.

Изучение личностных факторов может сыграть ключевую роль в процессе разрешения конфликтов и миротворческих операциях, способствуя более глубокому взаимопониманию между сторонами.

Личностные особенности участников конфликта могут формировать общественное восприятие войны, что также требует анализа, чтобы понять, как конфликты отражаются на общественном сознании и культурных ценностях.

В современном мире, где локальные конфликты продолжают возникать, анализ личностных особенностей участников становится важной частью не только военной психологии, но и социологии, культурологии и конфликтологии. Это знание может помочь в разработке стратегий, направленных на предотвращение конфликтов и восстановление постконфликтного общества.

**Постановка проблемы.** Сегодня в самых различных регионах Земли происходят многочисленные вооруженные конфликты и локальные войны (Барышева, 2020). Изучение личностных особенностей участников боевых действий — это важная и комплексная проблема, которая затрагивает аспекты психологии, социологии, медицины и даже культурологии.

Участие в боевых действиях, особенно в локальных военных конфликтах, может оказать значительное влияние на личностные качества человека. Эти черты изменяются под влиянием ряда факторов, включая индивидуальные предпочтения, опыт, психологическую реакцию на стрессовые или травматические события и воздействие факторов окружающей среды.

Многие ветераны возвращаются с различными психологическими травмами, из-за чего качество их жизни значительно ухудшается. ПТСР

может проявляться в виде флешбэков, тревожности, депрессии и социальной изоляции. Опыт участия в боевых действиях может привести к изменению уровня агрессивности у ветеранов, иногда переходящему в насилие в гражданской жизни.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе «Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн». Для реализации поставленной цели были использованы следующие метод: теоретический анализ научной литературы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Многие исследования направлены на изучение лидерских качеств военных, так как это способствует более дисциплинированной деятельности на месте возникновения локальных конфликтов (Барышева, 2020). Участие в командной работе и необходимость принимать решения под давлением формируют навыки лидерства. Солдаты учатся управлять людьми и ресурсами, что может быть полезно в гражданской жизни.

Одна из наиболее часто наблюдаемых черт личности участников локальных военных конфликтов действий — повышенная стрессоустойчивость. Люди, находящиеся в военных условиях, развивают способность сохранять спокойствие и принимать решения в экстремальных ситуациях. Это связано с необходимостью быстро анализировать окружающую обстановку, принимать решения и контролировать эмоции. Военные психологи считают, что чем лучше происходит адаптация к боевым условиям у человека, тем выше риск последующей дезадаптации (Демина, 2021).

Бойцы также могут демонстрировать высокий уровень силы воли и самодисциплины. Подготовка и обучение направлены на развитие этих качеств, чтобы они могли эффективно выполнять свои обязанности в сложных и опасных ситуациях. Самодисциплина позволяет им справляться с трудностями, следовать правилам и вести себя дисциплинированно.

Кроме того, участники локальных военных конфликтов могут развить в себе сильную приверженность команде и чувство солидарности со своими сослуживцами. Боевая обстановка и опыт, близкий к смерти, стимулируют формирование глубоких связей взаимопомощи и поддержки. Участники учатся доверять друг другу, работать в команде и принимать коллективные решения.

Однако важно отметить, что служба в армии может негативно сказаться на личностных качествах. Как показывают многочисленные исследования, в основе позитивной адаптации и расстройства адаптации после психического травматического стресса лежат различные способы переработки психотравмирующего опыта (Зеленина, 2019). У некоторых людей после возвращения с военной службы развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и другие психологические проблемы. Одной из наиболее частых причин развития ПТСР

у военнослужащего являются трудности в общении (Сальников, 2024). При возвращении к мирной жизни, многие из них испытывают повышенную напряженность, отмечают изменившееся отношение к ним со стороны родственников и окружающих, отмечают нарушение сна и проблемы с памятью и мышлением (Петрова, 2021). Они могут испытывать повышенную тревожность, раздражительность, плохое настроение и проблемы в отношениях.

Как правило, черты характера участников локальных военных конфликтов меняются в зависимости от ситуации. Одни становятся сильнее и увереннее в себе, другие сталкиваются с трудностями и нуждаются в поддержке и помощи. Важно помнить, что каждый человек уникален и имеет индивидуальный опыт, который формирует его личностные качества.

Стоит также отметить, что каждый человек по-разному реагирует на стрессовые ситуации и травмирующие события и что на особенности его личности влияет множество факторов. К ним относятся предыдущий опыт, личные ценности, поддержка близких и даже профессиональная поддержка после выхода на пенсию.

Интересно, что некоторые исследования показали, что участие в локальных военных конфликтах усиливает определенные черты личности. Участие в военных действиях требует от солдат принятия важных решений, влияющих на жизнь и здоровье других. Это может значительно усилить чувство ответственности и влечь к более взвешенному и осознанному поведению вне армии.

В условиях боя военнослужащие часто ставят интересы своих товарищей выше собственных. Это формирует глубокое понимание ценности сотрудничества и готовности поддерживать других, что может перерасти в долгосрочные альтруистические черты после окончания службы.

Опыт преодоления трудностей и лицом к лицу с опасностью развивает мужества и стойкость, помогает справляться со стрессом и трудными ситуациями в дальнейшем будущем. Эти качества становятся жизненно важными, например, при решении насущных проблем в жизни после войны, таких как поиск работы или восстановление отношений.

В то же время некоторые исследования указывают на возможные негативные последствия участия в локальных военных конфликтах. Некоторые участники получают физические и психологические травмы. Это может привести к развитию посттравматического стрессового расстройства и других проблем с психическим здоровьем. Такие люди могут испытывать проблемы с концентрацией внимания, с трудом справляться со стрессом, подавлять негативные эмоции.

Таким образом, участие в локальных военных конфликтах может оказать значительное влияние на личностные качества человека. В одних случаях оно может привести к развитию таких положительных качеств,

как стрессоустойчивость, сила воли и сплоченность, а в других — вызвать негативные последствия в виде психологических проблем.

Некоторые участники локальных военных конфликтов становятся более выносливыми, учатся работать в команде, развивают лидерские качества и демонстрируют способность принимать решения в стрессовых ситуациях. Они также приобретают навыки, которые можно применить в гражданской жизни, такие как планирование, организация и умение справляться с трудностями.

Другие боевые сценарии могут быть травматическими и вызывать стресс, страх и тревогу. Некоторые люди могут страдать от посттравматического стрессового расстройства, депрессии или других психических проблем.

Ветераны часто сталкиваются с трудностями в социальной адаптации после возвращения, включая проблемы с трудоустройством и восстановлением социальных связей.

В боевых действиях формируется новая реальность, в которой ветераны могут оказаться неподготовленными к жизни в мирное время, что может негативно сказаться на их социализации.

Также существует мнение, что люди с ПТСР имеют склонность к употреблению психоактивных веществ. На настоящий момент недостаточно систематизированных данных о коморбидности ПТСР и злоупотребления ПАВ как одного из клинически значимых факторов утяжеления течения обоих расстройств (Караваева, 2022).

Таким образом, у участников вооруженного конфликта с «боевым ПТСР» в посттравматический период тяжесть воздействия психотравмирующей ситуации обуславливает частоту и интенсивность проявления негативных психических изменений: менее проявляются первичные симптомы, и увеличивается частота проявления вторичных симптомов; у лиц с боевым посттравматическим расстройством в посттравматический период, снижена психологическая активность и преобладают негативные эмоции, есть проблемы в процессе социальной реадaptации (Ярмыш, 2022).

**Вывод.** Участие в боевых действиях действительно может значительно повлиять на характер и поведение человека. Обеспечение комплексной, многослойной поддержки и реабилитации — это необходимый шаг, который поможет участникам локальных военных конфликтов справиться с последствиями войны и успешно адаптироваться к гражданской жизни. Создание благоприятной социально-психологической среды, где участники чувствуют себя принятыми и поддерживаемыми, может значительно улучшить качество их жизни.

Изучение личностных особенностей участников боевых действий является сложной задачей, требующей междисциплинарного подхода и внимательного отношения. Это актуальная задача, как для научного

сообщества, так и для государственных и общественных организаций, работающих в области поддержки ветеранов и решения их проблем.

Поддержка и реабилитация участников боевых действий имеет большое значение. Важно, чтобы у них был доступ к медицинской помощи, психологическому консультированию и поддержке со стороны близких и общества. Специализированные программы реабилитации могут помочь им в процессе возвращения к нормальной жизни и адаптации к гражданской жизни.

### Список литературы

1. Барышева Е.И. Стрессоустойчивость военнослужащих, находящихся в условиях локального вооруженного конфликта // Пензенский психологический вестник. 2020. № 1 (14). С. 50-63. DOI: 10.17689/psy-2020.1.5
2. Демина М.А., Козырева Ю.А. Клиническая картина посттравматического стрессового расстройства // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2021. № 4 (17). С. 76-78.
3. Особенности адаптации военнослужащих-комбатантов и оценка их стрессоустойчивости/Н.В. Зеленина, С.С. Назаров, А.А. Марченко [и др.] // Известия Российской военно-медицинской академии. 2019. Т. 38, № 3. С. 59-65.
4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии // Вопросы наркологии. 2022. № 9-10 (212). С. 75-95.
5. Петрова В.Н., Ачкасов Е.Е., Пузин С.Н. Актуальные вопросы психологической реабилитации ветеранов боевых действий на современном этапе // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. № 3. С. 16-22.
6. Анализ и систематизация процесса социальной адаптации людей, пострадавших от хронического стресса военного времени/И.С. Сальников, С.А. Изосимова, В.Н. Пигуз [и др.] // Российский научный журнал «Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований». 2024. № 2 (14). С. 6-12. DOI: 10.24412/1994-3776-2024-2-6-12
7. Ярмыш И.А. Психологическая симптоматика у участников вооруженного конфликта с ПТСР в посттравматический период // Личностные и ситуационные детерминанты поведения и деятельности человека: Материалы Международной научно-практической конференции, Донецк, 16 декабря 2021 года. Донецк, 2021. С. 254-259.



## ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ

А. С. Лаптева

Н. В. Мельник, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье изучается реабилитационный потенциал личности у пациентов, имеющих сердечно-сосудистый профиль заболевания. Исследованы компоненты реабилитационного потенциала у данной группы пациентов.

**Ключевые слова:** реабилитация, потенциал, пациенты, сердечно-сосудистый профиль

**Актуальность.** При заболеваниях эффективность реабилитации зависит от ресурсов, которыми обладает личность. Система личностных ресурсов, необходимых для преодоления критической ситуации тяжелого соматического заболевания, определяет реабилитационный потенциал личности (Холова, 2020). Преодоления личностью с патологией сердечно-сосудистого профиля стрессовых ситуаций приобретает глобальное значение (Абдуллаева, Сафарбаев, 2020). Понимание особенностей реабилитационного потенциала пациентов с сердечно-сосудистым профилем позволяет повысить эффективность реабилитационных программ и улучшить результаты лечения (Дудченко, Мизин, 2020). Адекватные представления о природе дезадаптации обозначаются исследователями в качестве необходимых предпосылок эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий (Романова, 2020).

**Постановка проблемы.** Изучение особенностей реабилитационного потенциала (далее РП) у пациентов с сердечно-сосудистым (далее СС) профилем.

**Методы и материалы.** В целях проведения диагностики использовалась следующая методика — «Реабилитационный потенциал личности» разработана И. Ю. Кулагиной, Л. В. Сенкевич в 2011 г. и апробирована в 2012-2013 г. (Ткач, Мамась, 2020). В целях количественного и качественного анализа эмпирических данных, применялся метод математической статистики с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагностическое исследование проводилось в Красноярском Федеральном Кардиоцентре. Были обследованы пациенты, имеющих СС профиль заболеваний — 7 мужчин

и женщин в возрасте 55-65 лет, это были 7 пациентов, которые прошли исследование на РП до операционного вмешательства и после.

Шкала: Внутренняя картина болезни (далее ВКБ). Средние групповые показатели у пациентов данного профиля, до операции выше — 85 %; 58,33 %; 75 %; 75 %; 100 %; 78,57 %; по сравнению, с показателями после операции — 60 %; 75 %; 50 %; 45 %; 55 %; 40 %.

Пациенты до операции поверхностны в рамках заболевания, так как снижена информированность о последствиях — они испытывают меньше тревоги за свою жизнь, настроены оптимистично, меньше задумываются о том, что их дальнейшая жизнь будет отличаться от ритма здоровых людей — это связано с индивидуальными особенностями адаптивных стратегий и с умением справляться со стрессом.

РП напрямую зависит от ВКБ, поэтому низкий уровень РП — определен пессимистичной ВКБ.

Шкала: Мотивационный компонент. Средний групповой показатель у пациентов до операции — 65,47 %, а после операции ниже — 58,33 %.

Исходя из этих данных, можно заметить, что мотивация к возвращению к здоровой жизни после операции снизилась. К проблемам также можно отнести отсутствие интереса к жизни, трудности постановки целей на будущее, низкую работоспособность, недостаточную уверенность в своих силах, чувство одиночества, страха за свою жизнь и потеря способности к восстановлению.

Кроме того, активность в разных сферах жизни, в связи с вышеперечисленным, сводится к минимуму. Это все говорит об изменении личности, о снижении смыслообразующих мотивов.

Шкала: Эмоциональный компонент. Средний групповой показатель после операции у пациентов почти не изменился и остался на одном уровне (до — 60,71 %; после — 58,92 %), значимых различий между группами испытуемых не обнаружено.

Но, если опираться на незначительную разницу, то у послеоперационных пациентов наблюдается снижение в эмоциональной сфере, что может привести к фрустрации, повышению тревожности, также уменьшается жизнестойкость за счет неуверенности в своих силах, которая, в свою очередь, помогает справляться с болезнью.

Негативные переживания сказываются на формировании актуального мотива и цели, что приводит к снижению результативности восстановления больного.

Шкала: Самооценочный компонент. Средний групповой показатель у послеоперационных пациентов ниже — 67,85 %, чем до операции — 75 %.

Эти данные подтверждают наличие проблем с внутренними установками и убеждениями человека, его чувством самоценности, способности принимать себя как личность и быть в роли больного.

Происходит нарушение критического компонента в отношении своей болезни, преобладает сравнение себя с здоровыми людьми, что служит предпосылкой к угнетению своей личности, своих возможностей и снижению мотивации к улучшению себя.

Эмоциональная составляющая влияет на «трезвое» оценивания себя. Если пациент чувствует себя ослабленно, удрученно, то это будет обеднять самоуверенность и самоуважение к самому себе.

Шкала: Коммуникативный компонент. Средний групповой показатель у пациентов после операции также снижен — 76,78 %, чем до — 82,14 %.

Эта разница говорит нам о нарушениях способности человека к эффективному общению, взаимодействию с окружающим миром, интеллектуализация информации, что снижает возможность пациента к адаптации. Социальная поддержка, одобрение близких людей — служит инструментом для улучшения эмоционального фона, что способствует психологическому благополучию и созданию мотивации для эффективного лечения.

Для того, чтоб высчитать количественную и качественную оценку средних показателей РП, мы через метод «t-критерий Стьюдента» сравниваем эти показатели. В первой группе: средний показатель до операции — 37,57, во второй группе: средний показатель РП послеоперационного лечения — 35, 57.

Можно сделать вывод, что средний показатель психологических компонентов РП после операции у пациентов с СС профилем ниже, чем до операции.

**Вывод.** В данной статье был изучен РП личности пациентов с СС профилем заболевания. Гипотеза — оперативное лечение пациентов сердечно-сосудистого профиля ведет к улучшению РП и его психологических компонентов, а также к расширению спектра адаптивных возможностей организма.

Нами была проведена диагностика пациентов с данным профилем в возрасте от 65-75, как мужчин, так и женщин. По данным диагностики было выявлено, что у пациентов после операции шкала «ВКБ» снизилась, что говорит нам о повышении тревожности в отношении своего здоровья. Исходя из полученных результатов исследования пациентов СС профиля, мы можем сделать вывод, что наибольшим РП обладают пациенты, которые находятся на стадии до оперативного лечения.

В связи с низкими показателями РП в послеоперационном периоде, психологическая помощь является важной на всех этапах в лечебной и восстановительной терапии у пациентов СС профиля.

Следовательно, выдвинутая нами гипотеза о том, что оперативное лечение пациентов сердечно-сосудистого профиля ведет к улучшению РП и его психологических компонентов, а также к расширению спектра адаптивных возможностей организма — не подтвердилась.

## Список литературы

1. Ткач М.Г., Мамась А.Н. Характеристика реабилитационного потенциала и его компонентов у людей с инвалидностью // Наука — образованию, производству, экономике: материалы 72-й Регион. науч.-практ. конф. преподавателей, науч. сотрудников и аспирантов (г. Витебск, 20 февраля). Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2020. С. 363-364.
2. Дудченко Л.Ш., Мизин В.В. Реабилитационный потенциал и его оценка при бронхиальной астме // Вестник физиотерапии и курортологии. 2020. Т. 26, № 2. С. 96.
3. Хохлова О.И. Реабилитационный потенциал личности и функциональная независимость лиц с травматической болезнью спинного мозга // Политравма. 2020. № 3. С. 100-107.
4. Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. Эффективность применения инновационных методов психотерапии эмоциональных расстройств у пациентов кардиологического профиля // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2020. № 1 (39). С. 269-274.
5. Романова Т.В., Калашникова В.В., Романов Д.В. Реабилитационный потенциал больных миастенией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2020. Т. 16, № 1. С. 371-377.

УДК 159.9

## ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСРЕДСТВОМ СКАЗКОТЕРАПИИ

Е. Р. Медведева

Л. С. Гавриленко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Проблема тревожности у детей дошкольного возраста остается актуальной в настоящее время. Цель работы — изучение сказкотерапии как возможного способа профилактики тревожности у детей старшего дошкольного возраста. Предполагается, что сказкотерапия способствует профилактике тревожности у детей старшего дошкольного возраста. Находясь в детском саду, дети должны пройти все тесты на уровень тревожности и преодолеть страхи, присутствующие в их сознании.

**Ключевые слова:** старшие дошкольники, тревожность, сказкотерапия, профилактика

**Актуальность.** Сказкотерапия представляет собой область практической психологии, основанную на использовании сказок для решения различных проблем и задач, связанных с воспитанием и коррекцией психоэмоционального состояния детей дошкольного возраста. В этот период

происходит становление эмоциональной сферы личности. У многих детей этого возраста наблюдается повышенная тревожность, которая может возникать по следующим причинам: излишний протекционизм родителей, опека, плохая адаптация ребенка, появление в семье второго ребенка и так далее. Если уровень тревожности превышает оптимальный, то это может свидетельствовать об эмоциональной неприспособленности к различным ситуациям.

При отсутствии своевременной профилактики или коррекции такие дети в будущем могут часто сталкиваться с депрессивными кризисами, испытывать трудности в установлении личных границ и иметь проблемы с самооценкой. Кроме того, существует риск развития невротических расстройств. Корректно развивающиеся в этом возрасте психические новообразования служат основой для успешного обучения и личностного роста в будущем. Эмоциональная стабильность и благополучие играют ключевую роль в успешном психическом развитии детей старшего дошкольного возраста. Их важность особенно проявляется в адаптационный период, который связан с поступлением и началом обучения в первом классе общеобразовательной школы.

Сказкотерапия — это эффективный метод психотерапевтической работы с детьми, основанный на использовании сказок как инструмента для решения психологических проблем (Мухаметчанова, 2021). В отличие от обычного чтения, сказкотерапия предполагает активное взаимодействие ребенка с терапевтом и самим сказочным повествованием. Процесс не ограничивается пассивным восприятием истории: он включает в себя обсуждение персонажей, их поступков, мотивов и последствий их действий. Ребенок, погружаясь в мир сказки, неосознанно проецирует на героев собственные переживания, актуализируя и осознавая свои внутренние конфликты и проблемы. Это позволяет взглянуть на ситуацию со стороны, увидеть различные подходы к её решению и освоить новые стратегии поведения.

Сказка, рассматриваемая сквозь призму психотерапии, становится своеобразной метафорой жизненных процессов. В ней зашифрованы динамика развития, типичные жизненные кризисы, способы преодоления трудностей. Например, повествование о преодолении героем препятствий может помочь ребенку развить устойчивость к стрессам и повысить самооценку. Сюжет о справлении с чувством вины помогает проработать данную эмоцию на безопасном сказочном уровне. Анализ взаимодействия героев позволяет понять механизмы межличностных отношений и научиться эффективному коммуникативному поведению.

Важной составляющей сказкотерапии является развитие эмоционального интеллекта. Ребенок, вникая в чувства сказочных персонажей — их радость, грусть, гнев, страх — учится их распознавать, называть и понимать. Он развивает эмпатию, обучается сопереживанию и сочувствию,

что способствует формированию гармоничных межличностных отношений. Кроме того, проигрывание различных ситуаций в сказочной форме помогает ребенку отработать соответствующие поведенческие реакции в безопасной и контролируемой среде. Это особенно актуально для детей с трудностями в социальной адаптации или с проблемами в саморегуляции (Стишенок, 2020).

Методы сказкотерапии весьма разнообразны. Это может быть совместное сочинение сказки, реконструирование уже существующей истории, драматизация, рисование иллюстраций к сказкам, лепка из пластилина и многие другие техники. Выбор конкретной методики ависит от возраста ребенка, его индивидуальных особенностей и целей терапии. Важно отметить, что сказкотерапия не является панацеей и не заменяет другие методы психологической помощи. Однако, как дополняющий метод, она является очень эффективным инструментом для работы с широким спектром детских проблем, включая тревожные расстройства, нарушения поведения, трудности в адаптации к школе или детскому саду, низкую самооценку и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и родителями. Множество исследований подтверждают высокую эффективность сказкотерапии в комплексе с другими методами психологического влияния, позволяя достигать устойчивых положительных результатов в лечении различных расстройств. Важно подчеркнуть необходимость профессионализма специалиста, проводящего сказкотерапию, чтобы обеспечить безопасность и эффективность процесса.

В рамках этой статьи взято исследование, проведенное А. И. Колесниковой в своей статье «Сказкотерапия как средство коррекции тревожности дошкольников». В нем приняли участие 92 ребенка старшего дошкольного возраста. Исследование экспериментальной группы проводилось на базе МАДОУ детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по художественно-эстетическому развитию воспитанников № 363 «Золотой петушок» г. Екатеринбург, Свердловской области, Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 82 комбинированного вида» г. Каменск-Уральский, Свердловской области. Экспериментальную группу составили 10 человек, контрольную группу — 82 человека.

Чтобы определить уровень тревожности, автор пользовался тремя методиками: «Определение уровня тревожности» Г. П. Лаврентьевой, Титаренко, «Тест тревожности» Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки, проективная методика «Несуществующее животное» М. З. Дукаревич (Абакарова, 2003).

Согласно методике «Тест тревожности» Р. Тэмпл, В. Амен и М. Дорки, было установлено, что средний уровень тревожности наблюдается у 50 % детей старшего дошкольного возраста (5 человек), тогда как у оставшихся 50 % уровень тревожности высокий. Низкий уровень

тревожности не был зафиксирован. В ходе исследования, по результатам полученных данных можно сделать вывод о том, что гипотеза подтвердилась по двум методикам из трех:

Согласно методике «Определение уровня тревожности» Г.П. Лаврентьевой и Титаренко, результаты показали, что средний уровень тревожности до начала коррекционной программы составлял 100 % (10 человек), в то время как после ее завершения этот показатель снизился до 10 % (1 человек). Низкий уровень тревожности до проведения программы не наблюдался (0 человек), однако после ее реализации он составил 90 % (9 человек). Высокий уровень тревожности не был зафиксирован. Согласно методике «Несуществующее животное» М.З. Дукаревича, до начала программы коррекции 40 % (4 человека) испытывали высокий уровень тревожности, после проведения программы этот показатель снизился до 10 % (1 человека). Средний уровень тревожности до начала программы составлял 60 % (6 человек), после проведения программы этот показатель снизился до 50 % (5 человек). Низкий уровень тревожности не был замечен до начала программы, однако после ее проведения 40 % (4 человека) испытывали низкий уровень тревожности.

**Вывод.** Благодаря полученным данным, можно говорить об эффективности программы коррекции тревожности дошкольников методом сказкотерапии.

### Список литературы

1. Абакарова Э.Г. Диагностика и коррекция тревожности у детей 5-7 лет в условиях дошкольного образовательного учреждения. Ставрополь, 2003. 211 с.
2. Вазаева М.В. Использование сказкотерапии в работе с тревожными детьми старшего дошкольного возраста // Современная наука: проблемы и перспективы развития: II Международная научно-практическая конференция. Сборник статей: в 3 частях. Ч. 1. Омск, 28 февраля 2018 года. Омск: Омская гуманитарная академия, 2018. С. 44-49.
3. Велиева С.В., Горзина Т.М. Психокоррекция тревожности у детей 5-7 лет // Культурологический подход в дошкольном образовании: психолого-педагогический аспект, Чебоксары, 26 апреля 2016 года/Ответственный редактор Т.Н. Семенова. Чебоксары: Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева, 2016. С. 84-86.
4. Гордон Т.С. Сказкотерапия как способ борьбы с фобиями // Вестник университета. 2020. № 10. С. 169-172. DOI: 10.26425/1816-4277-2020-10-169-172
5. Лаптева Ю.А., Чертенкова Г.И. Проявление тревожности у детей 4-7 лет // Проблемы современного педагогического образования. 2023. № 79-3. С. 231-235.
6. Маркина К.Е. Изучение страхов и тревожности у детей дошкольного возраста // Студенческий. 2022. № 40-4 (210). С. 19-21.
7. Мухаметчанова А.С. Влияние сказкотерапии на развитие детей дошкольного и младшего школьного возраста // Этнопространство Западной Сибири: современная языковая ситуация: сборник тезисов докладов участников Международного научного форума, Тобольск, 22 октября 2021 года. Киров: Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании, 2021. С. 194-197.

8. Преодоление тревожности и страхов у детей 5-7 лет: диагностика, занятия, рекомендации/авт.-сост. Н.Ф. Иванова. Волгоград: Учитель, 2008. 191 с. ISBN 978-5-7057-2053-8.

9. Стишенок И.В. Сказкотерапия для решения личных проблем. Москва: Речь, 2020. 144 с.

УДК 159.9

## РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

П. А. Моторина

Н. В. Басалаева, научный руководитель

*Лесосибирский педагогический институт —  
филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В настоящее время изучение эмоционального интеллекта у подростков, которые воспитываются в детских домах, является темой, актуальной и важной для нашего общества. Для многих детей детский дом становится не просто учреждением, а настоящим домом, что, в свою очередь, может существенно сказаться на их эмоциональном развитии и психоэмоциональном состоянии. В нашем исследовании мы сосредоточимся на авторских подходах к пониманию формирования и развития эмоционального интеллекта у подростков, находящихся в детских домах. Эмоциональный интеллект включает в себя умение распознавать, понимать и управлять своими эмоциями, а также ощущениями других людей. Для подростков, находящихся в этом специфическом окружении, его развитие может иметь особые особенности, учитывая их опыт, окружающую среду и межличностные отношения. Мы также проанализируем различные факторы, которые могут влиять на процесс формирования эмоционального интеллекта у данной категории подростков. К числу таких факторов относятся: наличие стабильных и поддерживающих отношений с воспитателями, уровень социального взаимодействия с ровесниками, доступ к психологической поддержке и образовательным ресурсам, а также личные жизненные обстоятельства и истории их взросления. Кроме того, мы оценим, как развитие эмоционального интеллекта может повлиять на жизнь этих подростков в долгосрочной перспективе. Эмоциональный интеллект может положительно сказываться на их способности строить здоровые взаимоотношения, справляться со стрессовыми ситуациями и достигать успехов в личной и профессиональной жизни.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, подростки, воспитанники детского дома, эмоции, девиантное поведение, детский дом



**Актуальность.** У подростков, проживающих в детских домах, развитие эмоционального интеллекта зачастую проявляет характерные особенности. Эти подростки часто переживают горечь потери семейного окружения, что может оказывать значительное влияние на их внутренний мир. Отсутствие родителей и стабильной семейной поддержки может привести к недостатку эмоциональной заботы и внимания, что в свою очередь затрудняет процесс формирования здоровых отношений с собственными эмоциями и эмоциями окружающих. Кроме того, подростки из детских домов могут сталкиваться проблемой временных социальных взаимодействий, так как часто их связи с другими детьми и взрослыми могут быть поверхностными или нестабильными, что затрудняет развитие навыков эмпатии и понимания социального контекста. В таких условиях у них может не возникнуть возможности для глубокого изучения своих эмоций и эмоций других людей, что является ключевым элементом эмоционального интеллекта (Канунников, 2009).

Среда, в которой находятся подростки в детских домах, имеет огромное влияние на их эмоциональный интеллект. Персонал этих учреждений играет важную роль в эмоциональном развитии детей, так как может заменить родительскую заботу и поддержку, которой у них нет. Создание позитивной и поддерживающей атмосферы в детском доме способствует формированию навыков эмпатии и самосознания у подростков. В случаях, если окружающая среда является негативной или враждебной, это может тормозить их эмоциональное развитие и препятствовать формированию здоровых отношений как с собой, так и с окружающими людьми (Канунников, 2009).

Согласно исследованиям высокий эмоциональный интеллект позволяет:

- идентифицировать и воспринимать различные типы эмоций в себе и в других людях, понимать значение эмоций и, что наиболее важно, лучше контролировать и регулировать эмоции;
- требует меньше когнитивных усилий для решения эмоциональной проблемы;
- склонен к большей открытости и покладистости, чем другие;
- менее склонен к проблемному поведению избегает саморазрушительного и негативного поведения;
- чаще испытывает сентиментальную привязанность к семье;
- обладает хорошими социальными навыками, которые занимают центральное место во всех сферах жизни — дома, в школе и на рабочем месте (Бердникова, 2022).

**Постановка проблемы.** Проблема развития эмоционального интеллекта у воспитанников детского дома заключается в том, что дети, часто сталкиваются с множеством эмоциональных и психологических

трудностей, которые могут препятствовать их способности формировать и адекватно выражать свои эмоции. Это ограничивает их взаимодействие с окружающими, затрудняет налаживание межличностных отношений и ведет к низкой социальной адаптации.

Воспитанники детских домов могут испытывать чувства утраты, заброшенности и неуверенности, что затрудняет их понимание и управление собственными эмоциями. Отсутствие стабильных и поддерживающих отношений с взрослыми, на которых они могли бы опираться, также негативно сказывается на их эмоциональном развитии.

К тому же, нехватка образовательных и психосоциальных ресурсов, ориентированных на развитие эмоционального интеллекта, может приводить к тому, что у подростков не развивается способность к эмпатии, саморегуляции и конструктивному решению конфликтов. Это, в свою очередь, повышает риск возникновения проблем в адаптации к взрослой жизни, снижает качество жизни и затрудняет построение здоровых отношений в будущем.

Таким образом, необходимо выявить специфику развития эмоционального интеллекта у подростков в детских домах и предложить меры, которые смогут поддержать и стимулировать их эмоциональное развитие, что позволит улучшить их психоэмоциональное состояние и социальную интеграцию.

**Методы и материалы.** Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования позволяет глубже понять теоретические и практические аспекты эмоционального интеллекта, его влияние на личностное развитие подростков, а также различные методы и подходы, применяемые для формирования и развития эмоционального интеллекта. Этот анализ включает рассмотрение ключевых понятий, а также исследование факторов, влияющих на исследуемую категорию, особенности социальной среды и индивидуальные различия. Таким образом, комплексный обзор доступных материалов создает основу для эмпирического исследования и разработки рекомендаций по эффективным стратегиям вмешательства, целенаправленных на улучшение эмоционального интеллекта и социального функционирования подростков в данной ситуации.

**Результаты исследования.** С позиции А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых, дети и подростки, воспитывающиеся в детских домах, приобретают следующие социально-психологические особенности: низкая самооценка, ухудшение психического здоровья и зависимость от окружающей среды. Склонность к девиантному поведению и эмоциональным отклонениям является следствием данных особенностей (Прихожан, 2022).

По мнению Н. И. Карасевой, дети, выросшие в детских домах, имеют ограниченные способы общения и диапазоны индивидуальных стилей, в отличие от детей, проживающих в семьях. Они используют

интеллектуализацию как основной способ защиты, чтобы исказить реальность и сохранять свою самооценку. Эти дети не могут делать адекватные прогнозы ситуации. Вместо этого они обращаются к незрелым защитным механизмам, таким как: отрицание и реактивные образования, то есть приданию чувству или эмоции противоположного значения. Поэтому информация, которая приходит в их сознание, либо искажается, чтобы избежать неприятных мыслей и чувств, либо просто отвергается (Карасева, 2008).

По мнению Л. Г. Жедуновой, воспитанники детских домов сталкиваются с трудностями в установлении дружеских отношений и социальной адаптации, что связано с дефицитом физического контакта и эмоциональных привязок к матерям. Она подчеркивает, что вследствие такой депривации у детей утрачивается базовое доверие к окружающему миру. Это проявляется в недоверии, подозрительности и агрессивном отношении к людям и обстановке. Кроме того, автор отмечает, что у таких детей развивается невротический механизм слияния, который проявляется в неразборчивом выборе знакомых и неадекватной привязанности к ним. В более старшем возрасте последствия этого механизма могут привести к формированию различных зависимостей (Жедунова, 1999).

Изучив отечественную литературу, мы выделили несколько характерных черт развития эмоционального интеллекта у подростков, которые проживают в детских домах:

- Неустойчивые отношения. Подростки в детских учреждениях зачастую сталкиваются с временными и нестабильными связями со взрослыми, что осложняет им освоение навыков взаимодействия и понимания эмоций.
- Эмоциональные травмы. Многие из них имеют сложный эмоциональный опыт, связанный с прошлым, что может негативно сказаться на их способности развивать эмоциональный интеллект.
- Социальная изоляция. Это серьезная преграда для подростков в детских домах, ведь они часто испытывают трудности с социализацией и установлением устойчивых связей с окружающими.
- Недостаток адекватных моделей для подражания. Отсутствие примеров эмоционального интеллекта у других людей затрудняет подросткам освоение необходимых эмоциональных навыков (Изотова, 2020; Дьячук, 2019; Кочетова, 2020).

Согласно мнению авторов, у приемных детей наблюдаются выраженные признаки тревожности, защитной агрессии и недоверия к окружающему миру. В ситуациях, которые имеют явную негативную эмоциональную окраску, такие дети часто демонстрируют отстраненность и безразличие к чувствам других людей, не стремясь понять их или установить какое-либо взаимодействие. Например, когда они становятся

свидетелями тяжелых переживаний у окружающих, у детей этой категории редко проявляются эмпатия, сострадание или желание оказать поддержку.

Эмоциональный интеллект у подростков, которые воспитываются в детских домах, и у детей, находящихся в условиях семейного окружения, может значительно различаться. Эти различия обычно обусловлены условиями, в которых они растут и развиваются. Подростки из детских домов часто сталкиваются с уникальными обстоятельствами: несмотря на то, что они могут взаимодействовать с большим количеством людей, их социальные взаимоотношения могут быть временными и непостоянными. Это может привести к недостатку глубинного эмоционального опыта, необходимого для формирования крепкого эмоционального интеллекта.

С другой стороны, дети, растущие в семьях, хотя и имеют возможность взаимодействовать с близкими, порой сталкиваются с пассивным стилем общения. В результате у них может не формироваться умение эффективно распознавать и управлять своими эмоциями, а также понимать эмоциональные состояния других людей.

Таким образом, отсутствие стабильной и поддерживающей среды для подростков в детских домах и возможные ограничения в семейных ситуациях могут препятствовать полноценному развитию эмоционального интеллекта. Эти аспекты, в свою очередь, оказывают долгосрочное влияние на их межличностные отношения и способность к адаптации в обществе

**Вывод.** Таким образом, особенностями развития эмоционального интеллекта у подростков, проживающих в детском доме, являются затруднения в осознании собственных эмоций и окружающих людей, причин их возникновения и последствий, а также сложности в управлении и регулировании их интенсивности и выражения.

Таким образом, важно отметить, что успешное развитие эмоционального интеллекта у данной категории подростков требует целенаправленных усилий со стороны педагогов и психологов, включающих индивидуальную работу, программы, направленных на развитие эмоционального интеллекта и создание поддерживающей среды, способствующей развитию позитивных социальных навыков и повышению уровня самосознания.

### Список литературы

1. Дьячук А.А., Петрулевич И.В. Особенности эмоционального интеллекта подростков с различным социометрическим статусом // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2019. № 4 (50). С. 154-162.
2. Жедунова Л.Г., Посысоева Н.Н., Юрасова Е.Н. Исследование когнитивной сферы у воспитанников детских домов // Ярославский педагогический вестник. 1999. № 1-2. С. 114-121.

3. Иготова Е. И., Максимова Е. Особенности эмоционального интеллекта детей-сирот подросткового возраста // Теория и практика современной науки. 2020. № 12. С. 66.
4. Кочетова Ю. А. Структура эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Горизонты зрелости: сборник тезисов участников V Всеросс. науч.-практ. конф. по психологии развития (Москва, 2020 г.). Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2020. С. 55-63.
5. Прихожан А. М., Толстых А. М. Психология сиротства: Научный контекст, история, экспериментальное исследование проблемы. Москва: Юрайт, 2022. 354 с. ISBN 978-5-534-00489-2

УДК 159.9

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Д. Д. Парфенчук

Ж. Г. Василькова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению особенностей проявления депрессии у пациентов кардиологического профиля.

**Ключевые слова:** депрессия, виды депрессии, пациенты кардиологического профиля

**Актуальность.** Депрессия — распространенное во всем мире заболевание, от которого, по оценкам, страдает 3,8 % населения, в том числе 5 % взрослых и 5,7 % лиц старше 60 лет. Во всем мире от депрессии страдает порядка 280 миллионов человек (Винокуров, Серебренников, 2017). Депрессия отличается от обычных перепадов настроения на трудные ситуации в повседневной жизни. Депрессия может быть серьезным заболеванием, особенно если она периодически повторяется и протекает в умеренной или тяжелой форме (Краснов, Лебедев, Васюк, 2009). В таких случаях депрессия приводит к большим страданиям, снижению работоспособности и трудностям в семейной жизни. Депрессия может привести к самоубийству. Зачастую депрессия не диагностируется, и слишком часто этот диагноз ставится тем, у кого депрессии нет, но кому, тем не менее, назначаются антидепрессанты (Давыдова, 2015).

В психологии депрессия (от лат. depressio — подавление) определяется как аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных (связанных с познанием) представлений и общей пассивностью поведения.

Важно отличать депрессию как клинически выраженное заболевание от депрессивной реакции на психологически понятную ситуацию, когда каждый из нас в течение нескольких минут или часов испытывает сниженное настроение в связи с субъективно значимым событием. Около 16 % людей в течение своей жизни хотя бы раз перенесли депрессию (Винокуров, Собенников, 2017, Лебедева, Ардашева, Васильева., Барбараш, 2013)

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) депрессию классифицируют по степени тяжести и типу течения (Доженко, 2009).

Виды депрессии по степени тяжести:

- лёгкая;
- умеренная;
- тяжёлая депрессия без/с психотическими симптомами.

**Постановка проблемы.** Целью данного исследования является выявление наличия депрессивных состояний по степени их выраженности.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении и систематизации данных по вопросу особенностей проявления депрессивных состояний у пациентов кардиологического профиля с разной длительностью течения заболевания.

Практическая значимость заключается в том, что при опоре на полученные данные и индивидуально-личностные особенности пациентов с первично выявленным депрессивным состоянием можно спрогнозировать возможные риски течения заболевания.

**Методы и материалы.** Для целей и задач нашего исследования были использованы следующие методы: анализ теоретических данных, эмпирический метод — опрос, метод качественной и количественной обработки данных по методике «Шкала депрессии Бека» (Бек А. Т.) (Кувшинов, 2010).

Исследование проводилось в течение 2023 учебного года. Базой исследования являлся Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Красноярске. Выборка состояла из 60 человек (30 относительно здоровых человек и 30 пациентов кардиологического профиля) в возрасте от 40 до 60 лет.

**Результаты исследования.** В ходе исследования по методике шкалы депрессии Бека (А. Т. Бек) было выявлено, что лёгкая степень депрессии наблюдается у 9 пациентов (что составляет 30 %), средняя степень присутствует у 2 пациентов (что составляет 5 %), тяжёлой степени депрессии не было выявлено.

Представленные результаты отмечены на рисунке 1.

У здоровых людей лёгкая степень депрессии наблюдается у 8 человек (что составляет 25 %), средней и тяжёлой степени депрессии не было выявлено.

Представленные результаты отмечены на рисунке 2.

## Степень депрессии у кардиологических пациентов



*Рис. 1. Степень депрессии по шкале А. Бека у кардиологических пациентов*

## Степень депрессии у здоровых людей



*Рис. 2. Степень депрессии по шкале А. Бека у здоровых людей*

**Вывод.** В ходе исследования были получены следующие результаты: у 35 % кардиологических пациентов выявлена депрессия легкой и средней степени тяжести. Пациенты поясняют свое депрессивное состояние пребыванием в стационаре и озабоченностью последствиями сердечно-сосудистых заболеваний. У здоровых же людей депрессия отмечается у 25 %.

### Список литературы

1. Винокуров Е. В., Собенников В. С. Депрессия и кардиологические заболевания (Обзор литературы) // Acta Biomedica Scientifica. 2017. № 2 (4). С. 63-67.
2. Давыдова Э. В., Мамаев С. Н., Мамаев Н. Р. Депрессивные расстройства и их коррекция у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Врач-аспирант. 2015. № 1 (68). С. 21-26.
3. Довженко Т. В., Васюк Ю. А., Семиглазова М. В. Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Терапевтический архив. 2009. № 12 (81). С. 30-34.
4. Краснов В. Н., Лебедев А. В., Васюк Ю. А. Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Терапевтический архив. 2009. № 12. С. 30-34.

5. Кувшинова Н. Ю. Психологические факторы, влияющие на удовлетворенность качеством жизни больных ишемической болезнью сердца // Мир психологии. 2010. № 3 (63). С. 221-231.

6. Вариабельность ритма сердца у пожилых пациентов с нестабильной стенокардией и депрессивным синдромом. Эффекты сертралина/Н. Б. Лебедева, Н. Ю. Ардашова, В. В. Васильева, О. Л. Барбараш // Сердце: журнал для практикующих врачей. 2013. № 4 (72). С. 214-218.

УДК 159.99

## ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА: СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ

К. В. Петрухина

И. В. Турова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена анализу эмоциональных реакций пациентов при острых, хронических и онкологических заболеваниях. Рассматриваются различные эмоциональные состояния, возникающие в процессе болезни, такие как тревожность, депрессия, апатия и снижение мотивации. Особое внимание уделяется внутренней картине болезни — понятию, введённому Лурией Р. А., которое отражает совокупность восприятий, эмоций и переживаний пациента в ответ на болезнь. Анализируя современные исследования, автор показывает, что острые заболевания (инфаркт миокарда, черепно-мозговые травмы) вызывают резкую тревожность и депрессию, тогда как хронические заболевания (боли в спине, сахарный диабет, миелолейкоз) ведут к эмоциональному истощению, апатии и снижению мотивации. Онкологические заболевания сопровождаются психологическим кризисом, страхом смерти и суицидальными мыслями. Данная статья предлагает систематизацию знаний о различных эмоциональных реакциях на болезнь, что позволяет специалистам лучше понимать психологические состояния пациентов и более эффективно подбирать методы работы с ними. Результаты теоретического анализа современных исследований могут быть полезны для врачей, психологов и работников психосоциальных служб, работающих над улучшением качества жизни пациентов, перенёсших различные заболевания.

**Ключевые слова:** эмоциональные реакции, тревожность, депрессия, хронические заболевания, онкология, инфаркт, черепно-мозговая травма, внутренняя картина болезни, психокоррекция, качество жизни



Актуальность. Актуальность обусловлена необходимостью глубокого понимания эмоциональных реакций пациентов на различные типы заболеваний, что имеет важное значение для повышения эффективности лечения и реабилитации. В условиях современной медицины, где хронические заболевания и онкология занимают лидирующие позиции по распространённости, психологическое состояние пациента играет ключевую роль в прогнозе выздоровления и качестве жизни. Эмоциональные состояния, такие как тревожность, депрессия и апатия, могут усугубить течение болезни, снизить комплаенс и затруднить выполнение медицинских рекомендаций.

Кроме того, быстрый темп жизни, высокие уровни стресса и социальные факторы (например, страх перед диагнозами, как в случае с онкологическими заболеваниями) создают дополнительное эмоциональное напряжение у пациентов. Учитывая это, современные медицинские и психологические организации нуждаются в систематизированных знаниях о закономерностях эмоциональных реакций, связанных с болезнью, что способствует не только разработке эффективных психокоррекционных программ, но и улучшению взаимодействия между врачом и пациентом.

Введение концепции «внутренней картины болезни» помогает специалистам глубже осознать субъективный опыт пациента, что особенно важно для разработки индивидуализированных методов психотерапевтической и психологической помощи. Таким образом, анализ современных исследований в области влияния заболевания на эмоциональное состояние пациента направлен на удовлетворение растущей потребности в интеграции медицинского и психологического подходов для повышения качества жизни пациентов, страдающих различными заболеваниями.

**Постановка проблемы.** Несмотря на значительное количество исследований в области психологии и медицины, которые касаются отдельных аспектов влияния болезни на психоземональное состояние, существует дефицит обобщённых данных, позволяющих врачам и психологам эффективно прогнозировать и корректировать эмоциональные реакции пациентов.

Каждое заболевание, будь то острое (например, инфаркт миокарда, черепно-мозговая травма), хроническое (боли в спине, сахарный диабет) или онкологическое, вызывает у пациентов уникальные эмоциональные состояния, такие как тревожность, депрессия, апатия, страх смерти и снижение мотивации. Эти состояния не только ухудшают качество жизни пациентов, но и существенно влияют на исход лечения, затрудняя выполнение медицинских рекомендаций и снижая вероятность полного выздоровления.

Проблема усугубляется тем, что многие эмоциональные реакции пациентов остаются недооценёнными в рамках традиционных медицинских

подходов, которые акцентируют внимание на физических симптомах, оставляя психоэмоциональные аспекты без должного внимания. Отсутствие систематизированных знаний затрудняет разработку адекватных психокоррекционных методик, направленных на улучшение психологического состояния пациентов и повышение их мотивации к лечению.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для лучшего понимания проблемы необходимо обратиться к понятию «Внутренняя картина болезни», которое наиболее полно отражает исследуемый феномен. Данное понятие было введено Р. А. Лурия, под которым он понимал «всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о её причинах, всё то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (Лурия, 1977). Также во внутренней картине болезни принято выделять четыре уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный (Тимохина, 2016). Чувственный и эмоциональный уровни внутренней картины болезни играют ключевую роль в восприятии и переживании заболевания пациентом. Эти два аспекта взаимосвязаны и определяют, как пациент ощущает своё физическое состояние и эмоционально реагирует на него.

Чувственный компонент внутренней картины болезни связан с непосредственными телесными ощущениями, которые испытывает пациент в ходе болезни. Эти ощущения включают в себя как болевые, так и другие соматические проявления, такие как слабость, усталость, изменения в функционировании органов и систем. Пациент фиксируется на этих ощущениях, что может усиливать их значимость и интенсивность. Важными аспектами чувственного компонента являются:

- Боль: она может быть острой или хронической, локализованной или распространённой, и её интенсивность напрямую влияет на восприятие болезни.
- Общее физическое самочувствие: помимо боли, пациент может испытывать другие ощущения, такие как тошнота, головокружение, дискомфорт, нарушение сна, усталость и другие соматические симптомы.
- Гиперчувствительность к телесным изменениям: болезнь может усиливать внимание к малейшим изменениям в теле, что приводит к увеличению тревоги и фокусировке на негативных переживаниях.

Чувственный компонент является основой для формирования последующих эмоциональных реакций, поскольку телесные ощущения и дискомфорт часто становятся причиной тревожности и стресса.

Эмоциональный компонент внутренней картины болезни отражает то, как пациент эмоционально реагирует на своё физическое состояние и восприятие болезни. Эта реакция включает широкий спектр эмоций — от тревоги и страха до депрессии и апатии. Основные эмоциональные проявления в рамках внутренней картины болезни:

- Тревожность: страх за своё здоровье, опасения по поводу исхода заболевания, неопределённость в отношении будущего. Тревога часто возникает на фоне чувственных переживаний, таких как боль или ухудшение самочувствия.
- Депрессия: она может проявляться как реакция на хронические болезни или ухудшение физического состояния. Депрессия сопровождается снижением настроения, апатией, потерей интереса к жизни и отсутствием мотивации к лечению.
- Страх смерти: этот аспект особенно характерен для онкологических больных или тех, кто сталкивается с серьёзными заболеваниями, которые угрожают жизни. Страх смерти вызывает усиление тревожных и депрессивных состояний, чувство беспомощности и утраты контроля над ситуацией.
- Эмоциональное истощение: при длительном течении хронических заболеваний эмоциональные ресурсы пациента истощаются, что может проявляться в виде равнодушия, безразличия к своему состоянию, снижению эмоциональной реактивности и общей апатии.
- Аффективные вспышки: внезапные и неконтролируемые эмоциональные реакции, такие как раздражительность, агрессия, плач, могут возникать в ответ на чувственные переживания и стрессовые ситуации, связанные с болезнью.

Эмоциональный компонент внутренней картины болезни не только определяет текущее состояние пациента, но и влияет на его готовность к лечению, взаимодействие с медицинским персоналом и прогноз на выздоровление.

Теперь рассмотрим, какие эмоциональные состояния возникают при разных заболеваниях.

Черепно-мозговые травмы (далее ЧМГ) характеризуется резким неожиданным приобретением болезни, утратой контроля за повседневными делами. При легкой ЧМТ выявляется утомляемость, раздражительность, тревожность, нарушения сна. В остром периоде наблюдается легкий уровень депрессии. В большинстве случаев регистрировалась высокая реактивная и умеренная личностная тревожность. Так при черепно-мозговых травмах наблюдается тревожность разных уровней (Сеянина, 2013).

При инфаркте психокоррекция направлена на пациентов с ишемической болезнью сердца (далее ИБС), прежде всего, перенёсших неотложные кардиологические состояния (острый коронарный синдром, инфаркт

миокарда (ИМ). Риски развития психологических проблем связаны с переживанием жизнеопасного кардиологического состояния, экстренная госпитализация и сопряженные с этим обстоятельства, что является сильным стрессом для пациента. При инфаркте могут преобладать реакция на болезнь с повышенной эмоциональной откликаемостью и наоборот пониженной. После госпитализации могут наблюдаться снижения мотивации к выполнению медицинских рекомендаций, риск развития посттравматического стрессового расстройства. Также на всех этапах заболевания в эффективности лечения, прогноза заболевания влияют такие психосоциальные факторы риска как стресс, тревожные и депрессивные состояния и расстройства, враждебность, личностный тип Д, пессимистичность, низкий уровень социальной поддержки и социальная изоляция. Из чего следует, что такие пациенты имеют повышенный риск развития тревожных, депрессивных расстройств (Дубинина, 2018).

У пациентов при хронической, либо же длительно боли в спине наблюдаются признаки хронического эмоционального напряжения. Также анализ качества жизни у больных с врожденными и наследственными заболеваниями свидетельствует о значительном ухудшении показателей как за счёт физического, так и за счет психологического компонентов здоровья. У пациентов с болью более 6 недель выявляется, что больше страдает психическое здоровье, что можно объяснить истощением резервных ресурсов организма, в частности эмоциональных и психических, нарушением социального функционирования. Отсюда следует, что при длительных болях у личности страдает эмоциональная сфера в виде сниженного апатического настроения, нехватки мотивации для деятельности и других симптомов, характерных для истощения (Комлева, 2013).

Хронический болевой синдром, может сопровождаться нарушениями мочеиспускания. Так В.Б. Бердичевский, Б.А. Бердичевский и В.В. Колпаков пишут о том, что для людей с так называемым ленивым мочевым пузырем (количество суточных микций 4 и менее) характерно некоторое нарастание вегетативного статуса на фоне увеличения личностной и ситуационной тревоги. Также психовегетативный статус, отягощенный осознанием состояния своего здоровья у онкологических больных, наряду с проявлениями хронического болевого синдрома, оказывает более значимое влияние на появление у них ирритативной симптоматики. Можно сделать вывод о том, что изменение эмоционального состояние (тревожность) способствует проявлению нарушения в виде увеличения или уменьшения частоты мочеиспускания (Бердичевский, 2018).

При лечении хронического заболевания миелолейкозом, главной проблемой которого является пожизненный приём препаратов, врачи сталкиваются с тем, что пациенты после первого года лечения прекращают приём препаратов. Также медицинские работники отмечают следующие черты личности, влияющие на прекращение приёма препарата:

пассивность; зависимость; склонность строить далеко идущие планы и преувеличивать свои способности, при этом на деле пациенты ничего не делают для улучшения и преобразования своего качества жизни; рассеянность и вялость, апатия, хотя на словах пациенты настаивают на том, что у них «все хорошо» и многие другие черты. При этом врачи отрицают возможность развития таких особенностей на фоне заболевания, утверждают, что многие черты являются преморбидными, так как они прослеживаются у большинства пациентов вне зависимости от стадии и длительности хронического миелоидного лейкоза (далее ХМЛ). В личности больных выявляют некоторую сглаженность проявлений темперамента в группе больных ХМЛ по сравнению со здоровыми. Также при исследовании темперамента больные приближаются в среднем к низкоэмоционально-пассивному типу (близок к типу флегматика в классической терминологии). Это соответствует клиническим наблюдениям низкого комплайенса (пассивного отношения к лечению или отказа от лечения) у данной категории больных. Акцентированными чертами личности выделяют спонтанность (повышенная самооценка и стремление к лидерству), ригидность (непластичность, неспособность менять линию поведения в соответствии с изменением реальной жизненной ситуации), сензитивность, а также тревожность (Баженова, 2010). Таким образом, видно, что при хроническом заболевании миелолейкозом наблюдается пассивность, темперамент близкий к флегматичному, ригидность, повышенная самооценка, тревожность, рассеянность, вялость и т. д. Отмечается сниженный эмоциональный фон пассивное отношение к своему здоровью.

При сахарном диабете 1-го типа на эмоциональное состояние больных влияет само отношение к болезни, как она протекает, как воспринимает себя больной, как воспринимают его окружающие, как он справляется с задачами, которые ставит перед ним сахарный диабет 1-го типа. Е. О. Якунина в своем исследовании уделяет большое внимание влиянию стресса на протекание болезни, так эмоциональный стресс способен обострять у больных диабетом течение болезни. В течение болезни возможность осложнений при сахарном диабете 1-го типа добавляет тревожности и нестабильного эмоционального состояния у больных (Якунина, 2021). Таким образом можно сделать вывод о том, что при сахарном диабете 1-го типа стресс и тревожность, являются ведущими негативными эмоциональными реакциями.

При исследовании пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается, что после выписки больных из медицинских учреждений пациенты эмоционально встревожены. Также у большинства пациентов вначале отмечался средний уровень депрессии ситуативного или невротического генеза, эмоциональное истощение, неспособность выйти из замкнутого круга проблем. Выявилась, что фрустрированность

у мужчин, большее недовольство в области трудовой деятельности, материальным положением, обстановкой в государстве; у женщин — неудовлетворенность личными взаимоотношениями и образом жизни (Прокопец, 2008). Исследование доказали, что проведение комплексной оздоровительно-образовательной программы снижает уровень реактивной тревожности, показатель депрессии, особенно улучшается эмоциональный фон у женщин.

Онкологические заболевания относятся к заболеваниям с сильным стрессом, это связано с бытовыми сильными установками, что он неизлечим. Также люди с онкологией часто испытывают дополнительный стресс из-за визуальных недугов — облысение, операции, которые видны на теле. В исследованиях онкологических заболеваний отмечается интенсивность эмоционального напряжения при постановке диагноза «рак», что заболевший воспринимает его как послание смерти. Так в своем исследовании А. Ю. Герасименко, В. Н. Тацкий, А. А. Железная и Э. Б. Яковлева отмечают, что личность при постановке диагноза испытывает психологический кризис, который характеризуется повышенной тревогой, чувством безнадежности или неопределенности, одиночества, пессимистической оценкой будущего, идеями самообвинения. Изучив психологические реакции больных раком, авторы отмечают, что они могут соответствовать даже психотическому уровню. Эффективное лечение зависит от времени обращения за медицинской помощью, реакцией на первые симптомы заболевания (насколько своевременны и насколько эмоционально окрашены), а также от отношения к болезни и своему лечению (Герасименко, 2023).

Большинство исследователей сходятся во мнении о том, что в продроме опухолевого процесса выделяется отчетливый тревожно-депрессивный синдром. (Balatskaya, 2020). Как писалось выше, первичная реакция важна для эффективного лечения. Так первичной психологической реакцией онкологических пациенток на обнаружение у них опухолевого процесса независимо от локализации заболевания репродуктивной системы является аффективная реакция в виде реактивной депрессии невротического уровня с выраженным аффектом страха с кратковременными паническими атаками. Через несколько дней страх и панические атаки сменяются ажитированной депрессией и тревогой (Бадашкеев, 2020). Также имеется риск суицидальных мыслей, однако чаще всего он наблюдается у пациентов с анозогнозией. Вариантами первичной реакции могут быть различными невротическими симптомами в виде повышенной раздражительности, ранимости, эмоциональной неустойчивости, сенситивности (Герасименко, 2023). Таким образом, у больных онкологическими заболеваниями наблюдаются депрессивные тенденции, сниженный фон настроения, страх смерти, также эмоциональные влияние не связано с психоморбидными установками личности.

**Вывод.** Анализ современных исследований показал, что эмоциональные реакции, такие как тревожность, депрессия, апатия и страх смерти, существенно влияют на восприятие болезни и её течение. Эти состояния наиболее выражены при острых и онкологических заболеваниях, где пациенты испытывают резкий эмоциональный кризис. В свою очередь, хронические заболевания, такие как боли в спине, диабет или миелолейкоз, ведут к истощению эмоциональных ресурсов, снижению мотивации к лечению и ухудшению качества жизни.

Понимание этих эмоциональных и чувственных реакций имеет важное значение для врачей и психологов, так как позволяет лучше прогнозировать поведение пациентов, разрабатывать индивидуальные подходы к психокоррекции и повышать уровень комплаенса. Особенно актуальной является концепция внутренней картины болезни Р. А. Лурии, которая помогает глубже понять субъективное восприятие пациентом своего состояния и его реакций на болезнь. Систематизация знаний в данной области способствует не только улучшению медицинского обслуживания, но и созданию более эффективных программ психологической помощи, что в конечном итоге направлено на повышение качества жизни пациентов.

Таким образом, комплексное понимание эмоциональных и чувственных аспектов болезни является необходимым условием для успешной работы как медицинских, так и психологических служб, оказывающих помощь пациентам на разных этапах болезни.

### Список литературы

1. Бадашкев М. В., Дальжинов В. М. Изучение психологического состояния при онкологических заболеваниях // Концепция развития и эффективного использования научного потенциала общества: Сборник статей Международной научно-практической конференции. В 2 ч. Ч. 2. Уфа, 2020. С. 245-247.
2. Баженова П. А., Щелкова О. Ю. Особенности личности больных хроническим миелолейкозом. Текст: электронный // Психология. Психофизиология. 2010. № 40 (216). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-lichnosti-bolnyh-hronicheskim-mielolejkozom> (дата обращения: 06.10.2024).
3. Бердичевский В. Б., Бердичевский Б. А., Колпаков В. В. Анализ эмоциональных и поведенческих реакций среди здоровых лиц и пациентов с нарушением мочеиспускания на фоне хронического болевого синдрома // Медицинская наука и образование Урала. 2018. Т. 19, № 1 (93). С. 123-126.
4. Особенности психо-эмоциональных состояний у женщин с новообразованиями органов репродуктивной системы / А. Ю. Герасименко, В. Н. Тацкий, А. А. Железная, Э. Б. Яковлева // Новообразование. 2023. Т. 15, № 1 (40). С. 36-41.
5. Дубинина Е. А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. 2018. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-reabilitatsii-patsientov-perenyosshih-infarkt-miokarda> (дата обращения: 09.10.2024).
6. Комлева Н. Е., Спирин В. Ф. Качество жизни у пациентов с болью в спине. Текст: электронный // Acta Biomedica Scientifica. 2013. № 3-1 (91). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-u-patsientov-s-bolyu-v-spine> (дата обращения: 06.10.2024).

7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. Москва: Медицина, 1977. С. 37-52.

8. Прокопец Т.П., Ревакин Ю.Т. Поэтапная оздоровительно-образовательная программа профилактики и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник ТГПУ. 2008. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/poetapnaya-ozdorovitelno-obrazovatel'naya-programma-profilaktiki-i-reabilitatsii-patsientov-s-serdechno-sosudistyimi-zabolevaniyami> (дата обращения: 06.10.2024).

9. Селянина Н.В. Оценка качества жизни пациентов черепно-мозговой травмой легкой степени тяжести в остром и отдаленном периодах // Acta Biomedica Scientifica. 2013. № 3-2 (91). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-zhizni-patsientov-cherepno-mozgovo-y-travmo-y-legko-y-stepeni-tyazhesti-v-ostrom-i-otdalennom-periodah> (дата обращения: 09.10.2024).

10. Тимохина Е.С. Особенности внутренней картины болезни у людей с онкологическими заболеваниями // Современные тенденции развития науки в молодежной среде: Сборник статей участников, Елец, 16-20 апреля 2016 года. Елец, 2016. С. 391-396.

11. Якунина Е.О. Влияние эмоций на заболевание сахарный диабет 1-го типа // Вестник науки. 2021. № 5-1 (38). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-emosiy-na-zabolevanie-saharnyy-diabet-1-go-tipa> (дата обращения: 06.10.2024).

12. Балацкая Н.Я. Модель организации психологической помощи женщинам с онкологическим диагнозом // СМАЛЬТА. 2020. № 3. С. 89-97.

УДК 159.9

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ФЕНОМЕНА КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ

Е. В. Приживая

Е. И. Алыджи, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен теоретический обзор феномена когнитивных искажений. Рассмотрены основные типы когнитивных искажений. Обсуждаются механизмы возникновения и влияние когнитивных искажений на принятие решений.

**Ключевые слова:** когнитивные искажения, когнитивные ошибки, ошибки мышления

**Актуальность.** Исторический путь изучения ошибочных процессов в мышлении, включая аспекты логики, языка и когнитивные функции, насчитывает века. Аристотель был одним из первых, кто не только выявил, но и категоризировал ошибки в логическом мышлении, которые подвергались критике в рамках софистики. Несмотря на то, что с тех пор логика прошла путь развития более чем в 2000 лет, люди продолжают



совершать те же самые ошибки. Только в последние годы благодаря прогрессу в нейронауках, стали понятны механизмы работы человеческого мозга, лежащие в основе этих ошибок. Тем не менее, понимание этих причин не привело к тому, что человечество смогло бы полностью их избежать.

**Постановка проблемы.** В 1972 году Д. Канеман и А. Тверски представили миру концепции, известные как «когнитивные искажения» и «когнитивные ошибки», которые с тех пор нашли применение в различных областях гуманитарных наук. Эти термины относятся к ошибкам в мышлении, которые не являются произвольными, а скорее систематическими и предсказуемыми, возникающими в определенных ситуациях из-за дисфункциональных убеждений, укоренившихся в структуре нашего мышления. Они проявляются через повторяющиеся паттерны в автоматических мыслях и могут быть выявлены при детальном анализе. В 2002 году, Д. Канеман был удостоен Нобелевской премии (в области экономики) за изучение поведения людей в ситуации неопределенности. Он, совместно с коллегами, провел исследование, которое показало, что действия людей определяются не столько логическими доводами, сколько иррациональными мотивами и просчетами (Крюкова, Екимчик, Холова, Кирпичник, 2019).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Рассуждения на тему того, как мы размышляем и делаем выводы, особенно в контексте рациональности, вошло в академический оборот в 1970-х годах. В научных кругах России различают традиционный подход к рационализму и его более современные трактовки. Канеман подчеркивает, что классическая версия рационализма укладывается в два основных утверждения: во-первых, человек по своей природе склонен к рациональному мышлению и, как правило, проявляет здравомыслие; во-вторых, любые проявления иррациональности чаще всего могут быть объяснены воздействием эмоций. В данном контексте также активно изучаются когнитивные искажения, представляющие собой значимую часть дебатов о природе человеческого рационализма.

Изначально механизмы мышления были сформированы в ходе эволюции не случайно, а с определенными целями, преимущественно для обеспечения безопасности и эффективной адаптации к изменчивой окружающей среде. Например, наша склонность обращать внимание на негативные новости больше, чем на позитивные, является результатом эволюционного развития, когда восприятие угрозы было жизненно важным. Это приводит к тому, что мы выборочно воспринимаем информацию и наше внимание к негативу не всегда отражает реальное положение вещей.

Е. С. Легостаева считает, что на эволюционном уровне такие искажения способствуют выживанию человечества, позволяя игнорировать

неспособность некоторых особей приспособиться к возрастающим диссонансам в окружающем мире. Это позволяет нам быстро обрабатывать информацию, даже если она неполна, и делать выводы, близкие к действительности, что в свою очередь способствует принятию взвешенных и рациональных решений (Боброва, 2021).

В этом контексте кажущиеся ошибки мышления на самом деле не являются проявлением сбоя в работе мозга. Напротив, они указывают на способность к адаптации, обеспечивая возможность легко и быстро находить смысл в сложностях окружающего мира, что существенно упрощает процесс принятия решений. Другими словами, люди ошибаются, но в целом они ошибаются одинаково и предсказуемо.

Таким образом, данные психологические процессы играют ключевую роль в формировании нашего понимания мира через оценку ситуаций, выбор действий и предсказание исходов с определенной долей вероятности. Они создают впечатление, что мир устроен предсказуемо и подчиняется определенным законам, давая нам ощущение контроля и стабильности. В результате, благодаря когнитивным искажениям, человек находит способ примирения с неопределенностями и противоречиями реальности. Это подчеркивает, как важно быть осмотрительным и не делать поспешных выводов на основе ограниченного опыта или информации.

При этом, люди часто не осознают наличие ошибок в их способе мышления. Когнитивные искажения могут серьезно подорвать активность человека, снижая его эффективность, продуктивность, способность достигать поставленные цели и справляться с поставленными задачами. Когнитивные искажения могут привести к неправильным решениям, варьирующимся от простых до жизнеугрожающих как для себя, так и для окружающих, вплоть до провоцирования конфликтов и военных действий. Когда мозг поддается этим искажениям, он фактически попадает в ловушку, созданную самим собой.

Согласно А. Т. Беку (1967), когнитивные искажения могут способствовать возникновению эмоциональных нарушений, в частности на развитие депрессивных состояний, указывая на то, что восприятие и трактовка личных переживаний в повседневной жизни могут коренным образом влиять на эмоции и поведение.

Кендалл (1991) подчеркивает, что изменение восприятия переживаемых событий может привести к различным эмоциональным и поведенческим ответам. Примером может служить случай, когда человек, ставший участником автомобильной аварии, непрерывно испытывает самообвинение, что приводит к острому чувству вины, восприятию себя как неудачника и разочарованию в себе (Кондрашихина, 2023).

Брайер в 2001 году подчеркнул, что такие искажения восприятия могут вести к развитию неадаптивных форм поведения.

Альберт Эллис в своем подходе, известном как рационально-эмотивная терапия, выделил двенадцать иррациональных убеждений, ведущих к саморазрушительному поведению. Эллис указывает на то, что люди склонны создавать абсолютные требования для себя и окружающих, что приводит к появлению двух типов психологических проблем: проблем связанных с эго и проблем, возникающих из-за дискомфорта. В центре формирования иррациональных мыслей лежат суеверия и нелогичность, которые тесно связаны с когнитивными искажениями, описанными Канеманом и Беком (Кондрашихина, 2023).

А. Беком (1967) выделены следующие когнитивные искажения, вызванные эмоциональным воздействием:

1. Дихотомическое мышление, которое характеризуется тем, что человек видит мир только в черно-белых тонах, игнорируя промежуточные состояния и нейтральные эмоции, особенно в моменты, когда он сталкивается с угрозой. Это приводит к тому, что человек склонен предполагать самый плохой исход событий, исключая из рассмотрения другие возможные сценарии.

2. Персонализация — склонность индивида присваивать событиям личностный характер, интерпретируя их через призму своих личных опытов и значений. Это особенно заметно у людей, испытывающих чрезмерную тревожность; они могут воспринимать нейтральные или не связанные с ними напрямую события как направленные против них лично.

3. Выборочное абстрагирование ведет к игнорированию важных данных, что может привести к выводам, основанным на ограниченной информации. Это подчеркивает, как важно избегать принятия решений на неполной основе.

4. Произвольные умозаключения: способность людей делать умозаключения без поддержки фактами или в разрез с ними.

5. Еще один образец когнитивной ошибки — это сверхгенерализация, когда на основании одного случая делаются широкомасштабные обобщения.

6. Катастрофизация заключается в том, чтобы видеть последствия ситуации в чрезмерно негативном свете.

Позже, в 1980 году, Бернс дополнил теорию Бека о когнитивных искажениях, выделив десять типов. Далее, исследование концепции продолжило развиваться, охватывая аспекты сравнения, выражения самоуважения и стремления к совершенству, как отмечено в работах Фримана и DeVольфа (1992), а также Фримана и Остера (1999).

Но, несмотря на вышеперечисленные виды когнитивных искажений, на данный момент отсутствует универсальная система или единая классификация данного феномена. Это объясняется несколькими факторами. Начнем с того, что многие исследования в этой области сконцентрированы на изучении отдельных явлений, исследуя их причины, но не ищут

связи между ними. Другая сложность заключается в отсутствии надежного диагностического инструментария, который мог бы интегрировать разнообразные процессы принятия решений в одну структуру и проверять теоретические модели, используя реальные данные. Кроме того, многолетние исследования иррациональности в мышлении привели к тому, что сейчас мы располагаем колоссальным объемом информации, насчитывающим сотни различных искажений, что усложняет задачу их систематизации (Zaiden, Mahfar, Senin, & Fakhruddin, 2023).

**Вывод.** Таким образом, исходя из анализа вышеперечисленных теорий, становится понятно, что когнитивные искажения чаще всего служат препятствием для адекватного восприятия реальности, принятия эффективных решений, оценки собственных успехов, прогнозирования действий и т. д. Эти психологические явления преимущественно негативно окрашены и способствуют деструктивному взаимодействию с окружающим миром, затрудняя конструктивное поведение и понимание.

### Список литературы

1. Боброва Л. А. Когнитивные искажения. (Обзор) // Отечественная и зарубежная литература. Серия 3: Философия. 2021. № 2. С. 69-79.
2. Кондрашихина О. А. Метакогниции и когнитивные искажения у студентов-психологов // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. Т. 11, № 1. С. 75-83.
3. Феномен когнитивных искажений субъективных оценок жизненных явлений и его измерение (первичная русскоязычная адаптация шкалы когнитивных искажений — CdS)/Т. Л. Крюкова, О. А. Екимчик, Ю. А. Хохлова [и др.] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. № 4. С. 54-63.
4. Global Research Pattern of Cognitive Distortion: A Bibliometric Analysis/F. Zaiden, M. Mahfar, A. A. Senin, F. M. Fakhruddin // Sage Open. 2023. Vol. 13, № 4. P. 45-59.

УДК 159.9

## ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В АЛЕКСИТИМИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ИНТЕЛЛЕКТЕ

М. К. Роговая, К. Р. Струганова

Н. Н. Вишнякова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье авторы рассматривают гендерные различия алекситимии и эмоционального интеллекта, особенности алекситимии, влияние ее на различные сферы жизни, а также о теориях, описывающих происхождение алекситимии. Автор повествует о важных аспектах эмоционального интеллекта (ЭИ), компонентах ЭИ, различиях

эмоционального интеллекта между мужчинами и женщинами. Также в статье приведены результаты исследования, которые характеризуются различными аспектами двух феноменов среди разных полов.

**Ключевые слова:** алекситимия, гендер, гендерные различия, эмоции, эмоциональный интеллект (ЭИ), эмпатия

**Актуальность.** Современное общество всё больше относится внимательно к изучению эмоциональных процессов и их влияния на психологическое благополучие, социальные отношения и профессиональную деятельность человека. Эмоциональный интеллект (ЭИ) и алекситимия (неспособность осознавать и выражать эмоции) играют важную роль в повседневной жизни, влияя на способность к адаптации, межличностному общению и эффективному решению проблем.

Исследование гендерных различий в этих аспектах позволяет лучше понять, как мужчины и женщины справляются с эмоциональной регуляцией, каковы их особенности в восприятии и выражении эмоций, и как эти различия могут влиять на здоровье и социальные взаимодействия (Гоулман, 1995). Это имеет практическое значение для психотерапии, диагностики эмоциональных нарушений и разработки программ по развитию эмоциональной компетентности. Также исследование способствует более глубокому пониманию гендерной специфики в эмоциональном опыте, что актуально в условиях современной динамичной социальной среды, где гендерные роли подвергаются трансформации.

Изучение гендерных различий в алекситимии и эмоциональном интеллекте является актуальной научной задачей, как с точки зрения теоретического вклада в психологию эмоций, так и с практической точки зрения для разработки эффективных подходов к эмоциональной поддержке и развитию эмоционального интеллекта (Сифнеос, 1973).

**Постановка проблемы.** Алекситимия — это состояние, при котором человек испытывает трудности в распознавании своих и чужих эмоций, что приводит к проблемам, как в области эмоциональной рефлексии и саморегуляции, так и в установлении и поддержании межличностных контактов.

Вследствие затруднений, которые испытывают при словесном описании эмоций и ощущений, у алекситимиков наблюдается дефицит внешних проявлений эмоциональных реакций, что не означает бесчувственности в целом. Имея выход, ощущения и чувства могут быть подавлены или трансформироваться в болезненные явления во внутренних органах, что может привести к психосоматическим заболеваниям. Эмоциональность у алекситимиков гораздо выше, чем у людей с низкими показателями алекситимии. Данный результат может быть следствием представления алекситимии, как механизма адаптации или психологической защиты, направленной на блокирование эмоций.

Феномен алекситимии в наше время являются предметом изучения нескольких дисциплин. В современном мире отсутствует четкая и однозначная трактовка природы феномена, механизмов его развития и самого понятия. Ввиду того, что алекситимию обнаруживают у людей с психосоматическими расстройствами и невротами, а также у психически здоровых людей, данное расстройство относят не к причинам, а скорее к факторам риска развития патологии.

Половые различия в рамках в рамках алекситимии у студентов показали: неалекситимичных студентов оказалось 73 человека (45,6%). Алекситимичных выявлено 27 человек (16,9%). По полученным данным юноши страдают алекситимией в меньшей степени (11,36%), чем девушки (19%) (Искусных, 2015, 2018).

Существуют три теории, описывающие происхождение алекситимии: биологическая (как первичный процесс), теория регрессии или отрицания, а также социально-психологическая (как первичный процесс). В биологической теории главная роль отводится генетическому механизму, дефектам или особенностям развития головного мозга. В теории регрессии или отрицания алекситимия возникает в результате психических травм и проявляется в форме защитного механизма психики, происходит блокирование эмоций. По социально-психологической теории алекситимия возникает как феномен приспособления к индустриальному обществу, в котором требуется конкретно-реалистическое, эмоционально мало окрашенное приспособительное поведение (Брель, 2017).

В рамках исследования М.К. Москачева обнаружилось: чем богаче у испытуемых аффективная речь и чем выше их способность вербализовать чувства, тем большей способностью к данному виду эмпатии они обладают. Таким образом, чем богаче у испытуемого эмоциональный словарь, тем больше он склонен к проявлению не только таких примитивных форм эмоциональной эмпатии, как подверженность к эмоциональному заражению и сильно выраженная эмоциональная чувствительность, но и более развитых форм эмоционального отклика на чужой эмоциональный опыт и сочувствие.

Стоит упомянуть, что такой параметр алекситимии, как «бедность фантазии», положительно связан с готовностью «включаться в проблемы других», что интерпретировать свидетельствует о стремлении компенсировать бедность собственной внутренней жизни интенсивным участием в проблемах других людей.

Алекситимия представляет собой не просто недостаток способности к вербализации собственных чувств, но и более масштабное нарушение импрессивной способности — умения понимать эмоциональные состояния, в том числе по невербальной экспрессии и оказывать сочувствие им.

Исследование когнитивных аспектов алекситимии показало неожиданные результаты. Предыдущие исследования часто предполагали,

что алекситимия приводит к общему дефициту в способности понимать чувства других людей. Однако, новые данные опровергают это упрощенное представление. Способность к когнитивной эмпатии, проявляющаяся в «смене позиции» — способности понять точку зрения другого человека при решении познавательных задач — у людей с алекситимией не нарушена. Их способность к когнитивной децентрации, то есть отстранению от собственной точки зрения и принятию чужой, была сопоставима со способностями участников контрольной группы без признаков алекситимии. Они могут логически понимать, что чувствует другой человек в данной ситуации, могут вербализовать это понимание, однако они сталкиваются с трудностями при переработке эмоциональной информации, особенно собственной. Проблема возникает не на этапе когнитивной оценки ситуации, а на этапе эмоционального отклика и его вербализации.

Для когнитивной сферы индивидов с выраженной алекситимией также характерно недостаточно сформированное воображение, преобладание наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабость функции символизации и категоризации в мышлении.

Личностный профиль этих пациентов обычно связан с неопределённостью, поверхностностью, отсутствием долгосрочно перспективы, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии. Вместо личностного роста и развития наблюдается чрезмерный прагматизм, невозможность целостного представления собственной жизни. Творческое отношение к жизни практически отсутствует, что приводит к ухудшению не только внутриличностной ситуации, но и к межличностным конфликтам. На фоне низкой эмоциональной дифференцированности в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых плохо осознаются пациентами. Ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, формируют особый коммуникативный стиль поведения этих людей, который становится значительным препятствием в психотерапевтической работе с ними (Брель, 2017).

Согласно Д. Гоулману, эмоциональный интеллект — это «способность человека истолковывать собственные эмоции и эмоции окружающих с тем, чтобы использовать полученную информацию для реализации собственных целей».

Эмоциональный интеллект состоит из четырех основных компонентов: самоанализа, самоуправления, социальной осведомленности и управления отношениями.

Для девушек наиболее значимыми качествами являются понимание чужих и своих эмоций, эмпатия и эмоциональная осведомленность. Для юношей наиболее важно уметь управлять своими и чужими

эмоциями, контролировать их внешнее проявление и умение замотивировать себя с использованием собственных эмоций (Плотникова, 2022).

При изучении показателей алекситимии и эмоционального интеллекта у людей с депрессией наблюдалось, что у большинства изученных пациентов была высокая алекситимия и низкий уровень эмоционального интеллекта. Плохой показатель эмоционального интеллекта привел к увеличению суицидальных мыслей и алекситимии у пациентов с депрессивным расстройством. У пациентов с депрессией увеличение алекситимии увеличило суицидальные мысли и повлияло на показатель суицидальных мыслей от эмоционального интеллекта и алекситимии. Это исследование может иметь значительные клинические эффекты, и оно подчеркивает важность сосредоточения внимания на эмоциях (Mohamed, Ahmed, 2023).

Многие годы общество разных стран изучают значение гендерных различий в области эмоционального интеллекта. Так результаты работы Shahzad S., Bagum N. показали, что существует разница между средними показателями мужчин и женщин в отношении эмоционального интеллекта, причем у мужчин уровень эмоционального интеллекта выше, чем у женщин. Однако разница достигла уровня 0,01. В то время как в Испании (Extremera N., Fernández-Berrocal P., Salovey P.) наблюдалось обратное: женщины систематически набирали значительно более высокие баллы.

Нервная система женщин менее устойчива. Поэтому женщина быстро переходит от одного эмоционального состояния к другому. Ее способность к мгновенному психическому перевоплощению превосходит способность мужчины. Однако меняющиеся условия современного общества не могут не влиять на гендерные роли, и, соответственно, на различия эмоционального интеллекта у мужчин и женщин (Непорожнева, 2021).

Можно говорить, что женщины характеризуются более сложными взаимосвязями компонентов эмоционального интеллекта. Так, у женщин способность к пониманию своих эмоций и управление ими, связана со способностью вызывать у других людей те или иные эмоции. Способность к пониманию эмоций других людей и управлению ими связана у женщин с их способностью и потребностью управлять своими эмоциями, вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные. В то время как у мужчин, внутриличностный эмоциональный интеллект непосредственно связан с межличностным эмоциональным интеллектом. Другими словами, чем более развита у мужчин способность к пониманию собственных эмоций и управлению ими, тем выше способность к пониманию эмоций других людей и управлению ими. Эта особенность детализируется в следующих корреляциях. Чем более развита способность к осознанию своих эмоций, тем выше



возможность контролировать внешние проявления своих эмоций и более выражена способность понимать эмоциональное состояние другого человека на основе внешних проявлений эмоций. Чем более развита способность и потребность мужчин управлять своими эмоциями, вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные, тем выше способность вызывать у других людей те или иные эмоции, снижать интенсивность нежелательных эмоций. Таким образом, можно говорить о том, что различия эмоционального интеллекта у мужчин и женщин носят скорее качественный, нежели количественный характер. Мужчины и женщины в равной степени переживают те или иные события. Однако они по-разному могут понимать причины эмоций, выражать те или иные эмоциональные состояния. Эти особенности обусловлены влиянием гендерных норм, гендерных ролей, которые формируются путем воспитания (Юрьева, 2018).

### **Методы и материалы.**

1. Торонтская алекситимическая шкала, TAS-20. Интерпретация результатов ТАШ позволяет определить степень алекситимии у человека. Более высокие баллы указывают на большую склонность к алекситимии, тогда как более низкие баллы свидетельствуют о большей способности распознавать и выражать эмоции.
2. Пертский опросник алекситимии, PAQ — самоотчётный опросник для взрослых и подростков, предназначенный для оценки всех компонентов алекситимии по отношению как к отрицательным, так и положительным эмоциям.
3. Тест эмоционального интеллекта (ЭМИн). Опросник состоит из 46 утверждений, по отношению к которым испытуемому предлагается выразить степень своего согласия по 4-балльной шкале, и затрагивает все четыре вида эмоционального интеллекта. В основу опросника положена трактовка ЭИ как способности к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими.

В данной исследовательской работе рассматриваются гендерные различия алекситимии и эмоционального интеллекта (32 человека) от 18 до 24 лет, из них 16 мужчин и 16 женщин. Респонденты являются студентами Красноярского государственного медицинского университета различных факультетов, преимущественно обучающиеся на специальности «Клиническая психология».

**Результаты исследования.** Показатель алекситимии у мужчин (56,19) оказался больше, чем у женщин (46,88), что может являться следствием влияния ряда биологических, культурных и социальных факторов, таких как социальные нормы, культурное воспитание, ожидания общества, нейрофизиологические различия мозга мужчин и женщин. Показатели не являются существенно разными и это связано с тем,

что вторичный и чаще встречающийся феномен алекситимии связан с психологическими травмами, стрессом, которые затрагивают оба гендера в равной степени.

Также у мужчин наблюдались более высокие показатели по шкалам: «трудность идентификации чувств», и «трудность описания чувств», чем у женщин. Что говорит нам о действительном преобладании алекситимии у мужчин, а также о больших трудностях в идентификации и описании чувств и эмоций у мужчин.

О влиянии алекситимии на описание чувств мужчинами, говорят нам шкалы: «описание позитивных чувств» и «описание негативных чувств». Так как значения по ним меньше, чем у женщин, что говорит нам о том, что мужчинам сложнее описать свои чувства в вербальной форме.

Стоит обратить внимание также на шкалу: «контроль экспрессии». У мужчин показатель выше, чем у женщин, что говорит о большем контроле мужчин над своими эмоциями, что также обуславливается ожиданиями общества и культурным воспитанием, а также о меньшем контроле за эмоциями у женщин, что тоже обусловлено некоторой разницей в нейробиологии мозга мужчины и женщины, а также культурным воспитанием.

Внешне ориентированное мышление — это стиль мышления, характерный для людей с алекситимией, который проявляется в сосредоточенности на внешних, объективных аспектах жизни, при этом мало внимания уделяется внутренним эмоциональным переживаниям и чувствам. Человек с этим типом мышления предпочитает конкретные, осязаемые аспекты реальности и чаще всего не задумывается о значении или глубине своих эмоций. Этот аспект освещается в шкале «внешне-ориентированное мышление». Наше исследование показало: мужчины в среднем набирали больше баллов по этой шкале (38,63), что выше практически в два раза, чем у женщин (18,56). Это в свою очередь свидетельствует нам о том, что мужчины меньше уделяют внимания внутренним эмоциональным переживаниям и чувствам, предпочитая ориентироваться на объективных аспектах жизни.

**Вывод.** Проведенное исследование выявило незначительные гендерные различия в уровнях алекситимии и эмоционального интеллекта, подтверждая существование специфических особенностей у мужчин и женщин в понимании, выражении и контроле своих эмоций. Мужчины демонстрируют более высокий уровень алекситимии и испытывают большие трудности в идентификации и вербализации своих чувств. Это, вероятно, связано с влиянием социальных норм и ожиданий, биологических факторов и особенностей культурного воспитания, которые делают выражение эмоций менее приемлемым для мужчин. В то же время женщины показали более высокий уровень эмоционального интеллекта, что позволяет им лучше распознавать и регулировать свои эмоции и понимать эмоции других.

## Список литературы

1. Брель Е. Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3 (97). С. 74-81.
2. Брель Е. Ю., Стоянова И. Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 4 (97). С. 74-81.
3. Искусных А. Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. № 6 (52). С. 24-28.
4. Искусных А. Ю. Алекситимия как психофизиологическая, педагогическая, медицинская проблема // Центральный научный вестник. 2018. Т. 3, № 17 (58). С. 11-12.
5. Москачева М. А., Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4 (83). С. 98-114.
6. Непорожнева А. В. Гендерные различия в сфере эмоционального интеллекта // Студенческий электронный журнал СтРИЖ. 2021. № 5 (40). С. 57-59.
7. Плотникова Е. С. Эмоциональный интеллект как фактор эмоционального развития у юношей и девушек // Вестник ПГУ им. Шолом-Алейхема. 2022. № 4 (49). С. 45-56.
8. Юрьева О. В. Гендерные различия в проявлении эмоционального интеллекта // Формирование гуманитарной среды в вузе: инновационные образовательные технологии. Компетентностный подход. 2018. Т. 1. С. 277-281.
9. Extremera N., Fernández-Berrocal P., Salovey P. Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: reliabilities, age and gender differences // Psicothema. 2006. Vol. 18. P. 42-48.
10. Mohamed B. E. S., Ahmed M. G. A. E. Emotional intelligence, alexithymia and suicidal ideation among depressive patients // Archives of psychiatric nursing. 2022. Vol. 37. P. 33-38. DOI: 10.1016/j.apnu. 2021.12.002
11. Shahzad S., Bagum N. Gender differences in trait emotional intelligence: A comparative study // Business Review. 2012. Vol. 7, № 2. P. 106-112.

УДК 37.013.77

## **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИГРЫ В ГОЛЬФ: НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА ВИДА СПОРТА «ГОЛЬФ»**

**А. К. Романова**

**А. Н. Кокорин, научный руководитель**

*Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук,  
г. Красноярск, Россия*

Работа проводилась при финансовой поддержке Красноярского краевого фонда науки по проекту «Разработка региональной модели организации научно-методического и медико-биологического обеспечения системы подготовки спортивного резерва Красноярского края на примере вида спорта «Гольф».

**Аннотация.** Задачами научно-методического обеспечения стали: формирование и научно-методическое обоснование цели подготовки в годичном и четырехлетнем (олимпийском) циклах для спортсменов сборных команд России; планирование уровня спортивных достижений спортсменов и команд на основных соревнованиях годичного и четырехлетнего цикла и соответствующих этим уровням характеристик (нормативных показателей) подготовленности на всех этапах подготовки; планирование и программирование подготовки спортсменов и команд, обеспечивающих своевременное достижение запланированных уровней подготовленности спортсменов и команд, достаточных для достижения поставленных целей; обеспечение системы управления и оптимизации процесса подготовки спортсменов и команд.

**Ключевые слова:** научно-методическое обеспечение, коррекция тренировочного процесса

**Актуальность.** Ключевыми направлениями развития гольфа на ближайшие годы будут развитие системы подготовки спортивного резерва и массового спорта, распространение гольфа во все субъекты Российской Федерации. Высокие спортивные результаты в таком высокоразвитом виде спорта как гольф могут быть достигнуты только на базе современной системы спортивной подготовки созданной с учетом особенностей и традиций вида спорта и особенностей системы физической культуры и спорта нашей страны.

В целях ускоренного развития предстоит найти разумный компромисс между двумя путями развития гольфа как клубной системы, реализованной в большинстве стран мира, и существующей в нашей стране традиционной системы подготовки спортивного резерва.

**Постановка проблемы.** Научно-методическое обеспечение реализуется комплексной научной группой, в состав которой входят ученые и специалисты в области физической культуры и спорта, соответствующие направленности программ обследований в рамках научно-методического обеспечения, включаемые в составы спортивных сборных команд Российской Федерации и являющиеся сотрудниками центров спортивной подготовки, образовательных, научных и иных организаций, при проведении спортивных мероприятий, включенных в Единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий.

Научно-методическое обеспечение предусматривало:

- прогнозирование спортивных достижений;
- разработку модельных характеристик спортсменов высшей квалификации, внедрение современных средств и методов в практику подготовки спортивных сборных команд;

- совершенствование критериев отбора кандидатов в спортивную сборную команду;
- программирование системы тренировок и соревнований;
- осуществление комплексного контроля за подготовленностью спортсменов;
- проведение обследований и разработку рекомендаций по коррекции планов и тренировочных программ на основе сравнения фактического уровня готовности спортсменов и нормативных показателей;
- проведение восстановительных мероприятий педагогического характера;
- систематический анализ динамики и структуры тренировочных нагрузок;
- обследование соревновательной деятельности;
- этапные комплексные и текущие обследования, включая биохимические обследования. Комплексная программа закрепляла, что все обследования в системе научно-методического обеспечения должны осуществляться в соответствии с целевой комплексной программой по виду спорта и планом подготовки спортивной сборной команды и реализовываться на спортивных мероприятиях. До начала годичного макроцикла сотрудники, привлеченные к научно-методическому обеспечению команды, участвовали в разработке индивидуального плана подготовки путем предоставления систематизированной актуальной информации и научно-методической помощи в реализации алгоритма разработки планов. На протяжении всего года проводился анализ выполнения спортсменами индивидуального плана подготовки (выполненных нагрузок) и определения динамики показателей долговременной и срочной адаптации организма спортсмена к тренировочным нагрузкам. Эти разделы работы также включались в программу научно-методического обеспечения. На основании мероприятий и данных научно-методического обеспечения осуществлялись корректировка индивидуального плана подготовки спортсменов спортивных сборных команд и прогноз динамики состояния спортсменов по этапам годичного цикла.

**Методы и материалы.** Методический контроль за процессом использования данных комплексного контроля для коррекции тренировочного процесса направлен на соблюдение корректности технологий сбора, обработки и анализа информации, своевременности коррекции индивидуальных модельных характеристик, а также на доведение результатов контроля до тренеров в доступном для понимания и практического

использования виде. Все мероприятия в системе комплексного педагогического контроля осуществляются в соответствии с целевой комплексной программой подготовки по виду спорта и планом подготовки спортивной сборной команды и реализуются на спортивных мероприятиях. Традиционно центральным звеном системы комплексного педагогического контроля подготовки спортсменов является система диагностики состояния организма и изменений в уровне подготовленности

Для разработки качественного, обоснованного индивидуального плана подготовки требуются:

- анализ предыдущего сезона с выявлением «проблем» (лимитирующих факторов);
- определение целей и задач планирования в контексте работы с проблемными или наоборот — перспективными разделами подготовки;
- определение должной (требуемой, оптимальной) динамики изменения состояния спортсмена по основным параметрам в макроцикле или более длительном тренировочном периоде;
- формулировка задач подготовки на уровне микро-, мезоциклов и этапов подготовки для перевода на понятный тренерам и спортсменам педагогический язык тактики и стратегии управления оперативным и текущим состоянием организма спортсмена с целью обеспечения его системной адаптации в направлении повышения эффективности решения соревновательной двигательной задачи путем применения тренировочных нагрузок и внутренировочных средств восстановления;
- подбор тренировочных нагрузок, которые должны применяться с использованием строго определенных методов, специфичных (эффективных) для решения поставленных тренировочных задач на уровне микро-, мезоциклов и этапов подготовки;
- целесообразное распределение средств подготовки в годичном цикле для обеспечения запрограммированной динамики состояния спортсмена (методический план).



*Рис. 2. Структура и содержание мероприятий комплексного педагогического контроля в рамках научно-методического обеспечения подготовки спортсменов*

**Результаты исследования и их обсуждение.** Влияние физических качеств и телосложения на результативность в гольфе можно определить по следующим значениям: 3 — значительное влияние; 2 — среднее влияние; 1 — незначительное влияние.

Для спортивной дисциплины «гольф»:

Координационные способности — 3;

Гибкость — 3;

Вестибулярная устойчивость — 2;

Выносливость — 2;

Скоростные способности — 2;

Мышечная сила — 2;

Телосложение — 1.

Тактика игровых действий в гольфе по сравнению с мини-гольфом обладает большей алгоритмичностью. В гольфе каждый следующий удар обычно совершается более короткой клюшкой и приводит к перемещению мяча на меньшее расстояние, чем предыдущий удар.

По мере приближения к лунке уменьшается амплитуда и, соответственно, мощность совершения игровых действий. В этом проявляется алгоритмичность тактики в гольфе. По мере приближения к лунке уменьшается и количество возможных траекторий мяча, позволяющих ее поразить.

Условная вероятность события, состоящего в приближении мяча к лунке, после каждого удара, как правило, увеличивается. Следовательно, по мере приближения к лунке уменьшается мера неопределенности в выборе тактических схем, приводящих к ее поражению. В этом смысле тактика игры в гольф носит явно выраженный вероятностный характер с уменьшением энтропии необходимых игровых действий по мере их совершения.

**Вывод.** Таким образом, перечисленные выше позиции должны быть обязательными при разработке любого тренировочного плана для спортсменов любой квалификации и функционального класса спортсменов.

### Список литературы

1. Фудин Н. А. Медико-биологические технологии в физической культуре и спорте. Москва: Спорт: Человек, 2018. 321 с.
2. Сафонов В. К. Психология в спорте: теория и практика. Санкт-Петербург: Изво С.-Петерб. гос. ун-та, 2013. 231 с.
3. Базарин К. П., Савченко А. А. Вклад психоэмоционального напряжения в развитие срыва адаптации в соревновательном периоде у квалифицированных спортсменов // Acta Biomedica Scientifica. 2016. № 2 (108). С. 7-11.

УДК 159.99

## ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В СПОРТЕ

А. В. Сенашова

А. Н. Кокорин, научный руководитель

*Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук,  
г. Красноярск, Россия*

Работа проводилась при финансовой поддержке Красноярского краевого фонда науки по проекту «Разработка региональной модели организации научно-методического и медико-биологического обеспечения системы подготовки спортивного резерва Красноярского края на примере вида спорта «Гольф».

**Аннотация.** На наших глазах совершается технологическая революция — искусственный интеллект (далее — ИИ) радикально меняет многие стороны индивидуальной и общественной жизни. В перспективе, технологии ИИ предполагают переход к принципиально новой модели управления, основанной на данных и максимально гибко подстраивающейся под изменения с целью получения наилучшего результата.



**Ключевые слова:** искусственный скаутинг, чат-боты в спортивных организациях, машинное зрение, аналитическая поддержка тренировочного и соревновательного процесса

**Актуальность.** Эффекты внедрения технологий ИИ уже сейчас ощущаются во многих областях профессиональной и общественной жизни. Рассматривая глобальное применение, можно сказать, что спортивная индустрия сейчас также затронута этими событиями, но еще не смогла извлечь значимую выгоду из комплексных решений, созданных на основе ИИ. Однако ожидается, что вскоре искусственный интеллект глубоко проникнет во все области спорта и вызовет в нем радикальные изменения. Фактически, сегодня спортивное оборудование и одежда, которые способны собирать данные от своих пользователей, программное обеспечение для управления командой, которое может анализировать весь объем данных, указывают лишь на начальный этап развития искусственного интеллекта.

Рассмотрим некоторые отдельные направления использования ИИ в современном спорте.

**Постановка проблемы.** С помощью алгоритмов искусственного интеллекта тренеры и игроки могут анализировать огромные объемы данных об играх, соперниках и собственных выступлениях. Эти данные могут использоваться для выявления сильных и слабых сторон, разработки стратегий и принятия обоснованных решений, причем даже в режиме реального времени. ИИ также может помочь в профилактике травм, отслеживая движения игроков и анализируя биомеханические данные для выявления движений, которые могут привести к повреждениям. По мере развития технологий искусственного интеллекта закономерно ожидать появления все большего количества инноваций в мире спорта. Однако уже сейчас все чаще можно услышать опасения по поводу этических последствий их применения, таких как проблемы конфиденциальности и безопасности данных, а также возможность полной замены ИИ принятия решений человеком. Возникают и другие вопросы. Что если система ИИ обучается на необъективных данных, ведь тогда она будет давать необъективные результаты? На ком лежит ответственность, если искусственный интеллект наносит вред или совершает ошибку? Впрочем, несмотря на важность поиска приемлемых решений этих вопросов, уже ясно, что дальнейшее развитие ИИ неизбежно, равно как и расширение областей его применения. В конце концов, пока все ключевые решения все равно принимают люди — и они же определяют степень вовлеченности искусственного интеллекта в нашу жизнь. На сегодняшний день алгоритмы, построенные на базе нейронных сетей, показывают достойные результаты в таких областях как компьютерное зрение, распознавание речи, обработка естественного языка и других. Формирование новых подходов в этой области,

основанных, например, на построении решающих правил по конечным (возможно зашумленным) выборкам, позволит достичь значительных результатов в последующем использовании теории нейронных сетей, что, в свою очередь, повышает интерес исследователей в рассматриваемой области. Значительный опыт решения прикладных задач обучения по прецедентам, в первую очередь задач распознавания, восстановления регрессии и прогнозирования был накоплен уже к середине 60-х годов XX века. Большую популярность приобрел подход, основанный на построении модели восстанавливаемой зависимости в виде параметрического семейства алгоритмов. С помощью численной оптимизации подбираются такие значения параметров модели, при которых алгоритм допускает наименьшее число ошибок на заданной обучающей выборке прецедентов. Этот метод получил название минимизации эмпирического риска.

**Методы и материалы.** После завершения обзора литературы мы собрали и проанализировали данные о применении ИИ в виде спорта «гольф». Мы рассмотрели и оценили данные о различных компонентах ИИ, таких как спортивная аналитика, машинное обучение, предиктивное моделирование и анализ производительности. Авторы также провели кейс-исследования нескольких спортивных организаций, которые успешно внедрили технологии на основе ИИ, такие как использование алгоритмов машинного обучения для прогнозирования результатов.

Результаты исследования показывают, что ИИ имеет значительный потенциал для революционизации способов тренировок и соревнований для спортсменов в виде спорта «гольф». Используя технологии на основе ИИ, тренеры и тренеры могут оптимизировать программы тренировок, улучшать анализ производительности. Мы проанализировали представления о текущем состоянии научных исследований, связанных с использованием ИИ в виде спорта «гольф», и выявили области для будущих исследований. Несмотря на значительный потенциал технологий на основе ИИ в спортивной индустрии, необходимо учитывать этические соображения, и требуется дальнейшее исследование, чтобы обеспечить дальнейший рост и эффективность технологий ИИ в спорте.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Преимущества использования искусственного интеллекта в виде спорта «гольф» охватывают широкий спектр возможностей: чат-боты, машинное зрение, Скаутинг и Аналитическая поддержка тренировочного и соревновательного процесса.

**Чат-боты.** Спортивные команды и спортивные организации используют помощников с искусственным интеллектом, чтобы отвечать на вопросы болельщиков. Чаще всего чат-боты способны взаимодействовать с пользователями по таким темам, как информация об игре в реальном времени, статистика команды и логистика арены (тренажерного зала, стадиона).

Машинное зрение. Технология, основанная на анализе видеоряда с помощью технологий ИИ. Машинное зрение активно используется в спорте для решения различных задач, чаще всего связанных с трекингом (отслеживание траекторий движения), вопросами обеспечения безопасности. Например, в автомобильных гонках, таких как Nascar, очень сложно определить потенциально опасные повреждения автомобиля, так как скорость транспортных средств очень высока. Разработано решение на основе машинного зрения, позволяющее оценивать текущее состояние автомобиля и оборудования, которые могут привести к неисправностям. Система биометрической идентификации «Визирь» внедрена на ряде крупных спортивных объектов в России. На технологии машинного зрения основана разработанная в составе ведомственной информационной системы министерства спорта Красноярского края подсистема мониторинга загрузки спортивных объектов в режиме реального времени.

Скаутинг. Спортивные клубы создают системы обработки информации, которые изучают данные о результативности и проводят анализ потенциала спортсмена. В данные о результативности включены не только основные факторы вида спорта, такие как, например, количество голов, но и гораздо более сложные переменные. Организуя эти данные с помощью различных алгоритмов, искусственный интеллект предлагает именно то, что нужно команде. Например, футбольный клуб хочет иметь в своем составе футболиста, который может быстро и хорошо пасовать. ИИ может найти лучшие результаты, исследуя тысячи примеров на исторических данных.

Интересно, что по данным действий игроков в компьютерных играх, например, таких как Football Manager, можно достаточно точно оценить реальный потенциал футболистов. Спортсмены, добившиеся успеха в игре, также весьма успешны и в реальной жизни. Это открывает новые грани направления фиджитал спорта, который начал развиваться в нашей стране в последние годы.

Аналитическая поддержка тренировочного и соревновательного процесса.

Данная область, открывает, пожалуй, наиболее широкие возможности для применения технологий ИИ в спорте. В современных условиях, в процессе спортивной деятельности, как отдельного игрока, так и команд в целом, накапливаются огромные массивы данных — функциональных, медицинских, технических и т. д., эффективно анализировать которые без применения современных методов просто не под силу человеку. Извлечь из этих данных максимум означает возможность поиска спортивно одаренных детей, возможность прецизионной индивидуализации процесса многолетней спортивной подготовки с полной реализацией потенциала спортсмена, возможность избегать травм и заболеваний, вызванных непропорциональной нагрузкой, возможность планировать медицинское обеспечение индивидуально и строго на доказательной базе.

№	Пол	Шкалы результатов			Характеристика внимания				Сумма времени опережений /мс	Сумма времени опережений /мс	Скорость сенсорной реакции /мс	Среднее значение			
		Уровень начала работы в /тц	Средняя частота в /Гц	Усредненный межударный интервал в /мс	Показатель силы нервной системы /по Е.И. Ильину	Объем	Распределение	Перекрестность					Число точных реакций /штук	Число опережений /штук	Число запаздываний /штук
1	0	0,55	0,527778	0,341176	0,214286	0,2	0,313253	0,052632	1	0,16129	0,244444	0,061464	0,097304	0,427771	0,081498
2	0	0,55	0,305556	0,423529	0,119048	0,363636	0,457831	0,184211	0,62069	0,483871	0,222222	0,404744	0,137213	0,506024	0,085903
3	0	0,35	0,305556	0,611765	0,166667	0,327273	0,46988	0,078947	0,344828	0,193548	0,644444	0,13466	0,511078	0,572289	0,057269
4	0	0,125	0,166667	0,752941	0,309524	0,127273	0,024096	0,473684	0,275862	0	0,822222	0,005356	0,65937	0,427771	0,008811
5	0	0,775	0,444444	0,435294	0	0,290909	0,036145	0,921053	0,413793	0,645161	0,244444	0,935476	0,141618	0,259036	0,039648
6	0	0,425	0,444444	0,423529	0,261905	0,181818	0,240964	0,131579	0,344828	0,193548	0,644444	0,570773	0,469034	0,439759	0,046256
7	0	1	1	1	0	0,261905	0,127273	0,554217	0,578947	0,096774	0,8	0,078551	0,424853	0,198795	0,037445
8	0	0,675	0,383333	0,270588	0,214286	0,290909	0,240964	0,447368	0,586207	0,129032	0,466667	0,070645	0,27496	0,439759	0,052863
9	0	0,45	0,527778	0,329412	0,404762	0,181818	0,385542	0,078947	0,551724	0,387097	0,355556	0,269574	0,202483	0,349398	0,088106
10	0	0,5	0,416667	0,435294	0,142857	0,236364	0,39759	0,210526	0,172414	0,548387	0,511111	0,637592	0,849039	0,590361	0,295154
11	0	0,5	0,555556	0,317647	0,309524	0,327273	0,554217	0,026316	0,275862	0,16129	0,666667	0,312165	0,400294	0,385542	0,085903
12	0	0,45	0,388889	0,494118	0,166667	0,181818	0,180723	0,289474	0,689655	0,193548	0,422222	0,109921	0,213294	0,216867	0,066079
13	0	0,25	0,472222	0,4	0,547619	0,054545	0,120482	0,052632	0,206897	0,354839	0,622222	0,289722	0,507341	0,052863	
14	0	0,15	0,194444	0,682353	0,333333	0,4	0,120482	1	0,724138	0,290323	0,288889	0,182862	0,15977	0,477594	0,072687
15	0	0,425	0,5	0,376471	0,380952	0,654545	0,563855	0,052632	0,551724	0,451613	0,333333	0,384086	0,562467	0,457831	0,092511

Рис. 1. Фрагмент нормализованной обучающей выборки

В части тактики и стратегии аналитические системы с ИИ потенциально способны помочь тренерскому штабу разрабатывать оптимальные схемы действий по отношению к каждому конкретному противнику, анализируя его сильные и слабые стороны и проводя мгновенное тестирование тысяч различных вариантов, чтобы выбрать лучшие.

Рассмотрим следующий пример нейросетевого моделирования. В исследовании приняли участие красноярские спортсмены гольфисты в возрасте от 14 до 20 лет в количестве 55 человек. Спортсмены разделены на две группы по рейтингу спортивной успешности в соответствии с величиной гандикапа. Средняя продолжительность занятий в спортивной секции гольфа в обеих группах 3,2 года. Для исследования использовалась Психодиагностическая система «Эгоскоп» (ООО НПКФ «Медиком МТД», Российская Федерация), комплекс стабилотрический ST-150 (ООО «Мера-ТСП», Российская Федерация).

Использовались язык разработки Python 3.9, фреймворк для работы с нейросетями TensorFlow. Нейросеть полносвязная, прямого распространения. На представленной выборке нейросеть обучается до точности 87%, что является достаточно высоким показателем для возможности практического применения данного подхода.

Такая нейросетевая модель может быть использована в составе систем поддержки принятия решений в процессе спортивного отбора, но ценность ее для научно-исследовательского процесса, очевидно, ограничена, так как мы не получаем новых знаний о взаимосвязи входных параметров и результата, в данном случае — какое влияние каждая из психофизиологических характеристик оказывает на прогноз успешности в гольфе?

**Вывод.** Таким образом, технологии искусственного интеллекта могут в ближайшее время внести существенные изменения во все аспекты спортивной деятельности. Учитывая, что спорт является примером предельно высоко конкурентной среды, необходимо особое внимание в научно-исследовательских и практических проектах уделять развитию данного направления, так как именно здесь существуют возможности для формирования прорывных технологических решений.

### Список литературы

1. Дюк В. А., Флегонтов А. В., Фомина И. К. Применение технологий интеллектуального анализа данных в естественнонаучных, технических и гуманитарных областях // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2011. № 138. С. 77-84.
2. Минбалеев А. В., Титова Е. В. Проблемы использования технологий искусственного интеллекта в спортивной сфере и правовые ограничения // Человек. Спорт. Медицина, 2020. № 20 (S2). С. 114-119.
3. Novatchkov H., Baca A. Artificial intelligence in sports on the example of weight training // Journal of sports science & medicine. 2013. Vol. 12, № 1. P. 27-37.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ХРОНИЧЕСКУЮ ИШЕМИЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

П. В. Скутин

Ю. В. Живаева, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** ОНМК и ХИГМ приобретают всё более широкие масштабы распространения среди населения Российской Федерации. Эти заболевания способны принести вред не только за счет снижения когнитивных функций человека, но и за счет обострения его личностных черт. Исследование влияния личностных черт больного на проявление суицидальных наклонностей может помочь в уточнении ведущего фактора в профилактике попыток аутоагрессии среди пострадавших от инсульта. Окружение человека, его социальная среда, и время, проведенное после инсульта, могут повлиять на выраженность суицидальных наклонностей.

**Ключевые слова:** ОНМК, ХИГМ, личностные черты, суицидальное поведение, корреляция, регрессия

**Актуальность.** В современном мире условия для жизни человека часто представлены в ином виде, нежели в котором они были представлены тысячи и десятки тысяч лет назад. Такое быстрое в рамках эволюции изменение окружающей среды не могло не сказаться на состоянии здоровья человека. Измененная экология, новое питание, сидячий образ жизни, постоянный стресс из-за социально-культурных факторов накладывает свой отпечаток на тело человека. Такое воздействие факторов, способных к своему сочетанию, на организм человека довольно часто приводит к появлению болезней, которые раньше считались преимущественно старческими. Примером такой болезни может послужить инсульт и хроническая ишемия мозга. Эти болезни связаны с поражением головного мозга человека через нарушение кровообращения, которое может выражаться либо в кровоизлиянии в само вещество головного мозга, либо в ухудшении питания вещества головного мозга, что приводит к постепенной атрофии серого и белого вещества головного мозга (Малаев, 2018).

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям, в большинстве стран инсульт занимает второе-третье место как одна из причин смертей населения. В России инсульт занимает второе место, уступая только кардиоваскулярной патологии (Малаев, 2018).

Х.М. Малаев отмечает, что, по данным статистического анализа на 2018 год, в России инсульт поражал около 500 тысяч человек с показателем заболеваемости 3 на 1000 человек населения. Автор также указывает, что наблюдается постепенное омоложение этой болезни, которая раньше считалась больше «старческой», чем недугом, который мог проявиться у более молодого возраста; теперь инсульт распространяется и на людей трудоспособного возраста — 65 лет (Малаев, 2018).

Сегодня многие больные могут не получать поддержки в эмоциональной сфере после перенесенного инсульта (Liming, 2022). Развитие способов коррекции эмоционального состояния больных, перенесших инсульт уже вступило в активную фазу развития. Достижению цели в плане улучшения эмоционального состояния могут помочь несколько методов: поддержание эмоционального состояния при помощи медикаментов (Shkolnik, 2019), применение психотерапии с целью адаптации к болезни, вовлечение больного в физически активный образ жизни (Александрова, 2021).

**Постановка проблемы.** При поражении центральной нервной системы у человека наблюдается психоорганический синдром, который выражается в появлении триады Вальтера-Бюзля, которая включает в себя расстройства памяти, снижение интеллекта и мышления и эмоционально-волевые нарушения. Вследствие нарушения работы головного мозга у человека могут обостряться уже присущие ему личностные черты, что отражается в его поведении, взаимодействиях с другими, самооощущении и взгляде на мир.

При обострении личностных черт человека можно ожидать усиление негативного отношения к самому себе, которое может стоять на убеждении о том, что человек стал ненужным, инвалидом, обузой для семьи и общества. Такое усиление негативных черт депрессивного характера может стать причиной повышения суицидального риска у пациентов с ОНМК и хронической ишемией головного мозга.

При исследовании особенностей личности, эмоционального состояния людей, пострадавших от ОНМК могут проявляться такие состояния эмоциональной стороны больного, как повышенные показатели депрессии и тревоги согласно методике «HADS» (Ермакова, 2019). При проведении работы в мультидисциплинарной бригаде с психологом, направленной на коррекцию самооотношения и отношения к болезни, формированию позитивного взгляда на лечебные процедуры, отмечается уменьшение тревоги и депрессии согласно шкалам «HADS» (Ермакова, 2023).

Важность исследования влияния личностных черт у людей с нарушением кровообращения головного мозга может быть обусловлено необходимостью установления возможного ведущего фактора между личностью и средой, окружением человека, обуславливающего склонность к суицидальному поведению.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось на базе Краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания пансионата «Ветеран».

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы.

В качестве теоретических методов были использованы: анализ теоретических источников, касающихся поставленной проблемы исследования.

В качестве эмпирических методов сбора информации были использованы следующие методы: тестирование (с помощью опросника «Мини-мульти»), или сокращенный многофакторный опросник для исследования личности, методика «Суицидальная личность» (СЛ-19).

Для количественной и качественной обработки данных (с применением программы RStudio) применялись: статистический анализ данных проводился с помощью корреляционного анализа Пирсона и регрессионного множественного анализа.

Выборка исследования представлена пожилыми мужчинами и женщинами в возрасте от 60 лет. Среди участников приняло участие 7 мужчин и 8 женщин. Каждый участник имеет установленный диагноз в виде ОНМК и хронической ишемии головного мозга.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для анализа возможной взаимосвязи шкалы депрессии как личностной черты с уровнем суицидального риска, были использованы такие методы статистического анализа, как метод корреляционного анализа Пирсона и метод построения простой линейной регрессии.

При анализе возможной корреляционной связи были получены следующие результаты, которые не позволяют предположить о наличии статистически значимой корреляционной связи между шкалой депрессии опросника «Мини-мульти» и шкалой суицидального поведения опросника «СЛ-19». Уровень р-значимости, или предположение о случайности полученной корреляции, равен 0.232, что превышает стандартное допущение в виде значения 0.05.

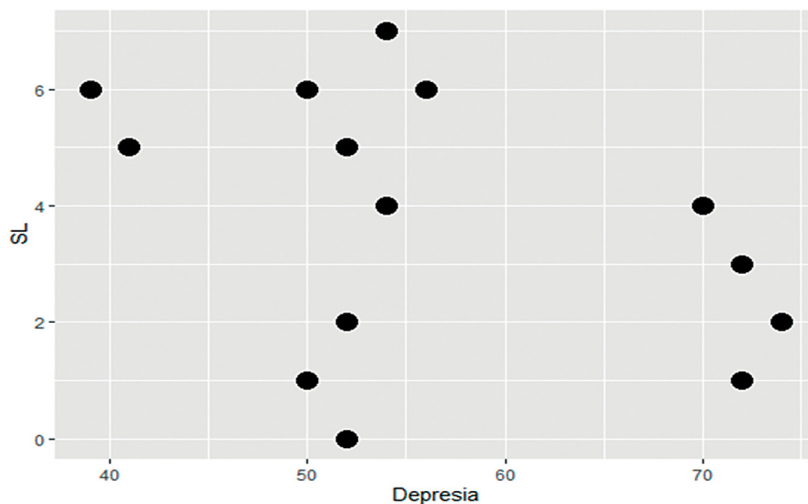
При построении графика можно увидеть следующее распределение данных.

Для утверждения полученного результата был проведен регрессионный анализ, где в качестве зависимой переменной использовался выраженность суицидального поведения, а в качестве независимой переменной — шкала депрессии как личностной черты.

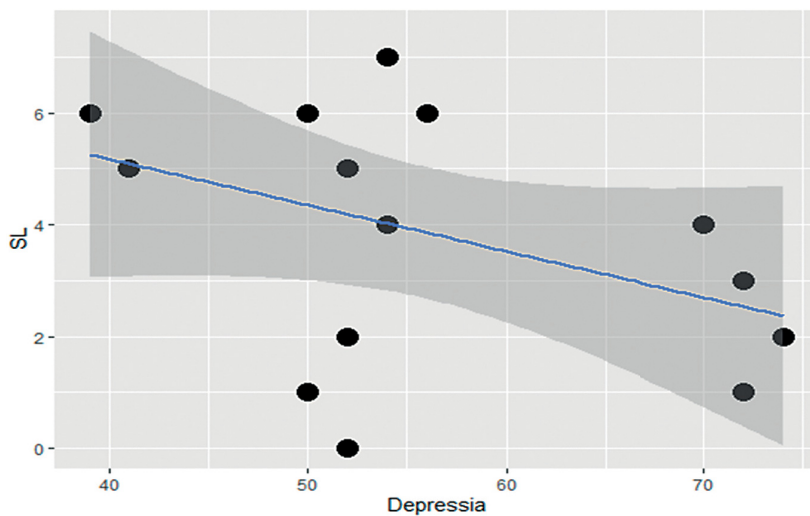
При проведении простой линейной регрессии между этими двумя показателями было выявлено, что и в регрессии не наблюдается, возможно, значимого результата, который мог бы подтвердить взаимосвязь этих двух переменных. Так, уровень дисперсии корреляции при работе с имеющимися данными равен 0.1674, что представляет собой довольно слабое влияние независимой переменной на зависимую. Однако р-значение



при проведении простой линейной регрессии оказалось равным 0.13, что не позволяет предполагать о не случайности полученных значений, или статистической значимости полученных данных.



*Рис. 1. График корреляции между уровнем депрессии как черты личности и выраженностью суицидального поведения*



*Рис. 2. График простой линейной регрессии между выраженностью суицидального поведения (SL) и шкалой депрессии как личностной черты (Depressia)*

**Обсуждение результатов.** Полученные данные, несмотря на малую выборку, могут быть интерпретированы несколькими способами. Одним из первых предположений может стать гипотеза о том, что шкала депрессии как личностной характеристики в опроснике «Мини-мульти» не является ведущим фактором во влиянии на суицидальное поведение человека, что может указывать на наличие иного ведущего фактора воздействия. Таким фактором воздействия имеет шанс быть окружение, или социальная среда, в котором находится пациент. В этом окружении человек с диагнозом ОНМК и ХИГМ может получать достаточную поддержку и заботу со стороны окружающих его людей, что позволяет ему преодолеть суицидальное поведение, которое может быть вызвано негативной оценкой своего физического состояния.

Вторым предположением о причинах отсутствия взаимодействия между двумя параметрами в виде депрессии как чертой личности и суицидального поведения может являться гипотеза о том, что суицидальное поведение могло проявляться в самом начале постинсультного периода, когда только произошел инсульт. После продолжительного времени, больные могли адаптироваться к новым условиям своей жизни, привыкнуть к новому образу себя, благодаря чему их суицидальные наклонности могли смягчиться.

**Вывод.** В ходе проведенного исследования полученные данные могут быть использованы для дальнейшего поиска ведущего фактора в проявлении суицидальных наклонностей больных с ОНМК и хроническим ишемическим нарушением головного мозга.

В работе была поставлена цель, узнать оказывает ли депрессия как черта личности значимое влияние на суицидальное поведение больных с острым нарушением головного мозга и хронической ишемией головного мозга. Обобщая результаты исследования, можно предположить, что депрессия как личностная черта согласно опроснику «Мини-мульти» не является ведущим фактором в выражении суицидального поведения как минимум по двум причинам: окружающая социальная среда могла помочь больным быстро восстановиться и адаптироваться к болезни; или больные могли привыкнуть к новому образу «Я» за достаточно продолжительный срок жизни после инсульта.

### Список литературы

1. Александрова В.А., Скотникова А.В., Нигметова А.У. Применение йоги как средства повышения эмоционального состояния у лиц, перенесших ишемический инсульт // Бизнес. Образование. Право. 2021. № 4 (57). С. 392-396. DOI: 10.25 683/VOLBI. 2021.57.441
2. Дмитриева К.В. Особенности психоэмоционального состояния у больных с инсультом в условиях стационара // 90 лет на страже здоровья: достижения и перспективы. Чебоксары, 2020. С. 32-38.

3. Ермакова Н.Г. Нарушение высших психических функций и их влияние на ограничение самообслуживания и жизнедеятельности больных с последствиями инсульта // Психология. Психофизиология. 2019. № 1. С. 60-70.

4. Ермакова Н.Г. Психосоциальные аспекты адаптации после инсульта // Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2023. № 6. С. 93-99. DOI: 10.33910/herzenpsyconf-2023-6-12

5. Ефремова М.Д. Инсульт как актуальная социально-психологическая проблема // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2018. № 8 (24). С. 159-167.

6. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психологические проблемы семьи больного, перенесшего инсульт // Медицинская психология в России. 2020. Т. 12, № 4. С. 64-72.

7. Малаев Х.М., Агабекова Э.С. Инсульт: статистика и динамика заболеваемости // Инсульт и сосудистые заболевания головного мозга. 2018. № 1. С. 7-11.

8. Сиволап Ю.П. Инсульт и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 9. С. 143-147. DOI: 10.17116/jnevro2019119091143

9. Shkolnik V.M., Gudaryan Yu.I. Study of quality of life and health in the restorative period of treatment in patients have hemispheric ischemic stroke // Евразийское Научное Объединение. 2019. № 10-3 (56). P. 188-192.

10. Trends in Outpatient Treatment for Depression in Survivors of Stroke in the United States, 2004-2017/D. Liming, M. Briana, S.W. Linda, L.D. Lisabeth // Neurology. 2022. Vol. 98, № 22. P. e2258-e2267. DOI: 10.1212/wnl.000000000000200286

УДК 159.9

## **ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК НЕОБХОДИМАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**А.С. Судочакова**

**Е.И. Алыджи, научный руководитель**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье анализируется проблема важности и актуальности такого феномена, как жизнестойкость, для сотрудников ГУФСИН. Сотрудники силовых структур, подвержены стрессовым ситуациям намного чаще, чем работники других сфер. Также рассматриваются методы и способы оптимизации показателей жизнестойкости.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, контроль, принятие риска, сотрудники, стресс, стрессоустойчивость

**Актуальность.** В настоящее время все люди очень подвержены стрессу, несмотря на возраст, образование или род деятельности.

Каждому человеку на своем жизненном этапе приходится справляться с определёнными задачами, при решении которых, могут возникнуть проблемы или сложности, которые в свою очередь вызывают стрессовые ситуации.

Сотрудники структурных организаций, таких как ГУФСИН, подвержены стрессу больше, чем остальные. Для этого им нужно адаптироваться и развить в себе навыки и качества, благодаря которым они смогли бы быстро и эффективно реагировать на стрессовые ситуации. Наиболее важным таким качеством является жизнестойкость.

**Постановка проблемы.** Жизнестойкость — это характеристика личности, которая, как считает С. Мадди, и есть ключ к стрессоустойчивости. А благодаря стрессоустойчивости, человек может добиться субъективного благополучия, улучшить качество жизни и реализовать себя в жизни.

В отличие от копинг-стратегий как способов, алгоритмов действия, привычных и традиционных для человека, жизнестойкость — черта личности, установка на выживаемость, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и преобразовать его в положительную и дополнительную энергию. Она подразумевает осознание и принятие человеком собственной уязвимости и своих реальных возможностей.

**Методы и материалы.** Жизнестойкость сотрудников ГУФСИН — это одно из ключевых качеств, необходимых для успешного выполнения служебных обязанностей в условиях, где каждый день приходится сталкиваться с негативными факторами и стрессовыми ситуациями. Благодаря своей высокой жизнестойкости сотрудники ГУФСИН способны эффективно справляться с трудностями, не терять боеспособность даже в самых экстремальных ситуациях и оставаться верными своим принципам и ценностям.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Понятие жизнестойкость включает в себя три компонента, такие как, вовлеченность, контроль и принятие риска.

Первый компонент вовлеченность, подразумевает под собой, убежденность человека в том, что полное включение в реальную действительность, окружающую его, дает ему возможность найти в ней интересное и важное для себя. При высоком уровне включенности у человека возрастает потребность в контакте с другими людьми. Взаимодействие с окружающими дает более обширное, многостороннее видение мира, что помогает, углубить понимание собственных ценностей и целей. Человек, осознанно взаимодействующий с реальностью, начинает чувствовать свою значимость в этой экосистеме, ощущая, что его действия и намерения имеют не только вес, но и последствия.

Второй компонент, это контроль. Контроль занимает важную позицию в жизни каждого человека. Он проникает во все аспекты нашего

существования, от личных отношений до профессиональной деятельности. Огромную роль контроль занимает в работе у сотрудников ГУФСИН, где требуется максимальное сосредоточение на своих обязанностях, и действиях согласно правилам и распорядкам.

Эффективный контроль позволяет предотвратить возможные угрозы и свести к минимуму риски. Он проявляется не только в физических действиях, но и в психологическом аспекте — уверенность в своих силах и умение обеспечивать порядок. Контроль требует от них высоких моральных стандартов, ответственности и предельной внимательности.

Третий компонент, это принятие риска. Принятие риска — убежденность человека в том, что всё, что с ним происходит, необходимо для его развития, поскольку дает ему опыт как положительный, так и отрицательный. Встретиться лицом к лицу с чем-то новым, непонятным способен, сильный и уверенный в своих силах человек. Именно такими качествами должен обладать сотрудник силовых структур. Человек, готовый встретиться лицом к лицу с неопределенностью, открывает для себя новые горизонты возможностей. В условиях, где стабильность и предсказуемость часто становятся недостижимыми, адаптация к неопределенности, способность оперативно принимать решения и не бояться ошибок становится необходимостью, для успешной работы. Каждый день перед сотрудниками стоят задачи, требующие не только профессионализма, но и смелости — смелости выходить за рамки обыденности, стремиться к новым решениям и в случае необходимости, находить альтернативные пути решения задач. Постоянная готовность к переменам формирует у человека внутреннюю устойчивость. Принятие риска предполагает также ответственность за свои поступки и решения, что требует высокой степени самоорганизации, дисциплины и уверенности в собственных силах.

**Вывод.** Развитие и оптимизация уровня жизнестойкости это не простой, и многогранный процесс. Он включает в себя психологические, когнитивные и физиологические особенности, а также уровень их развития у каждого человека. Жизнестойкость не является врожденным качеством, она формируется через жизненный опыт, преодоление трудностей и осознание своих собственных возможностей.

В качестве факторов помогающих улучшить уровень жизнестойкости, выделяют следующие:

1. *Эмоциональная саморегуляция.* Осознание и принятие своих эмоций, особенно негативных. Умение анализировать причинно-следственную связь этих эмоций, вовремя скорректировать себя и своё поведение, найти экологичный способ, для того чтобы сбросить эти эмоции, и не копить в себе. Умение сохранять спокойствие в стрессовых ситуациях является основой жизнестойкости.

2. *Когнитивная гибкость.* Решение разного рода задач, освоение новых навыков, развитие критического мышления, выполнение

и достижение поставленных целей и планов, все это повышает когнитивную гибкость. Что в свою очередь помогает сотрудникам более успешно адаптироваться к новым ситуациям, находить нестандартные решения при столкновении с препятствиями и трудностями.

3. *Социальная поддержка.* Эмоциональная поддержка близких, заботливых и понимающих людей помогает справляться со сложными ситуациями.

4. *Позитивный взгляд.* Умение находить в неудачах возможность для своего роста, и приобретение новых знаний и умений.

5. *Физическая выносливость.* Регулярные тренировки, физические нагрузки, достаточное количество сна, сбалансированное питание, оказывают положительное влияние на организм. Что в свою очередь помогает более устойчиво переносить стрессовые нагрузки.

Развитие жизнестойкости — это постепенный процесс, требующий терпения, самоанализа и настойчивости.

### Список литературы

1. Абдусаматова Ш. С. Эмоциональный дистресс, угроза собственному «Я» как обязательный компонент жизни человека // *Central Asian Research Journal*. 2021. № 4. С. 15-23.
2. Албакова З. А. Психологические причины возникновения профессионального стресса // *Гуманизация образования*. 2018. № 5. С. 119-124.
3. Александрова Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии // *Сибирская психология сегодня: сборник научных статей*. Кемерово: Кузбассвуиздат, 2014. С. 82-90.
4. Анциферов Е. Е. Личностные факторы, влияющие на эффективность совладания со стрессом // *Вестник науки*. 2023. № 9 (66). С. 202-228.
5. Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // *Психологический журнал*. 1994. Т. 15, № 1. С. 76-85.
6. Красикова Ю. Ю., Ливерко А. А. Профессиональный стресс в деятельности сотрудников уголовно-исполнительной системы, занимающих руководящие должности // *Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта*. 2018. № 5 (159). С. 45-57.
7. Одинцова М. А. Психология жизнестойкости. Москва: ФЛИНТА: Наука, 2015. 296 с.
8. Характеристика психической устойчивости сотрудников отдела охраны с различными сроками службы в уголовно-исполнительной системе Российской Федерации/П. В. Потемкин, К. Б. Малышев, А. М. Соболев [и др.] // *Пенитенциарная наука*. 2021. Т. 15, № 3. С. 553-564.
9. Соколова Ю. А. Влияние стрессовых факторов на личность сотрудников уголовно-исполнительной системы Российской Федерации в условиях профессиональной деятельности // *Ведомости уголовно-исполнительной системы*. 2021. № 5. С. 35-38.

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ю. Р. Тихомирова, Д. В. Дождева

И. О. Логинова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования типов отношения к болезни и способов совладания со стрессом у пациентов онкологического профиля. Результаты исследования характеризуют наиболее благоприятную картину у пациентов данной категории в отношении заболевания.

**Ключевые слова:** психологические особенности, онкологические заболевания, пациенты, типы отношения к болезни, способы совладания со стрессом

**Актуальность.** В современном мире борьба с онкологическими заболеваниями ставит перед медицинским сообществом и психологами серьезные вызовы (Левченко, Соловьев, 2021). Психологическое сопровождение пациентов с онкологическими заболеваниями становится все более приоритетной задачей, поскольку психологический аспект играет значительную роль в процессе борьбы с болезнью и восстановления здоровья (Артамонова, Зминчук, 2019). Психологическая поддержка помогает больным справиться с эмоциональными и психологическими вызовами, преодолеть страхи и тревоги сначала в терапевтическом альянсе с психологом, а затем самостоятельно (Громова, 2020).

Диагноз рака может иметь глубокое воздействие на психологическое благополучие пациентов. Психологические особенности, такие как депрессия, тревога и экзистенциальные проблемы, распространены среди онкологических больных и могут существенно влиять на их качество жизни и результаты лечения.

Коррекция психологических особенностей является неотъемлемой частью комплексного ухода за онкологическими больными. Она направлена на выявление и решение проблем, которые мешают их психологическому благополучию. Эффективная психологическая коррекция может помочь пациентам справиться с трудностями, связанными с их заболеванием, улучшить их общее состояние и повысить качество их жизни.

**Методы и материалы.** Для изучения были применены следующие методы исследования:

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

2. Методы сбора эмпирических данных с помощью методик: «Тип отношения к болезни, ТОБОЛ», «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (CISS),

Методика ТОБОЛ, как указывалось выше, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) позволяет определить доминирующие копинг-стратегии: проблемно-ориентированная стратегия; эмоционально-ориентированная стратегия; избегание; отвлечение; социальное отвлечение (поиск социальной поддержки). Адаптированный вариант копинг-стрессового поведения включает перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и нацелен на определение доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий.

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

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам полученных данных можно сказать, что преобладающим типом реагирования у пациентов является гармонический тип (31,4%), далее тревожный, неврастенический и сенсетивный типы (14,3%), так же немало пациентов с ипохондрическим типом (11,4%), в самом маленьком проценте находятся паранойяльный, апатический, дисфорический, эргопатический типы.

Результаты свидетельствуют о том, что большинству пациентов свойственна трезвая, реалистичная, адекватная, без склонности преувеличивать тяжесть, оценка больным собственного диагноза. Больные стремятся активно содействовать успеху лечения, обладают высоким уровнем приверженности. Отсутствует тенденция обременять окружающих своим состоянием. В случае негативного прогноза, пациент с гармоничным типом реагирования, переключится на области жизни, которые являются для него доступными.

Результаты копинг-стратегии продемонстрировали что преобладающей стратегией является конструктивный копинг (63,7%). Это указывает на то, что онкобольные стремятся активно решать проблемы, связанные с заболеванием, искать информацию, обращаться к врачам и вести здоровый образ жизни.



Эмоционально-центрированный копинг (17,1 %) говорит о наличии навыка управления эмоциями и сохранение психического равновесия. Поиск социальной поддержки (9,5 %) демонстрирует готовность обращаться за помощью к людям. Избегание (5,6 %) как один из способов отклонения от проблем, отрицания реальности. Снижение ответственности (4,1 %) может быть признаком перекладывания ответственности за ситуацию на других людей или обстоятельства.

Результаты опроса демонстрируют разнообразие копинг-стратегий, используемых онкобольными, и подчеркивают важность индивидуального подхода к помощи пациентам. Понимание копинг-механизмов онкобольных является необходимым условием для эффективной помощи и поддержки в сложной ситуации онкологического заболевания.

В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что у пациентов с онкологическими заболеваниями преобладает гармонический тип реагирования, что свидетельствует об их адекватной оценке собственного состояния и активной вовлеченности в процесс лечения. Большинство пациентов демонстрируют высокую приверженность к терапии и стремление к конструктивному решению проблем, что подтверждается доминированием конструктивного копинга.

Эмоционально-центрированный копинг указывает на наличие навыков управления эмоциями, а поиск социальной поддержки свидетельствует о готовности обращаться за помощью. Низкие показатели избегания и снижения ответственности говорят о том, что пациенты предпочитают активно справляться с трудностями, а не уклоняться от них.

**Вывод.** Полученные результаты подчеркивают важность индивидуального подхода к каждому пациенту и необходимость учета различных копинг-стратегий в процессе оказания помощи. Понимание механизмов копинга у онкобольных является ключевым для эффективной поддержки и улучшения качества их жизни в условиях заболевания.

### Список литературы

1. Абрамчик Т.В., Ситников А.В. Психологические аспекты реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями // Психология здоровья. 2019. № 2 (1). С. 45-52.
2. Артамонова С.И., Зминчук И.А. Психологическая помощь онкологическим пациентам: Особенности и методы коррекции // Клиническая психология и специальная психология. 2019. № 2 (3). С. 122-130.
3. Воробьев А.В. Психологическая поддержка пациентов с онкологическими заболеваниями: опыт и рекомендации // Медицинская психология 2020. № 3 (4). С. 255-263.
4. Громова И.В. Психосоциальные аспекты жизни пациентов с онкологическими заболеваниями // Онкология и модульные аспекты здоровья. 2020. № 8 (1). С. 86-95.
5. Жарикова Н.В., Нечипорук Ю.В. Психологическая коррекция и поддержка онкологических пациентов // Журнал медицинской психологии. 2021. № 6 (2). С. 110-118.
6. Костенко В.П. Психотерапия в онкологии: современные подходы и методы // Клиническая медицина. 2021. № 99 (5). С. 76-82.

7. Левченко Е., Соловьев И. Г. Психологические интервенции в лечении онкологических заболеваний // Психология и здоровье. 2021. № 13 (1). С. 34-41.

8. Петров И. В. Психологические аспекты и методы работы с онкологическими больными // Медицинская психология. 2022. № 14 (4). С. 292-300.

УДК 159.9

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН

Д. К. Чикунова

Н. Н. Вишнякова, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье приводится теоретическое и практическое исследование уровня отношения к ребёнку у женщин, имеющих отягощенный гинекологический анамнез, и у женщин, не имеющих отягощенного гинекологического анамнеза. Рассмотрены особенности социально-психологических характеристик женщин в период беременности. Проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление типа отношения к беременности и скрининг перинатальной тревоги.

**Ключевые слова:** перинатальная тревога, депрессия, женщины, беременность

**Актуальность.** Психологический процесс беременности в обществе является одной из наиболее изучаемых и востребованных тем в области, как медицины, так и перинатальной медицинской психологии. Психологический процесс беременности в обществе охватывает множественные аспекты, включая эмоциональные изменения, стрессы и ожидания будущих родителей. Для многих женщин беременность — это не только физическое, но и глубокое психическое преобразование. Изменение восприятия собственного тела, страхи перед родами и забота о будущем ребенке могут вызывать как положительные, так и отрицательные эмоции. Кроме того, социальные факторы, такие как поддержка со стороны партнера, семьи и друзей, играют ключевую роль в психологическом состоянии беременной женщины. Наличие устойчивой социальной сети может значительно снизить уровень тревоги и помочь легче справляться с вызовами, связанными с этим важным этапом жизни. Важно, чтобы окружение проявляло чуткость и понимание, способствуя положительной атмосфере.

Проблема перинатальной тревоги является одной из самых актуальных проблем на протяжении последнего десятилетия. Согласно отчету

Федеральной службы государственной статистики, касающемуся здоровья беременных, рожениц и новорожденных, за последние пять лет существенно уменьшилось количество женщин, успешно завершивших беременность в срок — на 23,5 % (Качурина, 2023). В то же время, количество беременностей, полученных благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям, удвоилось (Горьковая, 2018).

На сегодняшний день оценка беременности и процессов родов в основном сосредоточена на анализе физиологических явлений и связанных с ними осложнений. Психологические аспекты, влияющие на женщин в этот период, рассматриваются лишь косвенно, хотя именно тревожные эмоции, стрессы, депрессии и страхи, испытанные во время беременности, часто становятся главными факторами, приводящими к патологиям при родах.

К слову, наиболее распространённым психоэмоциональным расстройством среди женщин в перинатальном периоде является тревожно-депрессивное расстройство с симптомами различной степени тяжести. Исследователи, как в России, так и за рубежом рассматривают пренатальную тревогу как многогранное явление, которое включает в себя генерализованную тревожность, дополненную физическими факторами беременности. Уровень тревоги выступает ключевым индикатором, различающим физиологически нормальную и осложнённую беременность (Жуковская, 2022). Симптомы тревоги могут проявляться хотя бы раз более чем у половины женщин, находящихся в положении, а стойкие тревожные состояния наблюдаются у свыше 17 % женщин в предродовой период. Большинство ученых в области перинатальной психологии считают, что умеренный уровень тревожности является оптимальным для беременной, так как он способствует её адаптации к процессу беременности, родам и появлению малыша (Чебан, 2022).

**Постановка проблемы.** В период беременности у женщин, помимо общего беспокойства, возникают специфические страхи, связанные с физиологическими аспектами вынашивания, здоровьем и нормальным развитием плода, а также готовностью к материнству и неизбежными изменениями в семейной динамике и жизни в целом. На более поздних сроках наблюдается усиление страха, который может становиться иррациональным и навязчивым, поскольку беременная женщина не в состоянии предсказать или контролировать финал родов. Чувство вины и страхи по поводу ухудшения собственного здоровья, боли во время родов, а также возможных проблем с новорожденным могут негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии матери. Это сочетание страхов и переживаний может значительно усложнить её психофизиологическое благополучие.

Психологически благополучная беременность предполагает уверенность, спокойствие и эмоциональную уравновешенность будущей матери,

что способствует её наслаждению моментами материнства и установлению гармонии с окружающим миром. Поддерживающая среда, включая общение с близкими и участие в группах поддержки, играет ключевую роль в этом процессе. Будущая мама должна иметь возможность выражать свои эмоции, что помогает избежать чувства одиночества и тревоги. Исследования показывают, что перинатальная тревога может привести к проблемам в развитии ребенка, эмоциональным расстройствам у матери и сложностям во взаимодействии с новорожденным. Высокий уровень тревоги в перинатальный период увеличивает риск послеродовой депрессии, что негативно сказывается на заботе о ребенке (Bergh, 2020).

Также перинатальная тревога ухудшает физическое и психическое состояние женщины, может приводить к нежелательным исходам беременности, таким как преждевременные роды и низкий вес при рождении, что имеет долговременные последствия для здоровья ребенка. Кроме того, психологическая нагруженность матери влияет на формирование психологических компонентов гестационной доминанты, что влияет на тип отношения к своей беременности и в целом на отношение будущего малыша.

Существует много факторов, которые влияют на развитие перинатальной тревоги, такие как, возраст, семейное положение, согласие мужа на рождения мужа, образование и др. В данном исследовании мы решили выяснить основные особенности перинатальной тревоги и компоненты гестационной доминанты. Объект исследования — перинатальная тревога.

**Методы и материалы.** В качестве предмета исследования у нас выступили сравнительный анализ перинатальной тревоги с отягощенным и не отягощенным гинекологическим анамнезом. Исследование проводилось в онлайн-формате с применением Google-форм. В исследовании приняли участие 28 женщин: 10 женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом в возрасте от 19 до 35 лет, 18 женщин, не имеющих каких-либо осложнений во время беременности, в возрасте от 19 до 42 лет.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методики:

1. Тест отношений к беременности (И. В. Добряков).
2. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS) в адаптации М. А. Коргожа, А. О. Евмененко.

**Результаты исследования.** Результаты исследования социально-психологических характеристик представлены наглядны.

В выборке не оказалось женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом. Участницы исследованы по возрастным категориям: 3 женщины (11 %) — от 19 до 23 лет, 2 женщины (7 %) — от 25 до 27 лет, 5 женщин (18 %) — 32 года и старше.

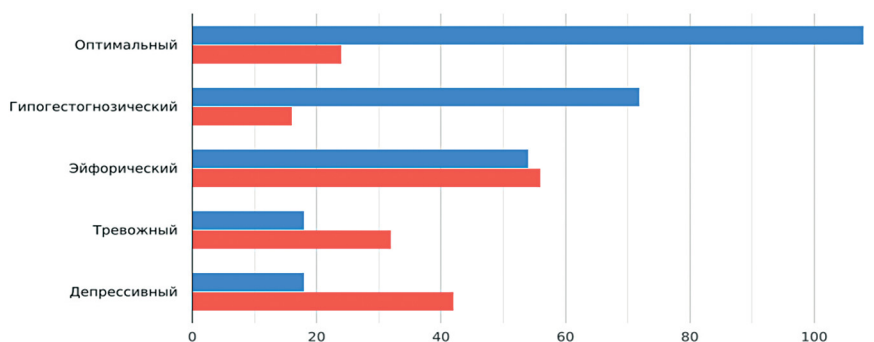
Всего в исследовании участвовали 7 женщин старше 32 лет с нормальной беременностью, 7 женщин (25%) от 18 до 24 лет и 6 женщин (22%) от 25 до 27 лет. 13 женщин (72%) с нормальным протеканием беременности имеют высшее образование, 5 (28%) — среднее специальное.

Среди женщин с отягощенным анамнезом 8 (80%) имеют высшее образование. 11 женщин (62%) с нормальным протеканием в браке, 3 (17%) живут в незарегистрированном браке, 1 (4%) в разводе, 3 (17%) не замужем.

У 6 женщин (34%) с нормальной беременностью двое детей, 10 (55%) — одного ребенка. У женщин с отягощенным анамнезом 5 (50%) имеют одного ребенка. 13 женщин (72%) с нормальной беременностью довольны количеством детей.

У женщин с отягощенным анамнезом 9 (90%) довольны детьми, 1 (10%) хотела бы больше. Все мужья согласны с рождением ребенка.

Для выявления типа отношения к беременности была проведен тест.



*Рис. 1. Тест отношений к беременности (И. В. Добряков)*

В результате исследования были выявлены следующие варианты ПКГД (психологического компонента гестационной доминанты) у женщин с различными состояниями здоровья:

1. Преимущественно оптимальный (ПО) вариант ПКГД наблюдается у 70% женщин без гинекологических заболеваний.
2. Преимущественно эйфорический (ПЭ) вариант встречается у 55% женщин с гинекологическими заболеваниями.
3. Преимущественно гипогестогнозический (ПГ) вариант проявляется у 75% женщин без гинекологических заболеваний.
4. Преимущественно тревожный (ПТ) вариант ПКГД отмечен у 35% женщин с гинекологическими заболеваниями.
5. Преимущественно депрессивный (ПД) вариант ПКГД встречается у 45% женщин с гинекологическими заболеваниями.

Выявлено, что женщины из группы с оптимальным типом ПКГД оказались наиболее благополучны. Для них были характерны уравновешенность, низкая ситуативная тревожность, умеренная личностная тревожность, отсутствие депрессивных симптомов. В то же время и у них отмечались порой затруднения при принятии самостоятельного решения, особенно в неопределенных условиях, изредка возникающее немотивированное беспокойство. Также у большинства отметился гипогестогнозический тип, что характеризуется бегством в работу и игнорирование подготовки к родам. Дети часто отдаются бабушкам (няням), что разрушает симбиотические связи и порождает холодность как матери, так и ребенка (Dekel, 2019).

Таблица 1

### Скрининговая шкала перинатальной тревоги, PASS-R

Субшкалы	Респонденты с отсутствием гинекологических проблем	Респонденты с наличием гинекологических проблем
Острая и навязчивая тревога	93	120
Социальная тревога	54	38
Навязчивый перфекционизм	95	83
Специфические страхи	93	58
Проблемы адаптации (диссоциация)	34	27
Фобия	7	9

Таким образом, при анализе результатов исследования, полученных путем интернет-опроса скрининг шкалы, было выявлено, что среди матерей, имеющих в анамнезе выкидыши, замершие беременности, внематочные беременности, преобладают женщины, которые стремятся к симбиотическим отношениям с ребенком и испытывают острую и навязчивую тревогу. Помимо этого, данные женщины стремятся инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Более здоровые родители пытаются все больше контролировать из-за чего и появляется перфекционизм.

**Вывод.** Психологически благополучная беременность предполагает уверенность, спокойствие и эмоциональную уравновешенность будущей матери, что способствует её наслаждению моментами материнства и установлению гармонии с окружающим миром. Поддерживающая среда, включая общение с близкими и участие в группах поддержки, играет ключевую роль в этом процессе. Будущая мама должна иметь возможность выражать свои эмоции, что помогает избежать чувства одиночества и тревоги. Исследования показывают, что перинатальная тревога может привести к проблемам в развитии ребенка, эмоциональным

расстройствам у матери и сложностям во взаимодействии с новорожденным. Высокий уровень тревоги в перинатальный период увеличивает риск послеродовой депрессии, что негативно сказывается на заботе о ребенке. Также перинатальная тревога ухудшает физическое и психическое состояние женщины, может приводить к нежелательным исходам беременности, таким как преждевременные роды и низкий вес при рождении, что имеет долговременные последствия для здоровья ребенка. В целом полученные результаты согласуются с данными современных исследований, что говорит о серьезности проблемы изучения отношения к ребенку женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом и требует детального исследования.

### Список литературы

1. Горьковая И. А., Коргожа М. А. Влияние течения беременности и качества жизни женщин на развитие послеродовой депрессии // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Т. 7, № 4 (25). С. 293-296.
2. Жуковская С. В. Перинатальная тревога: распространенность и клиничко-анамнестические корреляты // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2022. Т. 12, № 6. С. 614-623.
3. Качурина К. С. Перинатальная тревога у беременных женщин, родоразрешающихся в профиле внешней обсервации // Forcipe. 2023. Т. 6, № S2. С. 529-530.
4. Чебан О. С., Марц О. О. Клиничко-психопатологические аспекты послеродовой депрессии // Вестник Приднестровского университета. Серия: Медико-биологические и химические науки. 2022. № 2 (71). С. 49-55.
5. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy/V. Bergh, M. Heuvel, M. Lahti [et al.] // Neuroscience and biobehavioral reviews. 2020. Vol. 117. P. 26-64.
6. The dynamic course of per partum depression across pregnancy and childbirth/S. Dekel, T. Ein-Dor, A. Ruohomäki [et al.] // Journal of psychiatric research. 2019. Vol. 113. P. 72-78.

УДК 159.99

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧЕРТ ТЕМПЕРАМЕНТА И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА

Е. Т. Шагеева

И. В. Титков, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена исследованию взаимосвязи между чертами темперамента и акцентуациями характера, акцентируя внимание на влиянии врождённых особенностей темперамента на формирование акцентуированных черт характера. Цель работы — выявить

корреляционные связи между типами темперамента и акцентуациями характера на основе данных пилотажного исследования, проведённого на выборке N=6. Используются методики «Опросник структуры темперамента STQ-77» и «Опросник Шмишека». Результаты исследования демонстрируют наличие значимых взаимосвязей между чертами темперамента и акцентуациями характера, что позволяет сделать вывод о существенной роли темперамента в формировании акцентуированных черт личности. Полученные данные могут быть использованы в психологической практике для ранней диагностики акцентуаций характера и разработки индивидуализированных программ коррекции поведения.

**Ключевые слова:** акцентуации характера, корреляционная матрица, структура темперамента, STQ-77, опросник Шмишека

**Актуальность.** Изучение взаимосвязи между чертами темперамента и акцентуациями характера является одной из ключевых проблем современной психологии, поскольку понимание этого взаимодействия позволяет глубже проникнуть в природу личности и её развитие. В условиях возросших требований к индивиду в социальном и профессиональном контексте, выявление специфических связей между темпераментом и характером приобретает особое значение. Знание таких особенностей может помочь в предсказании склонности человека к определённым типам поведения, а также возможных проблемах социальной адаптации или психического здоровья (Марютина, 2003).

Кроме того, тема акцентуаций характера актуальна в связи с повышенным интересом к ранней диагностике психических расстройств и возможностям разработки программ коррекции поведения. Это важно, как для индивидуальной психотерапевтической практики, так и для внедрения превентивных стратегий в образовательные и социальные учреждения, где возможна работа с молодыми людьми, демонстрирующими акцентуированные черты характера (Леонгард, 2001). В условиях современного общества, где высокий уровень стресса и социальной конкуренции могут обострять такие акцентуации, изучение их взаимосвязи с темпераментом предоставляет возможность для разработки более целенаправленных стратегий поддержки и коррекции.

**Постановка проблемы.** Несмотря на значительное внимание, уделяемое изучению темперамента и характера, взаимосвязь этих понятий остаётся исследованной лишь частично. Темперамент, как врождённая психобиологическая категория, и характер, как совокупность устойчивых черт, проявляющихся в поведении и взаимодействии человека с окружающим миром, считаются ключевыми элементами личности, однако их взаимодействие требует более глубокого понимания. Как указывают В. Русалов и И. Трофимова, темпераментальные характеристики оказывают влияние на динамику психической активности, однако



акцентуации характера, представляющие собой чрезмерную выраженность определённых черт, остаются менее изученными в этом контексте (Русалов, 2011).

В частности, модель темперамента В.М. Русалова, разработанная в рамках восточноевропейской традиции психофизиологических исследований, глубоко изучена в аспекте связи с акцентуациями характера. Так, в исследовании его ученицы Л. А. Маноловой была выявлена чёткая корреляция между определёнными темпераментальными чертами и формированием акцентуированных черт характера (Манолова, 2014). Эти данные подтверждают значимость темпераментальных основ в развитии акцентуаций и демонстрируют важность дальнейших исследований в этом направлении.

Однако, несмотря на существование подобных исследований для модели В.М. Русалова, такая работа ещё не была проведена для модели «Функционального ансамбля темперамента» И. Трофимовой, которая акцентирует внимание на нейрохимических и нейроанатомических аспектах регуляции поведения (Трофимова, 2003). В её модели темперамент отражает взаимодействие 12 биологических компонентов поведения, которые могут по-разному проявляться в зависимости от функциональных блоков мозга, описанных А.Р. Лурией (Лурия, 2001). Отсутствие эмпирических данных о связи акцентуаций характера с этой моделью представляет собой важную исследовательскую задачу.

Таким образом, существует необходимость в дальнейшем анализе взаимосвязи темпераментальных черт и акцентуаций характера с использованием модели И. Трофимовой, что позволит значительно расширить представления о механизмах формирования личности. Внедрение корреляционных исследований, аналогичных тем, которые были проведены для модели В. Русалова, поможет выявить дополнительные аспекты этой взаимосвязи, и усилит их практическую значимость для диагностики и коррекции поведения.

**Методы и материалы.** Для реализации поставленной цели было проведено пилотажное исследование на ограниченной выборке — N=6. Было использовано два опросника: «Опросник структуры темперамента-компакт STQ-77» и «Опросник Шмишека».

«Опросник структуры темперамента-компакт STQ-77» был разработан В. Русаловым и И. Трофимовой на основе нейрохимической модели И. Трофимовой «Функциональный Ансамбль темперамента», состоящий из 12 биологических компонентов поведения (Русалов, 2007). Основываясь на модели Лурии, И. Трофимова создала свою модель из 3 нейроанатомических функциональных «блоков», регулирующих поведение человека. Модель И. Трофимовой учитывает взаимодействие нейротрансмиттеров при регуляции признаков темперамента, у неё нет соответствия одного конкретного признака с одним определённым нейротрансмиттером. Она рассматривает черты характера как отражающие функциональные аспекты

поведения в различных ситуациях. В её таблице они представлены в виде регуляторных подсистем, играющих конкретные функциональные роли в различных аспектах построения действия.

Подобно модели В. М. Русалова, эта модель различает физико-моторные и вербально-социальные аспекты и рассматривает связь черт темперамента с умственными и интеллектуальными аспектами деятельности.

Аспекты деятельности: «эргичность» — показатель, указывающий на способность поддерживать длительную активность; «пластичность» — данный показатель отвечает за способность менять курс действия за короткий промежуток времени; «темп» — показатель показывает, как быстро человек может выполнять действие; «эмоциональность» — данный показатель показывает чувствительность индивида к неудаче или к успеху в данной деятельности.

Характеристики, использованные В. Русаловым, являются последовательными аспектами поведения человека на протяжении всей жизни и не зависят относительно содержания ситуации. STQ основан на восточноевропейской традиции экспериментов, исследующих типы и свойства нервной системы.

«Опросник Шмишека» — классическая методика диагностики типа акцентуации личности, разработанная немецким психологом Хансом Шмишеком. Карл Леонгард — создатель теории акцентуации характера. Он считал, что на основе «акцентуированных личностей» можно выявить основные черты личности, составляющие её стержень, а также определяющие развитие процессы адаптации и, что важно, психическое здоровье индивида.

Для анализа данных использовалась корреляционная матрица, которая позволила выявить взаимосвязи между чертами темперамента и акцентуациями характера у каждого респондента. Эта методология была выбрана из-за её эффективности в выявлении статистически значимых корреляций между параметрами, что позволило не только подтвердить существующие теоретические предположения о связи темперамента с акцентуациями, но и выявить новые тенденции в этой области.

**Результаты исследования.** Пилотажное исследование, проведённое на выборке N=6, выявило значимые корреляции между чертами темперамента и акцентуациями характера (рис. 1.). Анализ данных с использованием корреляционной матрицы показал несколько устойчивых взаимосвязей, которые подтверждают гипотезу о том, что черты темперамента могут играть важную роль в формировании акцентуаций характера. Эти данные согласуются с выводами предыдущих исследований, показывающих, что врождённые особенности темперамента могут оказывать существенное влияние на формирование отдельных черт характера (В. М. Русалов, 2007). Важно отметить ключевые взаимосвязи, которые открывают новые перспективы для понимания механизма формирования акцентуаций.

	ERM	TMM	SS	ERS	TMS	EMP	ERI	PL	PRO	SF/SLF	IMP	NEU
Демонстративность	0,79	0,39	0,85	0,80	0,47	-0,60	-0,45	0,00	0,32	0,51	0,84	-0,69
Застревание	0,48	0,43	-0,05	0,53	0,64	0,14	0,61	0,12	0,54	-0,16	0,05	-0,21
Педантичность	0,04	0,06	-0,32	0,11	0,26	0,55	0,56	0,17	0,83	-0,77	-0,13	0,38
Возбудимость	0,22	-0,18	0,45	0,40	0,26	-0,42	0,07	-0,29	0,57	-0,14	0,49	-0,43
Гипертимность	0,79	0,66	0,58	0,91	0,90	-0,37	0,27	0,33	0,34	0,55	0,61	-0,76
Дистимность	-0,24	-0,03	-0,86	-0,53	-0,46	0,67	0,10	-0,24	-0,18	-0,57	-0,84	0,75
Тревожность	-0,07	-0,20	-0,25	-0,07	-0,10	0,43	0,15	-0,12	0,72	-0,83	-0,11	0,47
Экзальтированность	0,07	-0,25	-0,09	0,02	-0,12	-0,09	0,04	-0,60	0,31	-0,44	-0,08	0,00
Эмотивность	-0,28	-0,19	-0,38	-0,15	0,06	0,60	0,55	0,21	0,74	-0,86	-0,20	0,53
Циклотимность	0,05	-0,12	0,07	0,29	0,40	-0,04	0,59	-0,07	0,67	-0,40	0,17	-0,20

*Рис. 1. Корреляционная матрица темперамент-характер, N=6*

**Обсуждение результатов.** Полученные нами данные свидетельствуют, что демонстративность (характеристика респондента с повышенным значением данного показателя: контактен, стремится к лидерству, эгоистичен, лицемерен и конфликтен) имеет сильную корреляцию с моторно-физической выносливостью, поиском ощущений, социально-вербальной выносливостью и сильную обратную корреляцию со значениями по шкале эмпатии. Это подтверждает гипотезу о том, что демонстративные личности обладают повышенной потребностью в активности и взаимодействии с окружающими. Обратная корреляция с уровнем эмпатии указывает на то, что такие индивиды могут проявлять меньшую чувствительность к эмоциям других людей, что также может объяснять их склонность к конфликтам.

Застревание, характерное для умеренно общительных личностей, склонен к нравоучениям, обидчив, подозрителен и конфликтен, имеет среднюю корреляцию с такими характеристиками, как социально-вербальная выносливость и темп, интеллектуальная выносливость и оценка вероятностей. Эти черты способствуют их повышенной вовлеченности и медленной адаптации к новым условиям, что делает их более склонными к фиксации на негативных событиях — это и приводит к формированию этой акцентуации.

Педантичность (характеристика респондента: добросовестен, аккуратен, серьезен, редко вступает в конфликты) имеет среднюю корреляцию с уровнем эмпатии, интеллектуальной выносливостью и оценкой вероятностей, показывает сильную обратную корреляцию с показателем по шкале удовлетворенность. Эти черты обуславливают их чувствительность к негативным эмоциям и стрессу, поэтому они стараются избегать ситуаций, которые могут вызвать конфликт. Такие люди обладают более медленной скоростью психических процессов, что объясняет их склонность к тщательному анализу и планированию. Сильная обратная корреляция с удовлетворенностью может быть объяснена тем, что такие

люди часто ставят перед собой чрезмерно высокие стандарты и требуют от себя совершенства, это может привести к ощущению невозможности достичь идеала.

Возбудимость (характеристика: низкая контактность, угрюмость, неспособность ужиться в коллективе) имеет значимую корреляцию с оценкой вероятностей и импульсивностью, а также сильную обратную корреляцию с уровнем нейротизма. Эти черты способствуют развитию меланхолического состояния, чувствительности к внешним стимулам и к нежеланию отстаивать свои интересы у личности, в связи с низкой возбудимостью. Такая личность менее гибка в коммуникации, склоняется к более пессимистичному восприятию мира — это делает их угрюмыми и менее расположенными к позитивным взаимодействиям.

Гипертимность (характеристика: оптимистичен, активен, конфликтен, легко идёт на контакт) показывает высокую положительную корреляцию с моторно-физической выносливостью, поиском ощущений, социально-вербальной выносливостью и темпом. Также имеет сильную обратную корреляцию с показателем нейротизма. Эти черты обуславливают склонность личности верить в свои силы и легко переживать неудачи, такие люди менее склонны к тревожности и нервозности. Они легко справляются с неприятностями и стрессовыми ситуациями.

Дистимность (характеристика: замкнут, пессимистичен, неконтактен) имеет отрицательную корреляцию с показателями поиска ощущений, социально-вербальной выносливости, довольства и импульсивности. При этом наблюдается положительная корреляция с показателями эмпатии и нейротизма. Данные черты объясняют утомляемость в длительном общении и шумных компаниях, приводят к избеганию риска и предпочтению стабильности и предсказуемости. Такие люди склонны тщательно обдумывать действия перед тем, как что-то сделать. Их пессимизм и нежелание вступать в контакт с людьми делают их замкнутыми и неконтактными.

Тревожность (характеристика: низкая контактность, неуверенность в себе, самокритичность) показывает высокую положительную корреляцию с оценкой вероятностей и сильную обратную корреляцию с показателем довольства. Также отмечаются средние значения корреляции по шкалам эмпатии и нейротизма. Эти черты указывают на склонность ставить перед собой высокие стандарты и требовать от себя совершенства. Такие люди часто боятся нового и неизвестного, стремятся избегать риска и оставаться в зоне комфорта, ограничивая тем самым свои возможности для развития и достижения успеха.

Экзальтированность (характеристика: высокая контактность, эмоциональная лабильность, внимание к другим) имеет сильную обратную

корреляцию с показателем пластичности, что указывает на недостаточную способность к гибкости и адаптации в изменяющихся условиях. Эти черты указывают на склонность к резкой перемене настроения, что может привести к непостоянству в отношениях и к трудности достижения цели. Эмоциональность может мешать им оценивать ситуацию объективно и принимать рациональные решения.

Эмотивность (характеристика: чувствителен, склонен к глубоким переживаниям, общителен в узком кругу) показывает высокие положительные корреляции с уровнями эмпатии, интеллектуальной выносливости и оценкой вероятностей, а также сильную обратную корреляцию со шкалой удовлетворенности. Эти черты могут обуславливать трудности с достижением удовлетворенности от жизни, это связано с их глубокой чувствительностью, которая делает их более уязвимыми к негативным эмоциям и стрессам. Такие личности часто ставят перед собой высокие стандарты и требуют от себя совершенства, это может приводить к неудовлетворенности собой и постоянным тревогам.

Циклотимность (характеристика: неустойчивая самооценка, частые смены настроения, конфликтность) имеет положительную корреляцию с интеллектуальной выносливостью и оценкой вероятностей, но показывает отрицательную корреляцию со шкалой удовлетворенности. Эти черты могут привести к возникновению чувств тревоги, зарождению депрессии, проблемам со здоровьем и к трудностям в достижении целей. Их поведение можно описать, как непредсказуемое и непостоянное — это может привести к трудностям в построении долгосрочных отношений и достижении стабильности в жизни. Неустойчивая самооценка делает их более склонными к самокритике, они часто сомневаются в своих способностях и упрекают себя за ошибки.

**Вывод.** Таким образом, обобщая данные исследования, мы можем сделать основные выводы. Акцентуации, характеризующиеся высокой контактностью, стремлению к лидерству и поиском ощущений (такие как демонстративность, гипертимность), часто связаны с повышенной моторно-физической выносливостью. Акцентуации, характеризующиеся склонностью к анализу и осторожности (застревание, педантичность, возбудимость, циклотимность), чаще всего связаны с повышенным уровнем интеллектуальной выносливости и оценки вероятности. Акцентуации, характеризующиеся негативными чертами, такие как эгоцентризм, самокритичность, низкая контактность (демонстративность, застревание, педантичность, возбудимость, дистимность, тревожность) имеют высокую связь с низким уровнем эмпатии и довольства жизнью. Акцентуации, характеризующиеся с нестабильностью эмоционального фона и неуверенностью к себе (возбудимость, дистимность, тревожность) связаны с повышенным уровнем нейротизма.

Стоит отметить, что данное исследование является пилотажным, а выборка респондентов ограничена до шести человек, что ограничивает возможность обобщения результатов. Однако полученные первичные данные представляют интерес для дальнейших исследований и могут быть полезны для углубления в понимании механизмов формирования акцентуаций характера.

### Список литературы

1. Леонгард К. Акцентуированные личности. Москва: Эксмо-Пресс, 2001. 412 с.
2. Лурия А. Р. Нейропсихология и функциональные системы мозга. Москва: ИП РАН, 2001. 312 с.
3. Манолова Л. А. Темпераментальные основы формирования акцентуаций характера // Психология индивидуальности. 2014. № 5. С. 54-60.
4. Марютина Т. В. Категория темперамента в отечественной науке // Психогенетика. 2003. С. 12-13. URL: <http://psygenetics.ru> (дата обращения: 12.11.2019).
5. Русалов В. М. Темперамент в структуре индивидуальности человека. Москва: ИП РАН, 2012. 256 с.
6. Русалов В. М., Трофимова И. Н. О представленности типов психической деятельности в различных моделях темперамента // Учреждение Российской академии наук Институт психологии РАН, Москва. 2011. Т. 32, № 3. С. 72-88.
7. Трофимова И. Н. Функциональный ансамбль темперамента: кросс-культурное исследование и анализ нейробиологических коррелятов // Психогенетика. 2003. № 1. С. 12-29.
8. Rusalov V.M., Trofimova I.N. Structure of Temperament and Its Measurement. Toronto, Canada: Psychological Services Press, 2007. 150 p.

УДК 159.9

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А. В. Шанева

И. О. Кононенко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Целью данной статьи является теоретический анализ проблематики особенности пациентов с АГ. На основании проведенного теоретического анализа подчеркнута актуальность для дальнейшего изучения научно-психологического исследования проблематики пациентов с артериальной гипертензией.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, психосоматика, сердечно-сосудистая система

**Актуальность.** Одними из наиболее распространённых являются патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем: удельный вес смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний составляет 30 % от общего показателя смертности. Выявление функциональных нарушений, как маркеров соматических заболеваний жизненно-важных систем организма, остаётся наиболее актуальной проблемой современной медицины. В последние 25-30 лет фиксируется резкое увеличение числа больных психосоматическими расстройствами (особенно заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта). Частота распространение психосоматических заболеваний среди населения достигает 50 %, а не диагностированных случаев еще больше.

**Постановка проблемы.** Современные рекомендации по исследованию взаимосвязи сердечно-сосудистых и психосоциальных факторов играют ключевую роль для врачей-терапевтов и кардиологов в их профессиональном развитии и практической деятельности. Эти рекомендации помогают им приобретать опыт и навыки в выявлении, оценке и интерпретации симптомов психической и психологической дезадаптации у пациентов, осваивать компетенции по диагностике, лечению и коррекции АГ. Комплексный подход, основанный на рекомендациях, позволяет врачам учитывать не только соматические, но и психологические, социальные факторы, которые могут влиять на возникновение, течение и исход сердечно-сосудистого заболевания, как артериальная гипертензия. Это особенно важно, учитывая высокую распространенность психосоматических расстройств, которые часто остаются нераспознанными. Применение современных стандартов диагностики и лечения способствует более эффективному управлению состоянием больного, повышая качество медицинской помощи для пациентов.

**Методы и материалы.** Анализ и обобщение изученной литературы.

**Результаты исследования.** Далее в статье представлен теоретический анализ проблематики особенностей психологического портрета пациентов с АГ.

Гипертоническая болезнь входит в группу органических (безусловных психосоматозов), собственно психосоматических заболеваний. Определение «органические» обозначает лишь поздние стадии психогенного заболевания с ведущим психосоматическим синдромом. По данным Росстат за 2019 год, главная причина смертности среди населения — это болезни сердечно-сосудистой системы (46,8 % всех случаев). Артериальная гипертензия является самым распространенным заболеванием в этой группе (по данным ВОЗ, 30 %). Среди взрослых заболевших — 58 % женщин и 37 % мужчин, достигая 47 % в некоторых регионах России среди трудоспособных мужчин. Кроме того, у 5 % детей диагностируется гипертония.

По мнению Сидоровой Ю. И в современном мире артериальная гипертензия фиксируется зачастую у 30-летних людей, что повышает риск развития сердечной недостаточности или инсульта. Отметим, что при артериальной гипертензии клиническая картина обусловлена совокупностью психосоматических и соматопсихических влияний, главную роль в которой играют особенности эмоционального реагирования и личностных особенностей. Патогенез психогенных психосоматических нарушений характеризуется множественностью, многоуровневостью патогенетических взаимосвязей и их иерархической неравноценностью.

Большое число существующих концепций причин происхождения психосоматических заболеваний делает акцент на разных аспектах патогенеза, но каждая из них имеет свой центр именно в эмоциональной сфере. Начало этому направлению исследований было положено в работах Х.Ф. Данбар, создателя первой теории специфичности личностных черт в психосоматике. Изучая личностные особенности пациентов с разными формами соматической патологии, она отметила их большое сходство при определенных заболеваниях, отличающее пациентов данной группы от больных с другими нозологиями и от здоровых людей. Основываясь на данных многолетних исследований (свыше 1600 наблюдений), Х.Ф. Данбар выделила и описала констелляции черт для восьми заболеваний, которые, по данным ее исследований, в большей степени, чем все остальные, зависят от психологических причин. Х.Ф. Данбар была первым исследователем, выделившим основные характеристики «гипертонической личности»: частое переживание гнева, чувство вины за собственные враждебные импульсы, повышенная потребность в одобрении со стороны окружающих. Она не отрицала значения внутриличностного конфликта как важного фактора психосоматического синдрома, однако считала, что главной задачей обследования больных является определение условий, при которых хроническое эмоциональное напряжение становится устойчивым и фиксированным, и утверждала, что в этом плане понятие личностного профиля лучше объясняет специфику психосоматических нарушений.

Сегодня общепринятой считается центрогенная теория возникновения артериальной гипертензии, азы которой заложены Г.Ф. Лангом. Согласно Лангу, гипертензия — это заболевание, которое возникает как «невроз высших нервных центров, регулирующих артериальное давление, причем застойность раздражительных процессов в этих центрах развивается под влиянием длительных заторможенных эмоций и аффектов». Взгляд Г.Ф. Ланга на болезнь стал развиваться в работах многочисленных исследователей, которые усовершенствовали данную теорию (Ланг, 2001). Функциональные нарушения деятельности систем мозга, регулирующих кровяное давление, вызывает стресс. Он приводит к дисбалансу между прессорными и депрессорными факторами, что затем



закономерно нарушает регуляцию сосудистого давления, сопровождается перенастройкой барорецепторного рефлекса и структурным ремоделированием сердечно-сосудистой системы. Поэтому важную роль в возникновении и развитии АГ отдают психогенным факторам.

Исследование И. С. Ковшовой подтверждает ключевую роль психоэмоциональных факторов в развитии артериальной гипертензии (Ковшова, 2002). Основные проявления у пациентов дисрегуляции в эмоциональной сфере является одним из ключевых факторов, способствующих развитию АГ, это проявляется в неустойчивости эмоциональных состояний, неспособности переносить фрустрацию, повышенной тревожности и чувствительности к проблемам, связанным с болезнью.

В исследовании В. Г. Рагозинской было установлено, что людям с гипертензией свойственна повышенная тревожность, навязчивые мысли и действия, агрессивность, депрессивное состояние, тенденция перенаправлять эмоции в симптомы в теле, неадекватные эмоциональные реакции, подозрительность и чувствительность к социальным ситуациям (Рогозинская, 2019).

Результаты исследования Ю. И. Сидоровой раскрывают психологические особенности людей с АГ. Общим для всех пациентов с гипертензией является преобладание негативных эмоциональных переживаний, а также существуют гендерные различия в психологических характеристиках людей, страдающих гипертензией (Сидорова, 2014). Эмоциональная сфера у женщин характеризуется эмоциональной нестабильностью, импульсивностью, преимущественно вербальным способом выражения агрессии, они чаще боятся оценки окружающих и зависят от мнения окружающих людей. Эмоциональная сфера у мужчин характеризуется меньшей лабильностью эмоций в сравнении с женщинами, больше косвенным и непосредственно физическим выражением агрессии, им свойственно бояться смерти, боли и агрессии. Кроме того, выявленные гендерные различия указывают на необходимость дифференцированного подхода к диагностике и коррекции психологических нарушений у мужчин и женщин с гипертензией.

**Обсуждение результатов.** Данные результаты подчеркивают справедливость центрогенной теории происхождения артериальной гипертензии, разработанной Г. Ф. Лангом. Она демонстрирует, что не только соматические, но и психологические факторы играют ключевую роль в патогенезе этого заболевания. Такое комплексное понимание важно для разработки эффективных методов диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертензии, которые должны учитывать как медицинские, так и психосоциальные аспекты. Это позволит обеспечить более качественную и персонализированную помощь пациентам. Таким образом, многие авторы сходятся во мнении, что для больных с гипертензией характерна эмоциональная лабильность и дисрегуляция эмоциональной

сферы. Эти нарушение эмоциональной регуляции приводит к стойкому повышению артериального давления. Пациенты с гипертонией чаще всего используют неадаптивные копинг-стратегии преодоления стресса, такие как избегание, отрицание, игнорирование и подавление эмоций. А также чем выше степень гипертонического заболевания, тем более выражено использование ими таких неадаптивных механизмов. Этот вывод крайне важен, так как он демонстрирует взаимосвязь между нарушениями эмоциональной регуляции, неэффективными стратегиями совладания со стрессом и тяжестью течения гипертонической болезни.

**Вывод.** Таким образом, вышесказанное обосновывает важность, что данные закономерности необходимо учитывать при разработке психотерапевтических и психокоррекционных программ для больных с АГ. Формирование у них более адаптивных способов эмоциональной регуляции и совладания со стрессом может способствовать улучшению течения заболевания и качества жизни пациентов.

### Список литературы

1. Сидорова Ю.И., Билецкая М.П. Психологические особенности пациентов с гипертонической болезнью II стадии // Педиатр. 2003 № 4 (1). С. 86-88.
2. Волков В.С., Мазур Е.С., Калязина В.В. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни // Кардиология. 1998. № 3. С. 71-72.
3. Влияние степени повышения артериального давления на особенности восприятия жизненных событий и копинг-стратегии у пациентов с гипертонической болезнью/М.М. Бучина, Е.И. Копнина, М.А. Чернова, А.В. Бучина // Вестник новых медицинских технологий. 2014. № 2. С. 98-99.
4. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 79-90.
5. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Москва: Медгиз, 2001. 459 с.
6. Рагозинская В.Г. Особенности эмоциональных состояний психосоматических больных // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2009. Т. 15, № 5. С. 150-154.
7. Кечатова О.А. Особенности эмоциональной и личностной сферы у людей с гипертонией // Вопросы студенческой науки. 2022. № 15. С. 173-184.
8. Psychological Predictors of Hypertension in the Framingham Study/Is There Tension in Hypertension?/J.H. Markovitz, K.A. Matthews, W.B. Kannel [et al.] // JAMA. 1993. Vol. 270, № 20. P. 2439-2443.
9. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. New York-London: PB Hoeber, 1943. 741 p.

## ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОСОБЕННОСТЕЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ

А. А. Шапугёва

И. О. Кононенко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В последние десятилетия в обществе нарастает обеспокоенность состоянием психического здоровья, где депрессивные расстройства приобретают масштабы, вызывающие серьезные опасения. Понимание факторов, способствующих возникновению депрессии, стало ключевым элементом в разработке превентивных мер и стратегий терапевтического вмешательства. Необходимы многогранные исследования, направленные на выявление не только причин, но и эффективных способов поддержки в преодолении этих трудностей. Лишь комплексный подход позволит улучшить ситуацию и вовремя помочь тем, кто в этом нуждается. В статье рассматривается феномен идентичности, в том числе в контексте наличия депрессивной симптоматики. Проанализирована научная литература, дано определение понятию идентичность, а также рассмотрены различные подходы к определению депрессии и взаимосвязи с идентичностью.

**Ключевые слова:** идентичность, депрессия, взаимосвязь, адаптивные функции идентичности

**Актуальность.** Депрессия (от лат. depressio — подавление, угнетение) — психическое расстройство, отличающееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с отрицательной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей реальности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения, наряду с искажением когнитивных процессов, сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями (Грехов, 2017).

В 2023 году, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, депрессия диагностирована у 280 млн человек (Гаранян, 2009). В состоянии глубокой депрессии находятся почти 15 млн жителей России, по последним оценкам, от нее страдает каждый десятый человек. Психологическое состояние общества отражает психологическую устойчивость россиян, их благополучие в межличностных и межгрупповых отношениях. Проблема депрессии с каждым годом становится более актуальной,

в связи, с чем повышается спрос на эффективные методы, как диагностики данного состояния, так и последующей терапевтической помощи.

**Постановка проблемы.** В настоящее время обнаруживаются закономерности влияния различных личностных факторов на возникновение, течение депрессии (Vogaert, 2023). В качестве продолжения данного направления, был проведён анализ теоретических данных, позволяющий рассмотреть идентичность как личностный фактор депрессии.

**Методы и материалы.** Анализ теоретических источников.

**Результаты исследования и их обсуждение.** С начала 17-го века и по сей день, множество учёных внесли свой вклад в формирование и развитие термина идентичность. Сначала данный термин интересовал, в основном, социологов, психологов и психиатров, но в контексте современности идентичность находит отклик во множестве сфер жизни.

Изначально термин идентичность обозначает, прежде всего (что обычно фиксируется в словарях) свойство вещей оставаться теми же самими, сохраняя свою сущность при всех трансформациях. Считается, что первопроходцем в освоении проблемы идентичности является английский педагог и философ Джон Локк (Лысак, 2017). В своих трудах он уделил особое внимание расширению представлений об идентичности, разделив идентичность предметов (как полная тождественность одного предмета другому во всех его характеристиках) и идентичность личности (как способность приписывать себе свои прежние состояния). Идентичность личности, по мнению Дж. Локка, была обусловлена наличием сознания и памяти, которым, в свою очередь, была свойственна изменчивость.

После трудов Дж. Локка понятие идентичности продельвает дальнейший путь трансформаций. Но по-настоящему популярным оно становится благодаря Эрику Эриксону в 1968 г., определявшему идентичность как «внутренняя непрерывность, тождественность личности, формирующаяся в процессе развития и выполняющая адаптивные функции». В адаптивные функции входили 3 уровня: индивидуальный (результат формирования представлений о себе, как о некоей относительно-неизменной персоне с определённым физическим обликом, темпераментом, задатками, прошлым и возможным будущим); персональный (ощущение человеком собственной уникальности); социальный (внутренняя солидарность человека с идеалами и стандартами определённых социальных групп) (Лысак, 2017).

Также Э. Эриксон утверждает, что идентичность развивается от рождения до конца жизни по мере расширения круга значимых лиц и, таким образом, проходит несколько стадий психосоциального развития. В теории Эриксона ключевым понятием является «эго-идентичность», которую он вводит как новый психосоциальный критерий, возникающий в подростковом возрасте. Он описывает, что в этот период у молодых людей возникает совершенно новая социально-идентификационная задача:

им необходимо объединить свои представления о себе, как о члене определённой социальной группы (например, как сына или дочери, ученика, спортсмена, участника общественных объединений и проч.), и интегрировать эти знания в контексте временной перспективы, охватывающей прошлое и будущее. Эриксон подчеркивает субъективный аспект эго-идентичности и выделяет его внутреннюю конфликтность, которая проявляется в сопоставлении личных представлений о себе и оценок, исходящих от окружающих (Bogaert, 2023).

Эрих Фромм выделял значимость потребности человека в идентичности. Он полагал, что поиск своего «я» является одной из ключевых и наиболее весомых черт человеческой личности. Фромм утверждал, что стремление к идентичности может возникать из желания достигнуть социального признания и соответствия нормам (Фромм, 2017). Человек ищет своё место в обществе и желает принадлежать к конкретной группе или социальной категории, чтобы удовлетворить свои потребности в самоидентификации. Он считал, что осознание себя как части определённого сообщества или группы помогает людям ощущать принятие и связь с окружающими.

Тем не менее, Фромм акцентировал внимание на том, что подлинная идентичность не может быть достигнута лишь путем социального одобрения или следования общепринятым нормам. Идентичность, сформированная на основе внешних оценок и критериев, является менее устойчивой и не в состоянии обеспечить истинное чувство удовлетворения. Он утверждал, что личная деятельность и труд, сосредоточенные на саморазвитии и самореализации, содействуют достижению гармонии и свободы, что в свою очередь приводит к истинной идентичности.

Параллельно становлению понятия идентичности начинали формироваться представления о значении идентичности как фактора, влияющего на благосостояние психологического здоровья. В 1913 г. Карл Ясперс выдвигает свой взгляд на понятие идентичность. Идентичность — осознание того, что человек остаётся тем, кем был всегда и все происходящие в его жизни события происходят именно с ним и ни с одним другим человеком. Идентичность стала одним из четырёх формальных признаков сознания «Я». Первый признак — это чувство деятельности, осознание себя в качестве активного существа, второй — сознание собственного единства: в каждый данный момент я сознаю, что я един. Третий — осознание личностной идентичности, что означает: я остаюсь тем, кем был всегда, и все происходящие в моей жизни события происходят именно со мной и ни с кем другим. Четвёртый признак — осознание того, что «Я» отлично от всего остального мира (Соловьева, 2018). Как пример нарушения идентичности, К. Ясперс приводит клинические случаи больных шизофренией, которые утверждают, что происходящие события до начала психоза, на самом деле были не с ними, а происходили с другим человеком.

Как отмечает Г. Аммон, «в центре депрессивного феномена стоит страх перед собственной идентичностью». Это выражение подтверждает выдвинутый З. Фрейдом механизм депрессии, взаимосвязанный с понятием идентичность.

Идентификация с точки зрения З. Фрейда рассматривалась, как бессознательная связь ребёнка с родителями; важный механизм взаимодействия между личностью и социальными группами. Взаимосвязь личностных факторов и депрессии рассматривается в работах З. Фрейда о депрессии как реакции на утрату. Позднее З. Фрейд вывел такой механизм депрессии как «неудовлетворительный катексис влечения» (Фрейд, 2006), который предполагает настойчивое желание некоего объекта и его репрезентацию в сознании как недоступного, что и порождает переживания утраты — чувство душевной боли, отличное от тревоги как предвосхищения опасности. Таким образом, недостижимые желания становятся важным фактором риска по развитию депрессии. По смыслу они могут быть вариативны и выступать в форме: 1) желаний удовлетворения инстинктов и переживания низких уровней психического и умственного напряжения (нарушение индивидуального адаптивного уровня идентичности); 2) желаний привязанности, варьирующих от нормальных (быть в физическом контакте с объектом, делиться переживаниями и т. д.) до патологического стремления к слиянию (нарушение социального адаптивного уровня идентичности); 3) нарциссических желаний, варьирующих от нормальных (справляться с импульсами, эмоциями, психическим функционированием и окружающей средой, потребности в любви и признании) до патологических — воплощать идеальное «Я» в форме физического, психического или морального совершенства, вызывать неограниченное восхищение, обладать всемогущим контролем над собственными проявлениями и над другими людьми (нарушение персонального адаптивного уровня идентичности). При разнице содержания сутью невыполнимых желаний остается абсолютистская цель, делающая их слишком трудными или отдаленными от возможностей субъекта (Гаранян, 2009). Каждая из трёх форм соотносится с моделями Э. Эриксона об адаптивных функциях идентичности. Отсюда следует, что непостижимость желаний может быть взаимосвязана с нарушением адаптивных функций идентичности, что в свою очередь приводит к нарушению идентичности.

При интерпретации феномена депрессии наиболее часто используется психодинамический подход, который в качестве ключевого этиологического фактора психического страдания рассматривает насилие и утрату. В рамках объектных отношений сформулированы положения, которые позволяют интерпретировать не только внутриличностные, но также и межличностные проблемы при депрессии. В частности, Радо отмечает, что депрессивный больной постоянно ищет ситуации, проникнутые либидинозной атмосферой, однако неспособен к удавшимся объектным

отношениям и обращается со своими объектами любви как с собственностью — доминируя, безжалостно и авторитарно. Джейкобсон подчеркивает, что депрессивно реагирующие пациенты игнорируют некомпетентность и слабость любимого объекта, а также и собственные возможности к самостоятельности, что служит последовательному поддержанию отношений патологической зависимости. Это обстоятельство, по мнению Г. Аммона, указывает на факторы, имеющие значение для формирования границы «Я» и обуславливающих ее патогенные нарушения, так называемую «депрессивную дыру в Я» (Соловьева, 2018). В соответствии с представлениями Аммона, потребность в активном отграничении, формировании и творческом определении этих границ есть та потребность, которая сильнее всего подавляется в патогенезе депрессии.

В 1988 г. в США состоялась конференция по проблемам личностных дисфункций при депрессивных расстройствах. В конце участники конференции пришли к важным выводам: 1. «Личностные факторы, возможно, играют ключевую роль в патофизиологии, течении и лечении депрессий»; 2. «Недостаток ясности в теоретических вопросах о взаимосвязи личностных характеристик и депрессий сильно затрудняет сопоставление результатов различных исследований и направлений, а также делает невозможной ясную коммуникацию между разными исследовательскими группами» (Гараян, 2009).

На диссоциацию с идентичностью могут оказывать влияние множество факторов. Это может быть связано с трудностями социально-психологической адаптации, в результате которых человек может столкнуться с потерей привычных ролей и социальных связей, изменением статуса или значимых ценностей. Также, уязвимость в отношении стрессовых событий может быть связана с потерей идентичности. Когда человек не уверен в своих ценностях, убеждениях и своем месте в обществе, он может испытывать повышенную чувствительность к стрессу. Малейшие негативные события или конфликты могут вызывать сильные эмоциональные реакции и иметь длительные последствия для психического здоровья. С утратой идентичности также связана динамика психической патологии при воздействии психических травм. Когда человек переживает травматические события, это может вызвать серьезные нарушения психического здоровья. Однако, если у человека уже существуют проблемы с идентичностью, то возможны трудности в процессе переживания последствий травмы.

При исследовании причин и механизмов возникновения депрессии, большинство авторов выделяют непережитые травмы и утрату важного объекта как основные факторы, способствующие формированию депрессивного состояния. Насилие и потеря того, что составляет ядро личной идентичности, приводят к тому, что у человека отсутствуют психологические ресурсы для компенсации этих событий. Это, в свою

очередь, провоцирует появление диссоциативных симптомов, выполняющих защитную функцию, позволяя человеку уйти от признания фактов, угрожающих его ценности (Соловьева, 2018). Эти защитные механизмы помогают избежать столкновения с тем, что могло бы разрушить его собственную значимость.

**Вывод.** Таким образом, процесс формирования идентичности продолжается на протяжении всей жизни и тесно связан с преодолением диссоциативных нарушений, возникающих в результате депрессивных переживаний, связанных с потерями. Комплексная работа «Эго» становится необходимой при каждой новой социальной ситуации, требующей пересмотра устоявшихся жизненных моделей. Согласно мнению Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриевой и Е. Н. Загоруйко (Соловьева, 2018), этот процесс включает в себя создание новых ценностей и целей в изменившихся социальных условиях. Люди обладают различными уровнями способности к изменениям, и наиболее адаптированными оказываются те, кто способен к гибким трансформациям своей идентичности. У таких индивидов наблюдается высокая самооценка, они демонстрируют лучшие способности к обучению и памяти, а также в меньшей степени склонны к депрессии.

### Список литературы

1. Гальчук Д. С. Понятие «идентичность личности» // Вестник Бурятского Государственного университета. Философия. 2018. № 1. С. 45.
2. Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 3. С. 85-86.
3. Грехов Р. А. Медико-биологические аспекты депрессии // Природные системы и ресурсы. 2017. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-biologicheskie-aspekty-depressii> (дата обращения: 26.10.2024).
4. Князева С. А., Пиюкова С. С. Индивидуально-психологические особенности людей, склонных к депрессивным состояниям // Вестник науки. 2022. № 11 (56). С. 173.
5. Лысак И. В. Идентичность: сущность термина и история его формирования // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология, Политология. 2017. № 38. С. 131. DOI: 10.17223/1998863X/38/13
6. Соловьева С. Л. Диссоциированная идентичность депрессивного пациента // Неврологический вестник. 2018. № 2. С. 72-77. DOI: 10.17816/nb14114
7. Соловьева С. Л. Идентичность как ресурс выживания // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 1 (48). С. 8.
8. Фрейд З. Торможение, симптом и тревога // Истерия и страх. Москва, 2006. С. 227-305.
9. Фромм Э. Бегство от свободы. Москва: АСТ, 2017. 288 с.
10. Klein M., Wonderlich S., Shea T. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research // Personality and depression / eds. M. H. Klein, D. J. Kupfer, M. T. Shea. Guilford Publications, 1993. P. 1-45.
11. Bogaerts A., Claes L., Raymaekers K. Trajectories of adaptive and disturbed identity dimensions in adolescence: developmental associations with self-esteem, resilience, symptoms of depression, and borderline personality disorder features // Frontiers in Psychiatry. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1125812



## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

С. В. Шваб

Н. В. Мельник, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Исследование направлено на выявление связи между ишемическим поражением головного мозга и эмоционально-волевыми нарушениями с целью улучшения диагностики, лечения и реабилитации пациентов с данным неврологическим диагнозом. Полученные результаты могут способствовать разработке эффективных стратегий помощи таким больным и улучшению их качества жизни.

**Ключевые слова:** нарушение эмоционально-волевой сферы, ишемическое поражение головного мозга, инсульт, реабилитация

**Актуальность.** Изучение особенностей эмоционально-волевой сферы у пациентов с перенесенным инсультом является важным аспектом, так как сам инсульт вызывает нарушения мозгового кровообращения, которые сказываются на функционировании головного мозга, включая структуры, ответственные за эмоциональную регуляцию. При анализе последствий инсульта на эмоциональную сферу следует обратить внимание на поражение соответствующих участков мозга (Хабарова, 2019).

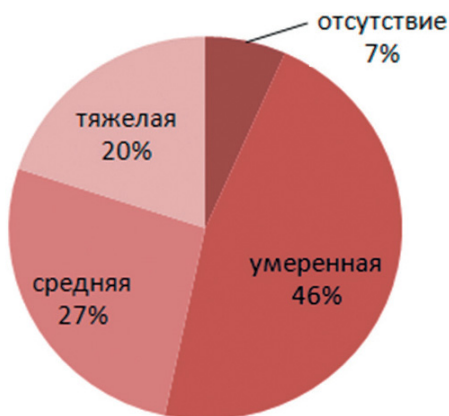
Среди эмоциональных нарушений, связанных с повреждением структур мозга, выделяются стойкие и постоянные нарушения, которые зачастую проявляются на фоне общих психических расстройств. Эти изменения могут выражаться, например, в возникновении депрессивных или маниакальных состояний, в потере эмоций до полного их отсутствия, а также в возникающих моментальных неадекватных реакциях на внешние события.

Подобные аффекты могут проявляться через чувства тревоги, страха, ужаса и сопровождаться нарушениями в работе вегетативной нервной системы. Они могут проявляться внезапными ощущениями нереальности или параличом эмоций, что часто характеризует нарушения, связанные с поражением глубоких структур мозга.

**Методы и материалы.** Методы исследования: анализ и обобщение научной и методической литературы по избранной теме, методики «Шкала депрессии Бека», «Шкала тревоги «Спилбергера-Ханина», методика «САН», количественный и качественный анализ эмпирических данных.

**Результаты исследования.** При проведении эмпирического исследования эмоционально-волевой сферы лиц с ишемическим поражением головного мозга были получены следующие результаты.

Полученные данные составили следующие показатели по таким методикам, как «Шкала депрессии Бека», они отражены на рисунке 1. «Шкала тревоги «Спилбергера-Ханина» они отражены на рисунке 2 и 3. А также данные по методике «САН», которая включает в себя три шкалы: «Самочувствие»; «Активность»; «Настроение», представленные на рисунке 4, 5, 6 (Садыкова, 2020).



*Рис. 1. Распределение показателей по шкале депрессии Бека*

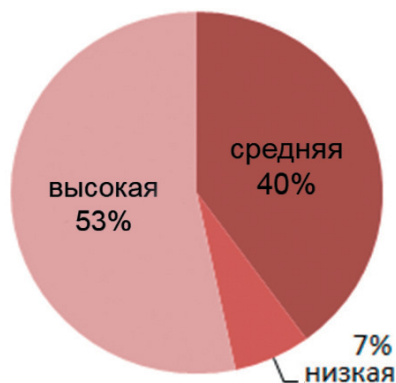
Из данных, представленных на рисунке 1, следует, что у значительной части пациентов, составляющей 46%, наблюдается умеренная депрессия или субдепрессия. Эти пациенты могут испытывать усталость, сниженное настроение и потерю работоспособности. Отсутствие депрессии было выявлено у 7% опрошенных. Уровень средней депрессии установлен у 27% обследуемых. У людей с уровнем средней депрессии могут наблюдаться колебания настроения в течение дня, улучшающиеся вечером, а также возможные трудности с работоспособностью. Процент людей с тяжелой депрессией составил 20% от общего числа исследуемых, что может указывать на наличие у них психотических симптомов, таких как бред и галлюцинации.

Таким образом, анализ данных позволяет сделать вывод о наличии различных уровней депрессии у пациентов с ишемическим поражением головного мозга и их потенциальных симптомах. Это подчеркивает важность скрининга психологических состояний и подходов к терапии при работе с этой категорией пациентов (Циркин, 2023).



*Рис. 2. Распределение показателей ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина*

Согласно результатам методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина», оценивающей ситуативную и личностную тревожность, можно утверждать, что 40 % опрошенных обладают высоким уровнем ситуативной тревожности. Люди с высоким уровнем ситуативной тревоги характеризуются повышенным напряжением, беспокойством и нервозностью относительно своего заболевания. 20 % из общего числа пациентов проявляют низкий уровень тревожности, что свидетельствует об адекватной реакции на свое заболевание. По показателю среднего уровня тревожности выявлено 40 %.



*Рис. 3. Распределение показателей личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина*

По результатам оценки личностной тревожности было выявлено, что 53 % испытуемых имеют высокий уровень личностной тревожности. Такие люди могут характеризоваться как замкнутые, необщительные

и отчужденные от общества. 40 % пациентов оказались на уровне средней личностной тревожности, что свидетельствует об уравновешенности и повышенной стрессоустойчивости. Низкий уровень личностной тревожности был зафиксирован всего у 7 % опрошенных, что может указывать на недостаточное чувство ответственности перед собственной личностью (Тычина, 2021).



*Рис. 4. Распределение показателей шкалы самочувствия*

Исходя из данных, представленных на рисунке 4, можно сделать вывод о том, что у большинства пациентов наблюдается низкий уровень самочувствия на 53 % по шкале. Это может указывать на неблагоприятное психологическое состояние, вызванное их заболеванием. 40 % опрошенных находятся на уровне среднего самочувствия по шкале, что говорит о относительной умеренности и стабильности психологического состояния. Только 7 % испытуемых показывают высокий уровень самочувствия, что может свидетельствовать о комфорте и позитивном настроении.

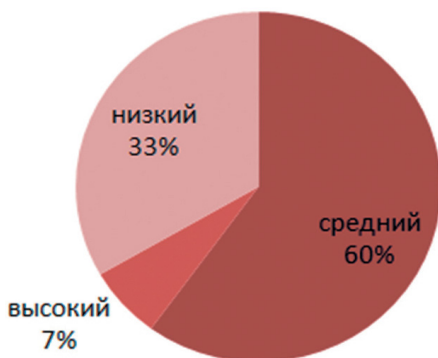


*Рис. 5. Распределение показателей шкалы активности*

Из данных, представленных на рисунке 5, следует, что лишь 7% опрошенных проявили высокий уровень активности. Этот результат указывает на их энергичность в повседневной жизни, они могут быть характеризованы как бодрые, стремящиеся к приобретению новых знаний и умений.

В то же время 43% пациентов оценены как имеющие низкий уровень активности. Эти люди могут быть более инертными и пассивными в своем образе жизни, что может свидетельствовать о менее выраженной склонности к физической и умственной активности.

Тем временем, оставшиеся 50% опрошенных оказались на уровне средней активности. Эти люди, скорее всего, ведут спокойный и размеренный образ жизни, не слишком гиперактивны, но и не отличаются пассивностью (Чельдиева, 2024).



*Рис. 6. Распределение показателей шкалы настроения*

Делая вывод по данной шкале, можно сказать, что высоким уровнем по шкале настроения обладают 7% опрошенных, что говорит о возможности у пациентов испытывать интенсивные или глубокие эмоции и чувства по отношению к своему заболеванию. Низкий уровень составил 33%. Средним уровнем обладают 60% испытуемых. Люди со средним уровнем по шкале настроения могут испытывать умеренные эмоции и чувства, если они достаточно яркие и заметные и идентифицировать со своим текущим состоянием (Фонсова, 2023).

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты исследования эмоционально-волевой сферы у лиц с ишемическим поражением головного мозга позволяют сделать следующие выводы.

1. По данным «Шкалы депрессии Бека» (рисунок 1) выявлено наличие выраженных симптомов депрессии у большого процента пациентов, что свидетельствует о важности скрининга и лечения данного психологического состояния при инсульте.

2. Результаты по «Шкале тревоги Спилбергера-Ханина» (рисунки 2 и 3) указывают на высокий уровень тревожности у пациентов с ишемическим поражением головного мозга, что также требует специализированного вмешательства и поддержки.
3. Данные по методике «САН» (рисунки 4, 5, 6), включающей шкалы самочувствия, активности и настроения, позволяют лучше понять текущее состояние пациентов и оптимизировать программы реабилитации и поддержки.

Таким образом, результаты исследования подчеркивают необходимость учета эмоциональных и психологических аспектов у пациентов после инсульта для эффективного восстановления и повышения их качества жизни. Полученные данные могут быть использованы для дальнейших исследований и разработки индивидуализированных подходов к пациентам с ишемическим поражением головного мозга (Холод, 2019).

**Вывод.** Подводя итоги эмпирического исследования у лиц с ишемическим поражением головного мозга, можно сказать, что большинство опрошенных имеют умеренную депрессию, высокую личностную тревожность и среднюю ситуативную тревожность. По показателям самочувствия, настроения и активности большинство пациентов имеют средние показатели.

### Список литературы

1. Анализ заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями и показатели смертности от инсультов в Южном регионе Казахстана/К.Ж. Садыкова, Н.Н. Ажмуратова, З.Б. Уразбаева, М.А. Шегебаев // Молодой ученый. 2020. № 22 (312). С. 444-447.
2. Тычинина Э.В., Хабарова Т.Ю. Психодиагностика и коррекция эмоционального состояния пациентов с нарушениями мозгового кровообращения // Молодой ученый. 2021. № 1 (105). С. 101-104.
3. Фонсова Н.А., Сергеев И.Ю., Дубынин В.А. Анатомия центральной нервной системы: учебник для вузов. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Юрайт, 2023. 342 с.
4. Хабарова Т.Ю. Особенности психотерапевтической коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде // Молодой ученый. 2019. № 14 (94). С. 108-112.
5. Холод Н.Ю. Нарушение речевой функции как последствие инсульта // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, июль 2019 г.). Санкт-Петербург: Свое издательство, 2019. С. 30-35.
6. Циркин В.И., Трухина С.И., Трухин А.Н. Нейрофизиология: физиология ЦНС. В 2 ч. Часть 1: учебник для вузов. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Юрайт, 2023. 519 с.
7. Чельдиева О.Р., Кундухова Е.А. Ранняя реабилитация после инсульта (обзор литературы) // Молодой ученый. 2024. № 1 (500). С. 52-55.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМПАТИИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ У СОТРУДНИКОВ ГУФСИН

М. А. Шиндова

Н. В. Мельник, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье изучаются особенности эмпатии и ее компонентов у сотрудников ГУФСИН. Выявлено, что сотрудники ГУФСИН с низким уровнем эмпатии, способны создавать приятную атмосферу в общении, располагающую к доверию.

**Ключевые слова:** эмпатия, стаж работы, сотрудники ГУФСИН, эмоции, чувства

**Актуальность.** Эмпатия — важная часть благополучной жизни каждого человека. Она играет огромную роль в успешной социализации, становлении в обществе, ведь очень важно не просто знать в теории, но и понимать чувства другого человека, уметь «ставить себя на его место», быть тактичным к чувствам другого (Ситникова, 2021). Это позволяет проявлять заботу, участие, оказывать поддержку и, как следствие, образовывать и поддерживать связи с окружающими людьми (Гресько, 2021). В этом заключается одна сторона понятия «эмпатия». Другая, состоит в том, что человек понимает свои собственные эмоции и чувства, свое состояние. Понимание своих чувств позволяет человеку понять самого себя, понять, кто он есть, прожить эмоции или что-то с ними сделать, не закрыться, ведь это приведет к проблемам. Ведь такое многогранное качество как эмпатия может оказывать как позитивное влияние, так и негативное (Шпагонова, 2020).

**Методы и материалы.** В литературе предлагаются различные основания для классификации методик, но представляется возможным выделить три основные группы: 1) основанные на самоотчете испытуемого (например, опросники); 2) основанные на экспертной оценке (наблюдение за невербальными проявлениями, в экспериментальных ситуациях); 3) основанные на фиксации физиологических реакций (например, сердцебиения)» (Бовина, 2020). Для выявления уровня эмпатии сотрудникам были предложены нами методики первой группы: 2 опросника. Первый — методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко, который позволяет оценить способность понимать мысли и чувства других людей и сопереживать им. Тест-опросник состоит из 36 утверждений, по каждому из которых возможен один из двух вариантов ответа: «да» или «нет». Второй — методика Н. Холла на эмоциональный

интеллект показывает уже использование собственных эмоций и чувств испытуемым, рассматривая различные стороны эмоционального интеллекта. Он состоит из 30 утверждений и содержит 5 шкал.

В исследовании приняли участие 10 сотрудников ФСИН со стажем работы менее трех лет.

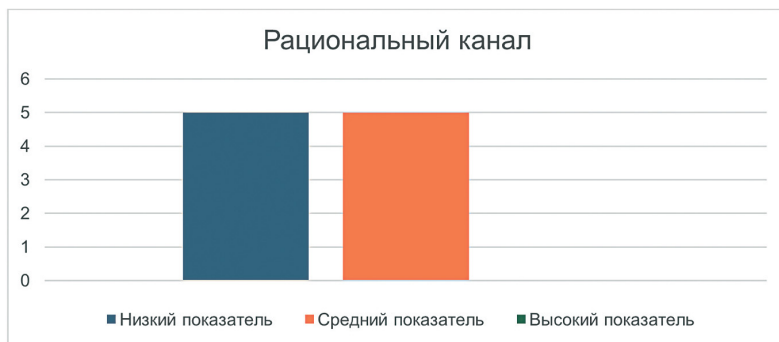
**Результаты исследования.** Исследование направлено на исследование эмпатии у сотрудников со стажем менее трех лет.

Проинтерпретировав результаты теста, и высчитав суммарный показатель эмпатии по методике В.В. Бойко, мы распределили данные по шкалам и показали их на диаграммах для наглядности.



*Рис. 1. Суммарный показатель эмпатии сотрудников ФСИН*

На рисунке 1 показаны данные общего уровня эмпатии сотрудников, 20 % из которых имеют очень низкие показатели, 80 % — заниженные и ни одного результата с показателем среднего или высокого уровня эмпатических способностей.



*Рис. 2. Шкала «Рациональный канал»*



На рисунке 2 видны данные шкалы «рациональный канал» методики Бойко. Согласно полученным результатам, у 50 % испытуемых — низкий показатель и у других 50 % — средний. Высокого показателя также нет. Шкала «рациональный канал» показывает способность человека постоянно воспринимать идущую от другого человека информацию по всем органам чувств, по всем каналам восприятия, а также способность оперативно ее анализировать.



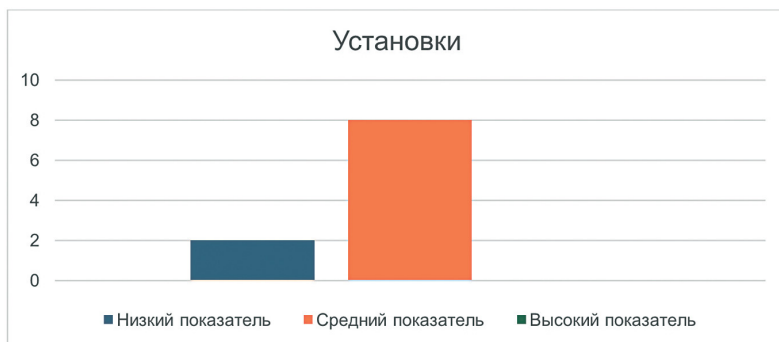
*Рис. 3. Шкала «Эмоциональный канал»*

80 % испытуемых обладают низким показателем и 20 % — средним по шкале «эмоциональный канал» (рисунок 3). Ни одного высокого. Эмоциональный канал связан со способностью предполагать реакции другого через свой собственный эмоциональный опыт, в некотором смысле это можно назвать переносом, потому что человек рассуждает, как бы он себя чувствовал в той или иной ситуации.



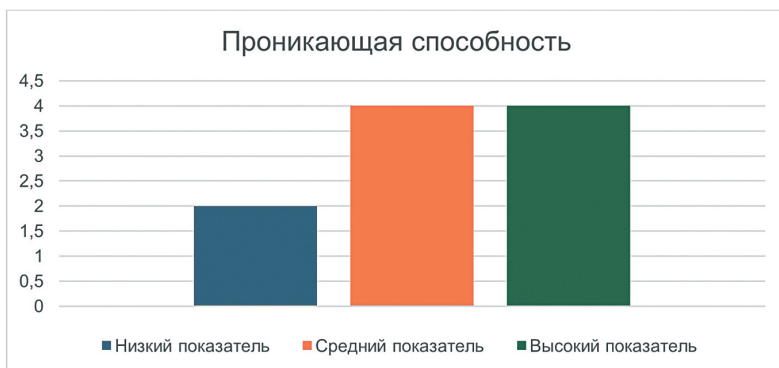
*Рис. 4. Шкала «Интуитивный канал»*

Шкала «Интуитивный канал» (рисунок 4) при высоких результатах говорит о способности человека действовать в условиях дефицита собранной о другом человеке информации, опираясь на имеющийся прошлый опыт общения, сравнивая и «прикидывая». По результатам: у 70 % — низкий показатель, у 30 % — средний показатель. Высокий показатель не выявлен.



*Рис. 5. Шкала «Установки»*

На рисунке 5 отображены результаты по шкале установок, которыми обладает личности, и которые либо препятствуют (тогда показатели будут низкими), либо способствуют (высокие показатели) развитию эмпатии у человека. Большая часть испытуемых имеет средний показатель по этой шкале — 80 %, оставшиеся 20 % обладают низким показателем. Высоких показателей нет.



*Рис. 6. Шкала «Проникающая способность»*

«Проникающая способность» (рисунок 6) — это способность человека создать располагающую к эмоциональному открытию атмосферу, атмосферу доверия и взаимопонимания. Таковой она будет при высоких показателях шкалы, при низких же проявится напряжение, сомнительность и недоверчивость. Высокая проникающая способность у 40 % испытуемых, средняя — у 40 %, низкая — у 20 %.



*Рис. 7. Шкала «Идентификация»*

Шкала идентификации, результаты которой показаны на рисунке 7, говорит о способности к сопереживанию, возможности понять, что бы человек чувствовал на месте другого, возможность имитировать чужие эмоции и просто легкое их переключение. По результатам: у 30 % — низкий показатель, у 50 % — средний, у 20 % — высокий.

Среди результатов второй методики Н. Холла на эмоциональный интеллект мы анализировали данные шкалы «Распознавание эмоций других людей», так как считаем, что этот показатель важен в специфике работы сотрудников ГУФСИН.



*Рис. 8. Шкала «Распознавание эмоций других людей»*

Шкала на рисунке 8 говорит не только о способности различать и определять эмоции других людей, но и влиять на них, управлять ими. Такой способностью обладают люди с высоким показателем, который составляет 20 % испытуемых, у 60 % — показатель средний и у 20 % — низкий.

**Обсуждение результатов.** В представленной статье мы изучили особенности эмпатии и ее составляющих у сотрудников КТБ-1 ГУФСИН. Предполагалось, что человек, работающий в данной сфере, обладает низкой способностью понимать чувства и эмоции как других людей, так и свои.

В ходе исследования гипотеза подтвердилась. Исходя из полученных результатов, можно сказать, что у большинства работников УИС заниженный или очень низкий суммарный показатель эмпатии. Рассматривая результаты интегративно (по всем рассмотренным шкалам суммарно) можно утверждать, что у 46,25 % респондентов, что является большинством — низкие показатели эмпатии, у 43,75 % — средние и всего у 10 % — высокие. Однако, среди всех результатов выделяются высокие показатели у 40 % по шкале «проникающей способности», сигнализирующей о том, что несмотря на низкий уровень эмпатии, многие сотрудники ГУФСИН могут создавать приятную атмосферу в общении, располагающую к доверию.

**Вывод.** Как отмечали в своей статье Я. Д. Ожогина и Л. А. Проскурякова, уровень эмпатии людей влияет и на другие их черты характера. Люди с высоким уровнем приветливы, благожелательны, чистосердечны, с низким же — нелюдимы, отстраненны, бывают даже грубы (Ожогина, 2020). Такие значения могут быть объяснены стремлением к саморазвитию и продвижению по службе, что заставляет человека в меньшей степени обращать внимание на людей вокруг него.

### Список литературы

1. Бовина И. Б. Исследование эмпатии: критический анализ и новые перспективы // Культурно-историческая психология. 2020. Т. 16, № 1. С. 88-95.
2. Гресько А. А. Особенности эмпатии в профессиональном становлении психологов // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. 2021. № 1. С. 2-14.
3. Ожогина Я. Д., Проскурякова Л. А. Роль эмпатии в межличностном общении и взаимодействии // Наука через призму времени. 2020. № 10 (43). С. 44-46.
4. Ситникова Е. В., Ткач Е. Н., Овчар В. И. Взаимосвязь эмпатии и выбора стратегий поведения в конфликте у военнослужащих срочной службы // Живая психология. 2021. Т. 8, № 3 (31). С. 25-32.
5. Шпагонова Н. Г., Измайлова М. В. Связь эмпатии и индивидуально-личностных характеристик // Евразийское Научное Объединение. 2020. № 8-5 (66). С. 331-333.

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У СОТРУДНИКОВ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В. В. Штоль

И. О. Кононенко, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Служба в пенитенциарной системе Российской Федерации требует устойчивой бдительности, напряжения для обеспечения физической безопасности осужденных и сотрудников. В связи со спецификой профессиональной деятельности сотрудников федеральной службы исполнения наказаний, отмечается проблема повышения тревоги и риск возникновения депрессии, которые в значительной мере снижают результативность профессиональной деятельности, и приводит к ухудшению профессионального здоровья сотрудников. Поэтому цель статьи заключалась в исследовании уровня тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений, проходивших ежегодный плановый профилактический осмотр в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России. По результатам проведённого исследования у трети опрошенных был выявлен низкий уровень тревоги, в то время как у большинства сотрудников не была выявлена депрессия. На данном этапе полученные показатели предполагают, что необходимо продолжать работу и исследовать другие аспекты, такие как субъективное благополучие, профессиональный стресс и стрессоустойчивость, эмоциональный интеллект, профессиональное выгорание и их взаимосвязь у сотрудников исправительных учреждений.

**Ключевые слова:** пенитенциарная система, сотрудники, тревога, депрессия

**Актуальность.** Служба в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации требует от человека поддержания повышенного и устойчивого уровня умственной и физической бдительности, а также строгого соблюдения мер личной безопасности. Это необходимо для обеспечения физической безопасности, как осужденных, так и сотрудников пенитенциарных учреждений (Соловьева, 2008). Сотрудники уголовно-исполнительной системы подвергаются уникальным профессиональным опасностям и значительному риску травм и заболеваний из-за характера своей службы, социальными ценностями которой являются обеспечение правопорядка и защиты прав и свобод граждан, реализация процесса перевоспитания, ресоциализация осужденных и соблюдение условий исполнения наказаний (Дворцова, 2023).

В настоящее время активно исследуются субъективное благополучие, профессиональный стресс и стрессоустойчивость, эмоциональный интеллект, тревожность, профессиональное выгорание и их взаимосвязь у сотрудников лечебно-исправительных учреждений (Зауторова, 2022). Авторы отмечают значимое влияние этих показателей на психологическое, физическое состояние и работоспособность. Среди причин возникновения состояний, влияющих на здоровье и профессиональную деятельность сотрудников пенитенциарных учреждений, выделяют контакт с опасными осужденными, нехватку персонала (личного состава), стрессовые условия труда, ненормированный рабочий день, дефицит личностных ресурсов по управлению эмоциональной сферой (Тимина, 2022). Согласно Г. Викковичу, «непредсказуемые требования, связанные с работой сверхурочно, сменами и необходимостью укомплектовывать пенитенциарные учреждения персоналом независимо от праздников, могут негативно сказаться на сотрудниках пенитенциарных учреждений и их семьях» (Vickovic, 2019). Мы считаем важным также обратить внимание на уровень тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений.

Актуальность данного исследования определяется тем, что тревога и депрессия, развивающиеся в условиях профессиональной деятельности в пенитенциарных учреждениях, в значительной мере снижает результативность профессиональной деятельности и приводит к ухудшению профессионального здоровья сотрудников.

Риск возникновения выше описанных состояний у сотрудников лечебно-исправительных учреждений возрастает по разным причинам. Среди них можно назвать наличие угрозы жизни и здоровью сотрудников, интенсивное эмоционально-насыщенное взаимодействие со специфическим контингентом и коллегами, обязательное и строгое соблюдение установленных правил в служебной деятельности и частые проверки руководящего состава. Постоянное пребывание в напряжённости при работе с осужденными совместно с требованиями обязательно соблюдать требования законов и подзаконных актов, составление отчётности и активное взаимодействие с оружием, так или иначе, находит своё отражение в пребывании в постоянной готовности к неизвестному (Vickovic, 2019).

**Постановка проблемы.** В связи со спецификой профессиональной деятельности сотрудников федеральной службы исполнения наказаний, исследователи отмечают проблему повышения тревоги и риск возникновения депрессии (Дворцова, 2023; Тимина, 2022).

Тревога (англ. anxiety) — переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного, предчувствием грозящей опасности (Авдеева, 2009). Представляет собой достаточно длительный и нечётко сформулированный страх по поводу будущих событий. Она

возникает в ситуациях, когда ещё нет реальной опасности для человека, но он ждёт её, причём пока не представляет, как с ней справится, и не знает наверняка, сможет ли вообще её преодолеть (Щербатых, 2021). В обзорах посвящённых этому явлению, под термином «тревога» подразумевается неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется, с одной стороны, субъективными ощущениями напряжения и беспокойства (нервозность и раздражительность, страх, что произойдёт самое плохое, страх смерти, ощущение ужаса или паники), а с другой стороны — физиологическими изменениями в организме: затруднение дыхания, головокружение, учащение сердцебиения, дрожь в ногах и руках, усиление потоотделения, желудочно-кишечные расстройства (изжога, вздутие, нарушение стула, рвота), обмороки и предобморочные состояния. Согласно Р.Б. Кеттелу, тревога — эмоциональное состояние с выраженным ощущением напряжения.

Тревожность, которую часто путают с тревогой, в свою очередь, трактуется как устойчивая черта личности, предполагающая повышенную склонность человека испытывать состояние тревоги. Тревожность (англ. anxiety) — индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения (Авдеева, 2009). Поэтому тревожность следует понимать как свойство индивида, которое описывается наличием склонности к частому необъективному чувству наличия угрозы своей личности и в разнообразных ситуациях и тревожными реакциями в поведении в виде ответа на чувство угрозы.

Современной трактовкой феномена депрессии можно считать определение С.А. Соловьевой, которого я буду придерживаться в данной работе. Депрессия — психологическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего (Соловьева, 2008). Существуют различные проявления депрессии:

- эмоциональные (тоска, подавленное, угнетенное настроение, отчаяние, страдание, раздражительность, тревога, утрата способности испытывать удовольствие от ранее приятных занятий, потеря интереса ко всему окружающему);
- физиологические (нарушения сна (бессонница, сонливость), нарушение функции кишечника (запоры), изменения аппетита (его утрата или переедание), снижение сексуальных потребностей, боли в сердце, желудке, в мышцах, снижение энергии);
- поведенческие (избегание общения (нежелание общаться с другими людьми, склонность к одиночеству), отказ от развлечений, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, дающие временное расслабление);

- мыслительные (трудность принятия решения, трудности сосредоточения, преобладание негативных, мрачных мыслей о себе, заниженная самооценка, мысли о самоубийстве (в случае тяжелой депрессии), мысли о ненужности, незначимости себя в этом обществе, замедленность мышления).

В результате отечественных исследований установлено, что депрессивные симптомы, тревога, стресс у сотрудников пенитенциарных учреждений выше, чем в других профессиях (Владимирова, 2022; Потемкин, 2021).

Для физического и психологического здоровья сотрудников лечебно-исправительных учреждений и эффективного выполнения ими их профессиональных задач необходимо отслеживание их уровня тревоги и депрессии по результатам диагностики, осуществление профилактических мероприятий или своевременное оказание психологической помощи.

**Методы и материалы.** Объектом исследования выступил феномен тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений. Предметом — исследование уровня тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений, проходивших ежегодный плановый профилактический осмотр в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России.

Цель: исследование уровня тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений, проходивших ежегодный плановый профилактический осмотр в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и обработать имеющиеся современные литературные данные по исследуемой теме, сформулировать актуальность и цель исследования;
2. Провести анкетирование по Шкале тревоги Бека, ВАИ и Шкале депрессии Бека, BDI у сотрудников пенитенциарных учреждений на базе ежегодного планового профилактического осмотра в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России;
3. Проанализировать полученные данные, сопоставить результаты проведённого анкетирования и сформулировать выводы.

Исследование проводилось на базе Больницы № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России.

С целью исследования уровня тревоги и депрессии у сотрудников пенитенциарных учреждений были проведены следующие методики:

1. Шкала тревоги Бека, ВАИ (Аарон Бек);
2. Шкала депрессии Бека, BDI (Аарон Бек, адаптация Н.В. Тарабриной).

«Шкала тревоги Бека (ВАИ)» предназначена для скрининга тревоги и оценки её выраженности. Опросник состоит из 21 пункта, каждый из которых должен быть оценен испытуемым от 0 (симптом не беспокоит) до 3 (симптом беспокоит очень сильно). Всего можно набрать 63 балла,



а градацию тревоги определяют следующим образом: 0 — отсутствие тревоги; до 21 — низкий уровень тревоги; от 22 до 35 баллов — средняя выраженность тревоги; выше 36 баллов — высокий уровень тревоги) (Щербатых, 2021). Время заполнения опросника составляет 10-12 минут, его используют при массовых скрининговых исследованиях.

«Шкала депрессии Бека (BDI)» используется для диагностики уровня депрессии. Тест-опросник включает в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб. Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии. Опрашиваемому предлагается в каждой группе выбрать одно утверждение, которое лучше всего описывает его состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Всего можно набрать 63 балла, а градацию депрессии определяют следующим образом: 0 — отсутствие депрессии; до 9 — низкий уровень депрессии; от 10 до 15 — легкая депрессия (субдепрессия); от 16 до 19 — умеренная депрессия; от 20 до 29 — выраженная депрессия (средней тяжести); выше 30 — тяжёлая депрессия. Преимуществами Шкалы депрессии Бека являются высокая валидность и простота в использовании (Гафиятуллина, 2022).

Выборку составили 60 сотрудников пенитенциарных учреждений, проходивших ежегодный плановый профилактический осмотр в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе проведённого исследования по «Шкале тревоги Бека», было выявлено, что у 68,3 % сотрудников (у 41 из 60 опрошенных) тревога отсутствует, в то время как у 31,7% уровень тревоги низкий. Респонденты с низким уровнем тревоги отмечали лёгкое или умеренное проявление таких симптомов, как нервозность, раздражительность и напряжение, ощущение жара в лице и онемения или покалывания в теле, испуг и страх, что произойдёт самое плохое, учащённое сердцебиение, удушье и усиления потоотделение (не связанное с жарой и с физическими нагрузками), головокружения и ощущения лёгкости в голове, что связывали с недавней проверкой руководствующего состава.

По данным диагностики депрессии по «Шкале депрессии Бека», у 86,7% исследуемых сотрудников (у 52 из 60 опрошенных) депрессия отсутствует, у 13,3% респондентов уровень депрессии низкий. Среди выбранных ими симптомов/жалоб, описывающих их за прошедшую неделю были следующие утверждения: «Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно», «Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать делать что-либо», «Меня уже ничто не раздражает, потому что всё стало безразлично», «Я самокритичен, признаю свои слабости и ошибки», «у меня меньше интереса к другим людям, чем раньше»,

«я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше». Однако своё обычное настроение они характеризуют как хорошее, с энтузиазмом рассказывают о своих ближайших планах на жизнь.

Полученные нами данные свидетельствуют, что у трети опрошенных выявлен низкий уровень тревоги, у большинства сотрудников пенитенциарных учреждений депрессия не выявлена.

**Вывод.** По результатам проведенного исследования, у каждого третьего опрошенного был выявлен низкий уровень тревоги, в то время, как у большинства сотрудников пенитенциарных учреждений, проходивших ежегодный плановый профилактический осмотр в Больнице № 1 ФКУЗ Мсч-24 ФСИН России, депрессия не была выявлена. На данном этапе данные показатели предполагают, что необходимо продолжать работу и исследовать другие аспекты, такие как субъективное благополучие, профессиональный стресс и стрессоустойчивость, эмоциональный интеллект, профессиональное выгорание и их взаимосвязь у сотрудников исправительных учреждений.

В ходе исследования автором были изучены и обработаны имеющиеся современные литературные данные по исследуемой теме, сформулированы актуальность и цель исследования, оценены результаты проведенного анкетирования и сформулированы выводы.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные по Шкале тревоги Бека (BAI) и Шкале депрессии Бека (BDI) результаты могут быть использованы в системе психологического обеспечения профессиональной деятельности сотрудников федеральной службы исполнения наказания с целью повышения эффективности труда и сохранения профессионального здоровья сотрудников.

### Список литературы

1. Авдеева Н.Н. Большой психологический словарь. Москва: АСТ, 2009. 811 с.
2. Владимирова О. А. Стресс-факторы в деятельности сотрудников УИС // Вестник Самарского юридического института. 2022. № 3 (49). С. 89-94.
3. Гафиятуллина М. И., Карагеев О. В. Психическое здоровье студентов: количественный анализ российских публикаций по проблеме депрессии и тревоги // Гуманитарные науки. 2022. № 1. С. 160-171.
4. Дворцова Е. В. Анализ взаимосвязи эмоционального интеллекта и тревожности с профессиональным выгоранием у сотрудников лечебно-исправительного учреждения // Теория и практика социогуманитарных наук. 2023. № 1 (21). С. 63-69.
5. Заурова Э. В., Кевля Ф. И. Особенности субъективного благополучия сотрудников пенитенциарной системы // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2022. Т. 27, № 27 (89). С. 134-141.
6. Потемкин П. В., Соболев Н. Г., Михайлов Н. В. Взаимосвязь уровня профессионального выгорания и стрессоустойчивости у сотрудников отдела охраны с различными сроками службы // Прикладная психология и педагогика. 2021. Т. 6, № 4. С. 209-217.
7. Соловьева С. Л., Успенский Ю. П., Балукова Е. В. Депрессия в терапевтической клинике. Санкт-Петербург: ИнформМед, 2008. 204 с.

8. Тимина Т.Н., Семенов К.П., Михалев В.Н. Организационные детерминанты профессионального стресса сотрудников пенитенциарных учреждений // Прикладная юридическая психология. 2022. № 4 (61). С. 116-130.

9. Щербатых Ю.В. Методики диагностики тревоги и тревожности — сравнительная оценка // Научный журнал «Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири». 2021. № 2. С. 85-104.

10. Vickovic S., Morrow W. Examining the Influence of Work-Family Conflict on Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment Among Correctional Officers // Criminal Justice Review. 2019. Vol. 45, № 1. DOI: 10.1177/0734016819863099

УДК 159.9.072

## ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПОДРОСТКОВ 10-16 ЛЕТ

А. П. Шункова

В. Б. Чупина, научный руководитель

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема подростковой игровой зависимости. Актуальность исследования обусловлена ростом числа подростков, играющих в азартные игры, что стало одной из важных проблем современности. Изучением данной проблемы занимаются достаточно недавно, и предотвратить её пока что не удаётся, так как данная проблема требует более точного и углублённого изучения появления причин зависимости от азартных игр у подростков. Цель исследования: получение информации об особенностях влияния на подростков через азартные игры и последствиях данного влияния.

**Ключевые слова:** зависимость, азартные игры, игромания

**Актуальность.** Актуальность исследования обусловлена ростом числа подростков, играющих в азартные игры, что стало одной из важных проблем современности. Изучением данной проблемы занимаются достаточно недавно, и предотвратить её пока что не удаётся, так как данная проблема требует более точного и углублённого изучения появления причин зависимости от азартных игр у подростков.

**Постановка проблемы.** Игровая зависимость у подростков — серьёзная и актуальная проблема современного общества. Она представляет собой состояние, при котором увлечение азартными играми становится доминирующей деятельностью, вытесняя другие интересы и обязанности, и вызывает негативное влияние на психическое и физическое здоровье.

Формирование игровой зависимости у подростков является сложным и многогранным процессом, который можно разбить на несколько ключевых этапов. Эта зависимость развивается постепенно и включает в себя психологические, социальные и физиологические аспекты.

Этапы формирования игровой зависимости:

На начальном этапе подросток может случайно столкнуться с азартными играми через друзей или рекламу. Это происходит из любопытства или желания испытать новые эмоции. Первые победы, даже если они незначительные, создают чувство эйфории и запускают механизмы, способствующие повторному участию.

По мере того как подросток продолжает играть, он может начать испытывать всё большее удовольствие от процесса. Азартные игры становятся способом отвлечения от повседневных проблем или скуки. На этом этапе формируется эмоциональная привязанность к игре, которая вытесняет другие интересы. Подросток начинает всё чаще думать о возможности сыграть и ожидает следующей игры с нетерпением.

Далее происходит обострение симптомов зависимости. Азартные игры занимают всё больше времени и места в жизни подростка, постепенно заменяя учёбу, хобби и личные отношения. Возникают первые признаки плохой успеваемости, конфликты с родителями и сверстниками. Подросток начинает обманывать или преуменьшать своё участие в играх, чтобы избежать неодобрения или наказания.

В следующую стадию подросток вступает, когда игра становится необходимой частью его жизни. Он начинает использовать различные средства для поддержания своей игровой активности, включая денежные сбережения или даже влезая в долги. Появляется эмоциональная нестабильность: резкие перепады настроения, раздражительность и тревожность. Подросток может испытывать чувство вины за своё поведение, но неспособен самостоятельно отказаться от игры.

На последней стадии зависимость достигла своего пика. Подросток полностью поглощён игрой, что оказывает разрушительное воздействие на его жизнь. Учёба и социальные связи утрачивают значение, и может развиться серьёзная депрессия. В такие моменты могут потребоваться профессиональная помощь и поддержка, чтобы подросток смог справиться с зависимостью и восстановить свою жизнь. На этой стадии без вмешательства взрослых и специалистов ситуация может ухудшаться вплоть до необратимых последствий для психического и физического здоровья подростка.

Все эти этапы постепенно влияют на подростка, он всё больше погружается в мир азартных игр, впоследствии не уделяя внимания даже родственникам и друзьям, направляя всё своё внимание на очередную игру. Также стоит учесть причины, по которым постепенно и уверенно игромания заменяет подростку всё остальное

Причины игромании. Азартные игры привлекают подростков яркостью, динамичностью и обещаниями быстрого выигрыша, что усиливает дофаминовую активность в мозге, ассоциированную с удовольствием и вознаграждением. Это может привести к тому, что мозг начинает искать повторения этого опыта, создавая начальные проявления зависимости.

Социальная среда играет значительную роль в формировании игровой зависимости. В подростковом возрасте влияние сверстников чрезвычайно велико. Если подросток оказывается в компании, где азартные игры считаются нормой или даже способом самоутверждения, ему будет сложно сопротивляться этому давлению. Желание быть принятым, стремление к уважению среди сверстников или желание показаться более зрелым могут побудить подростка к участию в азартных играх.

Технологический прогресс также оказывает свое влияние. Сегодня подростки имеют легкий доступ к онлайн-играм и различным приложениям, где предлагаются азартные игры в непринужденной и замаскированной форме. Эти платформы зачастую работают по принципу «freemium», предоставляя бесплатный доступ к базовым функциям, но подталкивая пользователей к оплате, чтобы получить дополнительные возможности или ускорить процесс. Подростки, не обладая зрелым пониманием финансовой ответственности, могут легко попасть в ловушку этих стратегий.

Эмоциональная нестабильность и наличие внутренних конфликтов также могут способствовать развитию игровой зависимости. Азартные игры часто используются как средство эскапизма, позволяющее подросткам избежать реальных проблем или негативных эмоций. Погружаясь в виртуальный мир, подростки временно забывают о стрессе, тревоге и депрессии. Эта временная передышка от эмоциональных трудностей может стать устойчивым поведением, так как реальная жизнь часто требует большего внимания и усилий для решения проблем, чем простой уход в игру.

Семейные факторы также играют важную роль. Подростки из семей, где существует низкий уровень контроля или дисциплины, либо где азартные игры являются частью культуры, более подвержены риску развития зависимости. В то же время, если в семье отсутствует эмоциональная поддержка или существуют конфликты, подросток может искать утешения и смысла в азартных играх.

Все перечисленные факторы, как социальные, так и личностные, создают сложное переплетение, которое может привести к формированию у подростка зависимости от азартных игр. Каждая из причин усиливает влияние остальных, создавая порочный круг, разорвать который бывает крайне сложно без внешнего вмешательства и поддержки. Поэтому для эффективной профилактики и помощи зависимым подросткам требуется комплексный подход, учитывающий все эти аспекты.

Подростки, играющие в азартные игры, могут быть разделены на несколько типов в зависимости от их поведения и мотивов:

1. Искатели адреналина: Эти подростки играют ради ощущения риска и возбуждения. Азартные игры для них — способ испытать эмоции, которых не хватает в повседневной жизни.

2. Социальные игроки: Для некоторых подростков азартные игры — это способ провести время с друзьями или познакомиться с новыми людьми. Они могут играть в компании, делая акцент на общении.

3. Компетитивные игроки: Такие подростки воспринимают азартные игры как соревнование. Им важно доказать, что они могут обыграть других или саму систему.

4. Проблемные игроки: Эти подростки уже проявляют признаки игровой зависимости. Они проводят много времени за играми, могут иметь долги и проблемы в личной жизни из-за игр.

5. Интеллектуалы: Для них важны интеллектуальные аспекты игр, навыки и стратегия. Такие подростки предпочитают, например, покер или шахматы с элементом ставки.

6. Эмоциональные беглецы: Они используют азартные игры как способ убежать от проблем или неприятных эмоций, таких как стресс или депрессия.

7. Импульсивные игроки: Эти подростки играют спонтанно, не задумываясь о последствиях своих действий. Их решения часто продиктованы моментными эмоциями или настроением.

Последствия игровой зависимости зависят от того, на какой стадии находится в данный момент подросток.

В исследовании, проведенном Е. С. Осуховской на тему «Проявление тревожности в структуре расстройств адаптации у школьников Украины, здоровых и страдающих лудоманией», приняли участие 437 подростков 10-16 лет, учащихся школ и лицеев (Осуховская, 2012). Для проведения исследования были использованы данные анонимного скринингового исследования игровой аддикции и психопатологических феноменов по разработанному апробированному скрининг-тесту. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS 16.0 for Windows. Корреляционный анализ производился на основании вычислений коэффициента Spearman и позволил установить взаимосвязи между изучаемыми данными респондентов. Для работы были отобраны результаты тестирования 437 учащихся без хронических или острых заболеваний. Среди них представители женского пола составили 219 чел. (50,1 %), мужского 218 чел. (49,9 %).

По результатам исследования было выявлено, что тревога является составляющей частью репертуара адаптационных расстройств у подростков с азартной зависимостью. Наиболее отчетливо прослеживается

взаимосвязь тревожного состояния с играми на компьютере, игровых автоматах, в телевизионных лотереях, желанием скрыть от окружающих свое увлечение азартными играми и ухудшением социально значимых для подростка психоэмоциональных связей. Стремясь уйти от переживаний различного характера, подросток обращается к игре. При формировании лудомании у школьников стимулируется появление адапционных расстройств с тревожным компонентом, пытаясь избавиться от которого, респонденты опять начинают играть: создается порочный психопатологический круг. Тревога также потенцирует формирование астенических радикалов в составе расстройств адаптации, усугубляясь при отсутствии или ослаблении психоэмоционального контакта с родителями и уменьшении длительности совместного времяпрепровождения. Безусловно, тема патологической зависимости от азартных игр и коморбидной дезадапционной патологии требует дальнейшей разработки для формирования адекватных педагогических, психокоррекционных и профилактических программ на государственном уровне.

**Вывод.** Проблема игровой зависимости среди подростков актуальна и требует решения со стороны социума, государства и семьи, поскольку, особенности зависимости проявляют себя в том, что их психика более восприимчива к негативным влияниям, чем у взрослых. Это обуславливает необходимость быстрого вмешательства и мер предосторожности, чтобы помочь молодым людям вернуться к полноценной жизни. Важно помнить, что раннее выявление проблемы и большая вовлечённость окружения могут сыграть существенную роль в преодолении зависимости и минимизации её последствий.

### Список литературы

1. Буторин Г.Г., Буторина Г.Г., Бенько Л.А. Формирование копинг-стратегий у подростков при гемблинге // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 1 (52). С. 90-93.
2. Казакова Д.В. Пути профилактики детского гэмблинга // Модернизация и трансформация научной деятельности в условиях цифровизации. 2023. № 4. С. 209-213.
3. Колесникова Л.И. К вопросу о негативных последствиях вовлечения подростков в современные азартные игры в сети интернета // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 6 (55). С. 161-164.
4. Конева А.С., Федосимов Г.М. Аддикция подростков как форма девиантного поведения // Актуальные вопросы современной науки: теория, методология, практика, инноватика: сборник научных статей по материалам XII Международной научно-практической конференции. Уфа, 2023. С. 13-21.
5. Патологическое влечение к азартным играм в практике судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних/Е.В. Макушкин, Д.С. Ошевский, Н.Б. Шемчук, И.А. Чибисова // Современные проблемы охраны психического здоровья детей. 2007. № 2. С. 160-161.

6. Осуховская Е. С. Проявления тревожности в структуре расстройств адаптации у школьников Украины, здоровых и страдающих лудоманией // Международный неврологический журнал. 2012. № 2 (48). С. 133-136.

7. Пшихачева А. М. Патологическое влечение к азартным играм как социальная проблема // Международные научные студенческие чтения. 2023. № 1. С. 244-248.

8. Интернет-зависимость: гемблинг vs гейминг. Обзор литературы/В. А. Солдаткин, А. А. Сидоров, Д. Ч. Мавани, А. В. Дьяченко // Вопросы наркологии. 2020. № 4 (187). С. 113-132. DOI: 10.47877/0234-0623\_2020\_4\_113

9. Солодина С. А. К вопросу о необходимости введения уголовной ответственности за вовлечение несовершеннолетних в незаконные организацию и проведение азартных онлайн-игр // Современное общество и право. 2023. № 5 (66). С. 121-129.

10. Чагина М. А. Игровая зависимость как социальная проблема: механизмы социально-психологической профилактики и юридического регулирования // Administrative Consulting. 2021. Т. 7, № 3. С. 93-102.

УДК 159.9.072

## **ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВОГО ДЕТОКСА НА ВНИМАНИЕ ПОДРОСТКОВ 14-16 ЛЕТ**

**П. Д. Юхновец**

**И. В. Титков, научный руководитель**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Мы живем в эпоху активной цифровизации общества. Компоненты цифровой реальности становятся неотъемлемой частью жизни современных подростков. Вследствие этого такие компоненты отражаются через процессы интериоризации в развитии высших психических функций, а значит, влияют и на сами психические процессы. Мы предположили, что наибольшее влияние гаджеты оказывают именно на внимание, т. к. человек вынужден работать в режиме многозадачности из-за частого использования устройств, имеющих специальные приспособления, способные привлечь внимание. Отсюда возникла гипотеза: цифровой детокс способен улучшить когнитивные функции подростков, а именно — внимание. Цифровой детокс — достаточно молодой термин, обозначающий добровольный отказ от гаджетов на определенное количество времени. Данная область является мало исследованной из-за сложностей в ограничении использования электронных устройств в современном мире. Для проверки гипотезы было проведено исследование, целью которого являлось изучение влияния цифрового детокса на внимание подростков 14-16 лет. В ходе исследования 15 подростков в Красноярской Летней Школе (КЛШ) были обследованы с помощью Корректирующей пробы Бурдона до цифрового детокса и через 15 дней



после. Результаты показали, что в среднем устойчивость внимания улучшилась, на графике исчезли резкие перепады, объем увеличился примерно в 1,3 раза, а концентрация выросла более чем в 3 раза.

**Ключевые слова:** цифровизация общества, гаджеты, цифровой детокс, психические процессы, внимание, подростки

**Актуальность.** В настоящее время все больше людей используют гаджеты — электронные устройства, предназначенные для облегчения жизни. В это понятие входят смартфоны, компьютеры, планшеты, умные часы и др. С помощью них можно осуществлять мгновенный поиск информации, реализовывать творческие способности, осуществлять коммуникацию на дальнем расстоянии и многое другое. Чем дальше, тем больше отодвигается возраст начала использования гаджетов. Так, сейчас не так уж и редко можно увидеть детей 3-5 лет уже со смартфоном в руках. Подростки не являются исключением в этом вопросе.

Стоит обратить внимание на особенности этого периода взросления. Наблюдаются сильные изменения в мозговой организации когнитивных процессов. Умственная деятельность характеризуется незрелостью в силу еще несформировавшейся коры головного мозга. Особое внимание стоит уделить нейрохимическим эффектам, которые неразрывно связаны с системой подкрепления. Здесь дофамин рассматривается как некая «молекула удовольствия», которая участвует в положительном подкреплении, так как является центральным звеном в цепи нейрохимических реакций на событие. Классическими источниками являются алкоголь, наркотики, сексуальные отношения (Клиточенко и др., 2024). Тем не менее, гаджеты также могут входить в этот список. Например, при использовании социальных сетей активируется поощрительная система мозга с участием дофамина. Важно отметить, что мозгу нет разницы откуда получать дофамин. Таким образом, данная система начинает эксплуатироваться все чаще, ее чувствительность снижается и в следующий раз для получения того же эффекта требуется уже большая степень стимуляции (Гун и др., 2019). Формируется зависимость, которая подразумевает уход от реальной жизни, а значит в перспективе сложности в построении отношений с реальными людьми. В свою очередь это влияет и на высшие психические функции подростков, так как они неразрывно связаны с формированием мозга.

**Постановка проблемы.** Гаджет-зависимость представляет собой особую форму зависимого поведения от использования разнообразных гаджетов и подразумевает зависимость человека от интернета, различных социальных сетей и онлайн-игр, которые при желании и отсутствии внешнего и внутреннего контроля он может найти в своем телефоне, планшете и иных технических устройствах (Крючкова, Игнатова, 2023). Исследования показывают, что из 25 подростков в возрасте 13-15 лет

48 % имеют признаки такого рода зависимости. В образовательном процессе такие школьники обычно не выпускают телефон из рук, получают массу замечаний, являются малообщительными, не были вовлечены к общественную деятельность и в среднем имели плохую успеваемость. Помимо этого, были выявлены следующие симптомы гаджет-зависимости: ухудшение физических показателей, тревожность, резкие смены настроений, а также ухудшение памяти и внимания (Крючкова, Игнатова, 2023). При этом, чем выше активность использования гаджетов у людей, тем больший уровень ситуативной тревожности при резком отказе от устройств: из 68 человек, отказавшихся на день от электронных устройств, у 93 % наблюдалось повышение уровня ситуативной тревоги. Это тоже указывает на формирование зависимости (Позднякова, 2018).

Устойчивость внимания современных подростков имеет показатели, близкие к уровню, который демонстрируют дети с задержкой психического развития (Ксенда, 2020). Стоит отметить, что медиамногозадачность (одновременное взаимодействие с несколькими медийными информационными источниками или же совмещение онлайн и офлайн деятельности) также оказывает влияние на внимание. А именно у подростков, обладающих навыками медиамногозадачности наблюдается увеличение объема внимания, но снижение концентрации и избирательности (Горшенков, 2021).

Решением проблемы может стать цифровой детокс — добровольный отказ от использования электронных устройств, различных типов приложений (например, социальные сети), отключение от чатов (Radtke et al, 2022). Однако его влияние на когнитивные функции (в частности, на внимание) требуют дополнительного изучения. В рамках нашего исследования мы предполагаем, что цифровой детокс продолжительностью 15 дней положительно скажется на внимании подростков.

**Методы и материалы.** Целью исследование являлось изучение влияние цифрового детокса на внимание подростков в возрасте 14-16 лет. Исследование проводилось на базе Красноярской Летней Школы (КЛШ) в период с июля по август 2024 года. Для реализации поставленной цели была использована Корректирующая проба Бурдона, с помощью которой замерялась устойчивость и концентрация. Выборка исследования представлена 15 подростками в возрасте 14-16 (6 мальчиков и 9 девочек).

В начале эксперимента 15 подростков прошли тестирование с помощью Корректирующей пробы Бурдона. Далее ими добровольно были сданы все гаджеты, и спустя 15 дней было проведено повторное тестирование. В обоих случаях тестирование проводилось в первой половине дня, чтобы исключить фактор усталости. В ходе эксперимента школьники получали телефоны не более чем на 15 минут в день для разговоров с родными и близкими.

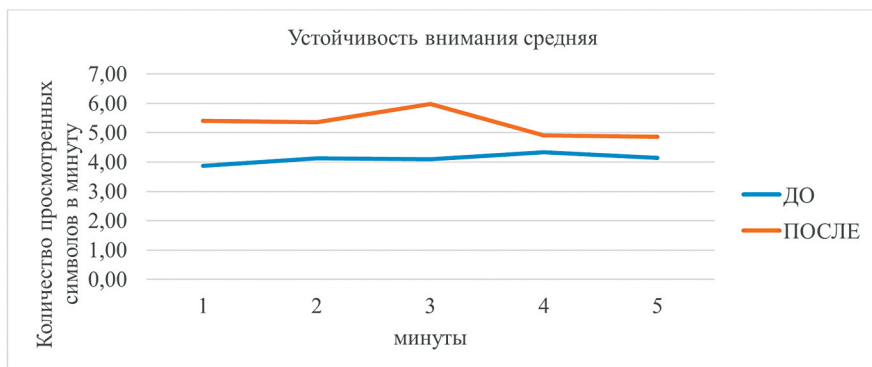
**Результаты исследования.** В ходе исследования было выявлено, что цифровой детокс оказывает значительное влияние на когнитивные функции подростков (таблица 1). До проведения детокса средняя концентрация внимания составила 92,83 единицы, а количество просмотренных строк — 25,13. Испытуемые совершали в среднем 9,40 ошибок, что свидетельствует о недостаточной устойчивости внимания и сравнительно низком объеме восприятия.

После 15 дней цифрового детокса были зафиксированы следующие изменения: средняя концентрация внимания выросла до 300,62 единицы, количество просмотренных строк увеличилось до 31,53, а среднее количество ошибок снизилось до 5,53. Это указывает на значительное улучшение внимания, увеличившуюся устойчивость, а также снижение числа ошибок.

Таблица 1

**Результаты Корректирующей пробы до и после цифрового детокса**

Этап эксперимента	Концентрация	A1	A2	A3	A4	A5	Просмотрено строк	Ошибки
Среднее ДО	92,83	3,88	4,12	4,10	4,34	4,15	25,13	9,40
Среднее ПОСЛЕ	300,62	5,41	5,35	5,98	4,91	4,86	31,53	5,53



*Рис. 1. График устойчивости внимания до и после цифрового детокса*

График устойчивости внимания до и после цифрового детокса (рис. 1) демонстрирует, что после цифрового детокса устойчивость внимания стала выше на всех этапах выполнения задания. Средние показатели устойчивости после детокса варьировались от 4,17 до 6,60, что свидетельствует о более равномерном распределении концентрации.

Максимальное улучшение наблюдалось на третьем этапе (6,60), однако после этого устойчивость немного снижалась, оставаясь всё же значительно выше по сравнению с результатами до детокса. Примечательно, что два участника справились с заданием полностью уже к пятой минуте после прохождения цифрового детокса, что дополнительно подтверждает позитивное влияние отказа от гаджетов на внимание и продуктивность при выполнении заданий на внимательность.

**Обсуждение результатов.** Увеличение объема внимания и сокращение количества ошибок после 15-дневного детокса может быть связано с устранением отвлекающих факторов во время выполнения задания. Также это может быть следствием отсутствия медиамультизадачности, которая создается при использовании гаджетов, т.к. она дает когнитивную нагрузку, которая вызывает утомление и снижение концентрации в целом.

Кривая истощаемости имеет равномерную высоту линии в середине с незначительными спусками в начале и в конце, что соответствует нормальной кривой работоспособности, так как в начале происходит привыкание и концентрация повышается, а в конце происходит истощение. Тем не менее стоит отметить, что кривая устойчивости внимания после цифрового детокса имеет стабильно более высокие показатели на всех этапах тестирования.

Данные результаты свидетельствуют о наличии положительного влияния цифрового детокса на внимание подростков, таким образом, мы можем сделать выводы о том, что гипотеза подтвердилась.

**Вывод.** Подводя итог, наличие гаджет-зависимости действительно влияет на когнитивные функции современных подростков. Исследование показало, что добровольный отказ от гаджетов, называемый цифровым детоксом, положительно сказывается на параметрах внимания: увеличивается объем, улучшается устойчивость и концентрация. Особенно сильные изменения происходят в последнем параметре.

В дальнейшем результаты подобных исследований можно использовать для повышения эффективности учебного процесса, в том числе и в контексте самообразования.

Тем не менее, данная область все еще требует дальнейшего изучения с расширенной выборкой и изучением особенностей использования гаджетов подростками.

### Список литературы

1. Горшенков Я. О., Поляков С. Д. Особенности внимания современных подростков в условиях многозадачности при вовлечении их в информационно-коммуникативные технологии // Поволжский педагогический поиск. 2021. № 2. С. 43-51.
2. Гун Г. Е., Зотов И. В., Шаваринский Б. М. Как гаджеты меняют нашу жизнь // Вестник ЛОИРО. 2019. № 3. С. 76-80.

3. Клиточенко Г.В., Малюжинская Н.В., Лукаш А.И. Развитие мозга подростка: особенности и факторы риска // *Современные проблемы науки и образования*. 2024. № 4. С. 90.
4. Крючкова И.М., Игнатова А.А. Социально-психологическая проблематика и характеристика гаджет-зависимости в подростковом возрасте // *Психолого-педагогический поиск*. 2023. № 3. С. 104-112.
5. Ксенда О.Г. Особенности внимания современных подростков // *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология*. 2020. № 2. С. 98-107.
6. Позднякова А.Е. Исследование уровня тревоги у активных пользователей гаджетов // *Таврический научный вестник. Педагогика и психология: Сборник статей научно-практических семинаров факультета психологии Таврической академии, Симферополь, 27 марта 2018 года*. Симферополь, 2018. С. 146-150.
7. Digital detox: An effective solution in the smartphone era? A systematic literature review/T. Radtke, T. Apel, K. Schenkel [et al.] // *Sage Journals*. 2022. Vol. 10, № 7. P. 190-215.

Подписано в печать 18.03.2025 г.  
Бумага офс. 80 г/м<sup>2</sup>.  
Усл. печ. л. 25,19. Тираж 100 экз. Заказ № 63.

Отпечатано в ООО «Версо».  
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.  
E-mail: o\_sha@mail.ru